

2025

8° Rapporto GIMBE sul Servizio Sanitario Nazionale

Presentato a Roma, 8 ottobre 2025
Sala della Regina, Palazzo Montecitorio
Camera dei Deputati



8° Rapporto GIMBE sul Servizio Sanitario Nazionale

Presentato a Roma, 8 ottobre 2025
Sala della Regina, Palazzo Montecitorio
Camera dei Deputati

L'indipendenza è la nostra forza, il tuo sostegno è indispensabile.
Aiutaci a realizzare nuovi report per difendere i tuoi diritti.
Dona su www.sostienigimbe.it



DONA ORA

AUTORI

Nino Cartabellotta, Marco Mosti, Roberto Luceri, Elena Cottafava, Tiziano Innocenti

CITAZIONE

8° Rapporto GIMBE sul Servizio Sanitario Nazionale. Fondazione GIMBE: Bologna, 8 ottobre 2025.
Disponibile a: www.salviamo-ssn.it/8-rapporto. Ultimo accesso: giorno mese anno.

FONTI DI FINANZIAMENTO

L'8° Rapporto GIMBE sul Servizio Sanitario Nazionale è stato elaborato dalla Fondazione GIMBE senza alcun supporto istituzionale o commerciale.

DISCLOSURE

La Fondazione GIMBE è una organizzazione non-profit che svolge attività di formazione e ricerca sugli argomenti trattati nel Rapporto.

DISCLAIMER

La Fondazione GIMBE declina ogni responsabilità per danni nei confronti di terzi derivanti da un utilizzo autonomo e/o improprio dei dati e delle informazioni contenuti nel presente rapporto.

L'editing del Rapporto è stato curato dalla Fondazione GIMBE. Eventuali refusi e inesattezze possono essere segnalati all'indirizzo e-mail info@gimbe.org.

L'ultimo aggiornamento di dati, fonti e normative è stato effettuato il 30 settembre 2025.

Tutte le analisi sono state effettuate su dati relativi all'anno 2024, tranne i casi in cui si è fatto riferimento all'anno 2023 per indisponibilità di fonti istituzionali più aggiornate.

RINGRAZIAMENTI

Si ringraziano per i dati forniti: Federazione Italiana Medici di Medicina Generale (FIMMG), Federazione Italiana Medici Pediatri (FIMP), Associazione Liberi Specializzandi (ALS).

Si ringraziano per i suggerimenti forniti: Michele De Giacomo (Struttura Interregionale Sanitari Convenzionati – SISAC), Marcello Cellini, Angelantonio Mastrillo (Università degli Studi di Bologna), Gabriele Pelissero (Associazione italiana ospedalità privata – AIOP).

© Fondazione GIMBE, ottobre 2025.

Questo è un documento open-access, distribuito con licenza *Creative Commons Attribution*, che ne consente l'utilizzo, la distribuzione e la riproduzione su qualsiasi supporto esclusivamente per fini non commerciali, a condizione di riportare sempre autore e citazione originale.

Il Rapporto che la Fondazione GIMBE pubblica periodicamente rappresenta un prezioso spaccato di analisi sulle condizioni e i problemi della sanità in Italia.

Sergio Mattarella
Presidente della Repubblica
8 ottobre 2024

INDICE

EXECUTIVE SUMMARY	I
PREMESSA	1
CAPITOLO 1. Introduzione	5
1.1. La crisi di sostenibilità del Servizio Sanitario Nazionale.....	5
1.2. Le conseguenze per cittadini e pazienti	8
1.3. Le principali azioni di Governo	10
1.4. Visione e proposte della Fondazione GIMBE.....	17
CAPITOLO 2. Il finanziamento pubblico	19
2.1. La stagione dei tagli: 2010-2019	20
2.2. Gli anni della pandemia: 2020-2022.....	21
2.3. Il periodo post-pandemico: 2023-2025	23
2.4. Il presente e il futuro prossimo: 2025-2029	27
2.5. I nuovi orientamenti della Corte Costituzionale	35
CAPITOLO 3. Il riparto del Fabbisogno Sanitario Nazionale	39
3.1. L'evoluzione dei criteri di riparto	39
3.2. Effetti dei nuovi criteri di riparto.....	42
3.3. Riparto 2024	44
CAPITOLO 4. La spesa sanitaria	49
4.1. Spesa sanitaria pubblica	53
4.2. Spesa sanitaria privata	58
4.3. Benchmark internazionali.....	82
4.4. Il valore della spesa sanitaria	90
CAPITOLO 5. I Livelli Essenziali di Assistenza	97
5.1. Modalità di erogazione dei LEA	98
5.2. Esigibilità dei nuovi LEA.....	101
5.3. Aggiornamento dei LEA	103
5.4. Monitoraggio dei LEA.....	110
5.5. Mobilità sanitaria	131

CAPITOLO 6. Sprechi e inefficienze.....	139
6.1. Sovra-utilizzo	144
6.2. Sotto-utilizzo	146
6.3. Inadeguato coordinamento dell'assistenza.....	148
6.4. Acquisti a costi eccessivi	149
6.5. Inefficienze amministrative	150
6.6. Frodi e abusi.....	151
CAPITOLO 7. Il personale sanitario.....	155
7.1. Fonti dati.....	155
7.2. Personale dipendente.....	158
7.3. Medici di Medicina Generale	173
7.4. Pediatri di Libera Scelta.....	182
7.5. Spesa per il personale sanitario	188
7.6. Considerazioni conclusive	197
CAPITOLO 8. La Missione Salute del PNRR.....	201
8.1. Struttura, obiettivi e scadenze	203
8.2. Rimodulazione della Missione Salute	209
8.3. Stato di avanzamento	212
8.4. Criticità di attuazione	230
8.5. Considerazioni conclusive	236
CAPITOLO 9. Il privato in sanità.....	239
9.1. Erogatori.....	242
9.2. Investitori.....	250
9.3. Terzi paganti	250
9.4. Partenariato pubblico-privato.....	251
9.5. Soggetti non-profit.....	255
CAPITOLO 10. Il Piano di Rilancio del Servizio Sanitario Nazionale.....	257
APPENDICE 1. #SalviamoSSN: la campagna della Fondazione GIMBE	261

EXECUTIVE SUMMARY

Nel **CAPITOLO 1** viene analizzato lo stato di salute del Servizio Sanitario Nazionale (SSN), a partire dalle varie “patologie” già diagnosticate nel 2019: definanziamento pubblico, “paniere” dei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA) troppo ampio, sprechi e inefficienze, espansione incontrollata del “secondo pilastro”. A queste si aggiungono i “fattori ambientali” che peggiorano il “quadro clinico” del SSN: la collaborazione Stato-Regioni a cui è affidata la tutela della salute non è sempre leale e le aspettative di cittadini e pazienti per una medicina mitica e una sanità infallibile sono sempre più elevate. Il capitolo esamina poi i numerosi disagi conseguenti alla crisi del SSN sperimentati da cittadini e pazienti, ma anche i loro comportamenti che dimostrano l'utilizzo non consapevole del SSN e alimentano spese out-of-pocket non necessarie. La “diagnosi” e la “prognosi” vengono rivalutate alla luce dell'impatto della pandemia e delle azioni politiche intraprese e mancate. Vengono infine passate in rassegna le misure attuate nel corso della XIX Legislatura, misure e documenti in differenti fasi di avanzamento e i nodi ancora irrisolti.

Il **CAPITOLO 2**, dedicato al **finanziamento pubblico**, documenta che il Fabbisogno Sanitario Nazionale (FSN) dal 2010 al 2025 è aumentato complessivamente di € 31,1 miliardi, in media € 2,07 miliardi per anno, ma con trend molto diversi tra il periodo pre-pandemico (2010-2019), gli anni della pandemia (2020-2022) e il periodo post-pandemico (2023-2025). Durante la **stagione dei tagli (2010-2019)** alla sanità pubblica sono stati sottratti oltre € 37 miliardi, con un aumento complessivo del FSN di soli € 8,2 miliardi in 10 anni, pari ad una crescita media dello 0,9% annuo, tasso inferiore a quello dell'inflazione media annua (1,2%). Negli **anni della pandemia (2020-2022)** il FSN è cresciuto complessivamente di € 11,6 miliardi, con una media del 3,4% annuo, segnando formalmente la fine dei tagli. Inoltre, tra marzo 2020 e settembre 2022 sono stati stanziati € 11.584,3 milioni per la gestione dell'emergenza COVID-19 e per sostenere i maggiori costi energetici: di questi, € 5.506 milioni hanno incrementato il FSN, mentre € 6.078,3 milioni sono stati destinati ad altre spese legate all'emergenza. Un netto rilancio del finanziamento pubblico che purtroppo è stato assorbito dai costi della pandemia. Nel **periodo post-pandemico (2023-2025)** il FSN è cresciuto complessivamente di € 11,1 miliardi, passando da € 125,4 miliardi del 2022 a € 136,5 miliardi del 2025; ma nel 2022 e nel 2023 l'aumento percentuale del FSN, inferiore a quello dell'inflazione, è stato eroso dall'aumento dei costi energetici. L'incidenza del FSN sul PIL al 31 dicembre 2024 è scesa dal 6,3% del 2022 al 6% del 2023, attestandosi al 6,1% nel biennio 2024-2025. Una riduzione che in termini assoluti equivale a € 13,1 miliardi: € 4,7 miliardi nel 2023, € 3,4 miliardi nel 2024 e € 5 miliardi nel 2025.

Dal punto di vista previsionale il Documento Programmatico di Finanza Pubblica (DPFP) 2025, pubblicato il 2 ottobre 2025, ha fissato il rapporto spesa sanitaria/PIL al 6,4% per il periodo 2025-2028, fatta eccezione per l'anno 2026 in cui sale al 6,5%. Tuttavia, il FSN determinato dalla Legge di Bilancio 2025, in percentuale di PIL scende dal 6,1% del 2025-2026 al 5,9% nel 2027 e al 5,8% nel 2028. Il divario attuale tra previsione di spesa sanitaria ed entità del FSN (€ 7,5 miliardi per il 2025, € 9,2 miliardi nel 2026, € 10,3 miliardi nel 2027, € 13,4 miliardi nel 2028) rischia di scaricarsi sui bilanci delle Regioni, alle quali resteranno solo due alternative per evitare di chiudere i bilanci in rosso: aumentare le imposte regionali oppure

tagliare i servizi ai cittadini. Un rischio che, per essere mitigato, richiede una consistente iniezione di risorse già a partire dalla Legge di Bilancio 2026.

Il capitolo si chiude con una disamina delle sentenze della Corte Costituzionale sul bilanciamento tra equilibrio finanziario e tutela della salute, che hanno segnato un netto cambio di passo dal “diritto finanziariamente condizionato” alla “spesa costituzionalmente necessaria”.

Il **CAPITOLO 3** analizza i meccanismi di **riparto del FSN**, dopo la recente revisione dei criteri che ha prodotto effetti redistributivi delle risorse in favore delle Regioni del Mezzogiorno, compensando solo in parte gli effetti della ponderazione per età, che assegna più risorse pro-capite alle Regioni con la popolazione più anziana. Infatti, nel 2024 la Liguria (€ 2.261) è la Regione che riceve più risorse pro-capite, seguita da Molise (€ 2.235), Sardegna (€ 2.235) e Umbria (€ 2.232), tutte caratterizzate da un indice di vecchiaia particolarmente elevato. Al contrario, escludendo le Province autonome, sono le Regioni più popolose ad ottenere quote pro-capite inferiori alla media nazionale: Campania (€ 2.135), Lombardia (€ 2.154), Lazio (€ 2.164) e Sicilia (€ 2.166). Rispetto alla quota media di riparto pro-capite nazionale (€ 2.181), nel 2024 il gap va dai +€ 79,84 della Regione Liguria ai -€ 80,18 della Provincia autonoma di Bolzano. Parametrato alla popolazione residente ISTAT al 1° gennaio 2024, il divario rispetto alla media nazionale oscilla dai +€ 159,5 milioni del Piemonte ai -€ 256,5 milioni della Campania e ai -€ 268,5 milioni della Lombardia.

Nonostante la revisione, i criteri di riparto del FSN indistinto rimangono ben lontani dal garantire la reale equità distributiva delle risorse: la quota non pesata del 60% rimane troppo elevata e non permette di adeguare l’assegnazione delle risorse ai bisogni di salute, in particolare quelli nuovi che riguardano bambini, adolescenti e giovani adulti. Anche il “peso” attribuito a mortalità precoce (0,75%) e, soprattutto, alle determinanti socio-economiche (0,75%) risulta marginale rispetto alle evidenze scientifiche disponibili. Senza contare che la necessità di fornire un’assistenza territoriale sempre più capillare impone di introdurre un criterio aggiuntivo sulle aree a bassa densità abitativa con orografia e viabilità non ottimali. Infine, l’assenza di criteri oggettivi e trasparenti nella ripartizione della quota premiale ne ha snaturato la funzione, riducendola a uno strumento di compensazione influenzato da logiche di natura prevalentemente politica.

Il **CAPITOLO 4** analizza la **spesa sanitaria** che, secondo i dati ISTAT del sistema dei conti della sanità (ISTAT-SHA), per il 2024 ammonta a € 185.116 milioni così ripartiti: € 137.456 milioni di spesa pubblica (74,3%); € 47.660 milioni di spesa privata, di cui € 41.299 milioni di spesa out-of-pocket (22,3%) e € 6.631 milioni (3,4%) di spesa intermediata da fondi sanitari e assicurazioni. Complessivamente, l’86,7% della spesa privata è sostenuta direttamente dai cittadini, mentre solo il 13,3% è intermediata.

La **spesa sanitaria pubblica** 2024 è così ripartita per funzioni di assistenza: € 79.617 milioni per l’assistenza sanitaria per cura e riabilitazione, € 14.054 milioni per l’assistenza sanitaria a lungo termine, € 12.724 milioni per servizi ausiliari, € 21.862 milioni per prodotti farmaceutici e altri apparecchi terapeutici, € 7.694 milioni per i servizi di prevenzione delle malattie, € 1.505 milioni per governance, amministrazione e finanziamento del SSN. I dati ISTAT dei Conti economici consolidati della Protezione sociale (ISTAT-CN), utilizzati dalla Ragioneria Generale dello Stato, riportano una spesa sanitaria corrente 2023 di € 138.335 milioni così suddivisa per fattori produttivi: € 43.330 milioni per i redditi da lavoro dipendente, € 46.361 milioni per i consumi intermedi, € 7.763 milioni per la farmaceutica convenzionata, € 7.277 milioni per l’assistenza medico-generica da convenzione, € 28.709

milioni per le altre prestazioni sociali in natura da privato e € 4.895 milioni per altre componenti di spesa.

La **spesa out-of-pocket** per il 2024 secondo ISTAT-SHA ammonta a € 41.299 milioni e risulta fortemente condizionata da fenomeni che la “contengono”, più frequenti nel Mezzogiorno: limitazione delle spese per la salute, indisponibilità economica temporanea e, soprattutto, la rinuncia alle prestazioni sanitarie. Nel 2024 oltre 5,84 milioni di persone (9,9%) hanno dichiarato di aver rinunciato a prestazioni sanitari e per una o più motivazioni: 3,1 milioni di persone per motivi economici e 4 milioni di persone per i lunghi tempi d'attesa, un dato in aumento del 51% rispetto al 2023. L'impatto sulla salute deve inoltre considerare l'incidenza della povertà assoluta che, secondo l'ISTAT, nel 2023 riguarda quasi 2,2 milioni di famiglie (8,4% del totale), contribuendo ad accrescere la rinuncia alle cure, il peggioramento della salute e la riduzione dell'aspettativa di vita delle persone più povere del Paese. Non a caso, le stime ISTAT sull'aspettativa di vita per il 2024 indicano una media nazionale di 83,4 anni, con differenze territoriali marcate: dagli 84,7 anni della Provincia autonoma di Trento agli 81,7 anni della Campania, con un divario di ben 3 anni. Più in generale, in tutte le Regioni del Mezzogiorno l'aspettativa di vita è pari o inferiore alla media nazionale, una spia indiretta delle gravi criticità dei sistemi sanitari regionali e della maggiore incidenza della povertà assoluta.

Più complessa l'analisi della **spesa intermediata**, per la difficile tracciabilità dei flussi economici: per il 2024 ISTAT-SHA riporta una spesa di € 6.361 milioni, con un incremento di € 490 milioni (+8,3%) rispetto al 2023. I fondi sanitari integrativi anni hanno registrato negli ultimi un progressivo incremento sia del numero degli iscritti (16,27 milioni nel 2023 secondo l'Anagrafe del Ministero della Salute) sia dei contributi versati (€ 3.135 milioni nel 2024 secondo un'analisi di Itinerari Previdenziali). Tuttavia, negli ultimi anni la differenza tra contributi versati ed erogazioni medie per singolo iscritto si è progressivamente ridotta, passando da € 50,9 nel 2020 a € 29,4 nel 2024, con una corrispondente contrazione della marginalità dei fondi per le spese di gestione e del fondo di garanzia. Se questo trend dovesse consolidarsi, la sostenibilità dei fondi sanitari integrativi verrebbe compromessa dall'obbligo di rimborsare un numero crescente di prestazioni non soddisfatte dalla sanità pubblica: in altri termini il “secondo pilastro” può reggere solo se è realmente integrativo ad un servizio pubblico efficace.

Benchmark internazionali. Nel 2024 in Italia la spesa sanitaria pubblica si attesta al 6,3% del PIL, un valore nettamente inferiore sia alla media OCSE (7,1%) sia alla media dei paesi europei (6,9%). Anche la spesa sanitaria pubblica pro-capite, pari a \$ 3.835, rimane ben al di sotto sia della media OCSE (\$ 4.625) con una differenza di \$ 790, sia soprattutto della media dei paesi europei (\$ 4.689) con una differenza di \$ 854. Dal 2010 il gap con la media dei paesi europei dell'area OCSE si è progressivamente ampliato fino a raggiungere, nel 2024, \$ 854 pro-capite: una cifra che, parametrata alla popolazione residente al 1° gennaio 2024 e al cambio euro-dollar, corrisponde ad un gap complessivo di € 42,9 miliardi. La spesa out-of-pocket pro-capite in Italia nel 2024, pari a \$ 1.152, è superiore sia alla media OCSE che alla media dei paesi europei, entrambe pari a \$ 972, con una differenza di \$ 180. La spesa intermediata pro-capite in Italia nel 2024, pari a \$ 177, è inferiore sia alla media OCSE (\$ 314) con una differenza di \$ 137, sia alla media EU (\$ 266) con una differenza di \$ 87.

Il capitolo si chiude con un approfondimento sul **valore della spesa sanitaria**, che si rivela molto differente nelle tre componenti, pubblica, out-of-pocket, intermediata. Ciò suggerisce che è indispensabile avviare riforme sanitarie e fiscali, insieme ad azioni di governance a tutti i livelli, per aumentare il valore di tutte le componenti della spesa sanitaria, al fine di pervenire ad una loro distribuzione ottimale. Infine, l'analisi conferma che l'ipotesi di rilanciare il SSN “mettendo a sistema” la maggior parte degli oltre € 40 miliardi di spesa out-of-pocket attraverso la sanità integrativa è priva di qualsiasi fondamento.

Il **CAPITOLO 5** è dedicato ai **Livelli Essenziali di Assistenza** e alle disegualanze regionali. Viene anzitutto analizzata la procedura di **aggiornamento**, evidenziando come, a quasi 8 anni dal DPCM 12 gennaio 2017, l'aggiornamento continuo dei LEA non sia ancora operativo. La proposta trasmessa nell'aprile 2025 dalla Commissione LEA al Ministero della Salute deve ancora superare la valutazione da parte di MEF, Conferenza Stato-Regioni e Parlamento.

Riguardo l'**esigibilità dei nuovi LEA**, con l'entrata in vigore del "Decreto Tariffe", dal 1° gennaio 2025 le prestazioni di specialistica ambulatoriale e di assistenza protesica diventano finalmente esigibili su tutto il territorio nazionale. Tuttavia, la sentenza del TAR del Lazio del 22 settembre 2025 ha dichiarato illegittimo l'ultimo dei decreti attuativi collegati al provvedimento iniziale: per evitare un vuoto normativo e garantire la continuità del sistema, l'annullamento produrrà effetti solo dopo 365 giorni dalla sentenza.

La sezione dedicata al **monitoraggio** dei LEA analizza in dettaglio l'adempimento delle Regioni attraverso la "griglia LEA" per il periodo 2010-2019 e tramite il Nuovo Sistema di Garanzia (NSG) per gli anni 2020-2023. Le analisi confermano la persistente "frattura strutturale" tra Nord e Sud: negli adempimenti cumulativi 2010-2019 nessuna Regione del Mezzogiorno si è posizionata tra le prime 10; nel 2020 l'unica Regione del Sud tra le 11 adempienti è la Puglia; nel 2021 delle 14 adempienti solo 3 sono del Sud: Abruzzo, Puglia e Basilicata. Nel 2022 solo 13 Regioni sono adempienti, con un ulteriore aumento del divario Nord-Sud: soltanto Puglia e Basilicata al Sud. Nel 2023 le Regioni adempienti rimangono 13: al sud Puglia, Campania e Sardegna. Nel 2023 ben 8 Regioni fanno registrare punteggi inferiori al 2022, seppure con gap di entità molto diversa: perdono almeno 10 punti Lazio (-10), Sicilia (-11), Lombardia (-14) e Basilicata (-19). Al contrario, Calabria (+41) e Sardegna (+26) fanno registrare un netto aumento.

Le analisi sulle **relazioni tra punteggi LEA e costi sostenuti** dalle Regioni dimostrano che non esiste una relazione statisticamente significativa tra il costo pro-capite e i punteggi NSG in nessuna delle tre macro-aree dei LEA. I risultati sembrano piuttosto dipendere dall'organizzazione dei servizi, dalla capacità di erogare prestazioni appropriate e dall'efficienza dei processi interni.

Infine, viene esaminato il fenomeno della **mobilità sanitaria**, che nel 2022 ha raggiunto € 5.037 milioni, con un incremento del 18,6% rispetto al 2021. Quasi il 70% del valore è relativo a ricoveri ospedalieri e il 15,9% a prestazioni di specialistica ambulatoriale. I flussi economici scorrono prevalentemente da Sud a Nord: Emilia-Romagna, Lombardia e Veneto raccolgono complessivamente quasi la metà dei crediti della mobilità e il 94,1% del saldo attivo, mentre il 78,8% del saldo passivo si concentra nel Lazio e in 5 Regioni del Mezzogiorno (Abruzzo, Calabria, Campania, Puglia, Sicilia), tutte con un saldo negativo superiore a € 100 milioni. Il 54,5% della mobilità attiva per ricoveri e prestazioni specialistiche è stato erogato dalle strutture private accreditate, rispetto al € 45,5% delle strutture pubbliche.

Il **CAPITOLO 6** delinea il perimetro e le macro-categorie di **sprechi e inefficienze** utilizzando la tassonomia GIMBE con numerosi esempi: sovra-utilizzo di interventi sanitari dal valore basso, sotto-utilizzo di interventi sanitari dal valore elevato, inadeguato coordinamento dell'assistenza, acquisti a costi eccessivi, inefficienze amministrative, frodi e abusi. Se ne conferma l'esistenza in misura variabile nei diversi contesti, senza fornire stime economiche. Si ribadisce che l'aumento del valore della spesa sanitaria attraverso il disinvestimento da sprechi e inefficienze rappresenta una strategia chiave per la sostenibilità del SSN: tuttavia il recupero non è facilmente monetizzabile, poiché richiede riforme strutturali, trasformazione digitale, interventi di formazione e informazione che coinvolgano a cascata tutti gli attori: politici, manager, professionisti sanitari, cittadini e pazienti. Viene inoltre ribadito che la

politica non deve in alcun modo strumentalizzare l'esistenza di sprechi e inefficienze per giustificare il mancato rilancio del finanziamento pubblico. Anche perché il disinvestimento da sprechi e inefficienze non è uno strumento di rifinanziamento: l'assegnazione delle risorse è responsabilità del Governo, su cui ricade l'etica del razionamento, mentre l'etica della riduzione degli sprechi compete a Regioni, Aziende sanitarie e professionisti sanitari, oltre a cittadini e pazienti, chiamati a un uso consapevole del SSN.

Il **CAPITOLO 7**, dedicato al **personale sanitario**, si apre con una ricognizione delle fonti di dati nazionali confrontate con il database dell'OCSE, riferimento per i benchmark internazionali. Viene quindi presentata una "fotografia statica" basata sui dati del Conto Annuale della Ragioneria Generale dello Stato della distribuzione del personale dipendente a cui si applica il CCNL sanità, con particolare attenzione a medici e infermieri, mettendo in luce le differenze regionali e il confronto con la media OCSE. Segue un'analisi dettagliata sui medici di medicina generale (MMG) e i pediatri di libera scelta (PLS), con stima delle carenze.

Personale dipendente. Per l'anno 2023 la Ragioneria Generale dello Stato contabilizza 701.170 unità di personale dipendente che, parametrati alla popolazione ISTAT al 1° gennaio 2024, a livello nazionale corrispondono a 11,9 unità di personale per 1.000 abitanti: il range varia dall'8,7 del Lazio al 17,7 della Valle d'Aosta.

Medici. Nel 2023 i medici a cui si applica il CCNL sanità sono 109.024, pari a una media nazionale di 1,85 per 1.000 abitanti, con un range che varia da 1,45 in Molise a 2,59 in Sardegna, con un gap complessivo del 78,6%. Secondo i dati OCSE, che includono tutti i medici in attività, in Italia si contano 5,4 medici ogni 1.000 abitanti, un valore superiore sia alla media OCSE (3,9) sia alla media dei paesi europei (4,1), che colloca l'Italia in 2^a posizione tra i 31 paesi OCSE che forniscono il dato. Nel 2023, i laureati in Medicina e Chirurgia sono stati di 16,6 per 100.000 abitanti, un dato superiore alla media OCSE di 14,3. I risultati del concorso 2025-2026 per le scuole di specializzazione documentano che, a fronte di 14.493 contratti di formazione specialistica disponibili, ne sono stati assegnati 12.248, pari all'85% del totale. Oltre la metà delle specializzazioni (26 su 51) raggiungono il 100% delle assegnazioni, mentre persiste lo scarso interesse per altre specialità fondamentali per il funzionamento del SSN: chirurgia generale (64%), medicina d'emergenza-urgenza (56%), chirurgia toracica (56%), medicina nucleare (45%) medicina e cure palliative (41%). Alcune specialità, infine, rimangono sotto il 40% delle assegnazioni: medicina di comunità e delle cure primarie (36%), radioterapia (35%), farmacologia e tossicologia clinica (22%) e le specialità di laboratorio (24% patologia clinica e biochimica clinica, 20% microbiologia).

Infermieri. Nel 2023 gli infermieri a cui si applica il CCNL sanità sono 277.164, pari a una media nazionale di 4,7 per 1.000 abitanti: il range varia da 3,53 in Sicilia a 6,86 in Liguria. Secondo i dati OCSE, che includono tutti i professionisti attivi, in Italia si contano 6,9 infermieri ogni 1.000 abitanti, un valore nettamente inferiore sia alla media OCSE (9,5) che alla media dei paesi europei (8,5). Nel 2023 i laureati in infermieristica sono stati 17,3 per 100.000 abitanti, un dato molto distante dalla media OCSE di 45,3. La carenza di personale infermieristico è ulteriormente aggravata dal progressivo calo di attrattività del Corso di Laurea in Infermieristica: per l'anno accademico 2025/2026 il rapporto tra domande presentate e posti disponibili è sceso a 0,9.

Rapporto infermieri/medici. Nel 2023 il rapporto nazionale infermieri/medici dipendenti con CCNL sanità è pari a 2,54, con un range che varia da 1,82 della Sicilia a 3,26 della Provincia autonoma di Bolzano. L'Italia si colloca ben al di sotto della media OCSE per rapporto infermieri/medici (1,3 vs 2,4), posizionandosi penultima in Europa davanti solo alla Lettonia.

Retribuzioni dei medici specialisti. A parità di potere di acquisto per i consumi privati, la retribuzione media in Italia è di \$ 117.954, un valore nettamente inferiore sia alla media OCSE (\$ 131.455), sia soprattutto a quella di altri paesi europei come Olanda (\$ 228.482) e Germania (\$ 207.049).

Retribuzioni degli infermieri ospedalieri. A parità di potere di acquisto per i consumi privati, la retribuzione media in Italia è di \$ 45.434, un valore al di sotto della media OCSE (\$ 60.260) e nettamente inferiore rispetto ad altri paesi europei come il Belgio (\$ 108.011), l'Olanda (\$ 82.231) e la Germania (\$ 73.086).

Medici di Medicina Generale (MMG). Al 1° gennaio 2024 37.260 MMG avevano in carico quasi 51,2 milioni di assistiti. In termini assoluti, la media nazionale è di 1.374 assistiti per MMG con variazioni significative tra Regioni: dai 1.100 del Molise ai 1.548 della Provincia autonoma di Bolzano. Lo scenario è molto più critico di quanto lascino intendere i numeri, perché questo livello di saturazione compromette il principio della libera scelta, rendendo impossibile trovare un MMG nei pressi del proprio domicilio, tanto nelle aree desertificate quanto nelle grandi città metropolitane. Considerando come parametro di riferimento un rapporto ottimale pari a 1 MMG ogni 1.200 assistiti, al 1° gennaio 2024 si stima una carenza complessiva di 5.575 MMG, distribuiti in 17 Regioni e Province autonome con le situazioni più critiche in quasi tutte le grandi Regioni: Lombardia (-1.525), Veneto (-785), Campania (-652), Emilia Romagna (-536), Piemonte (-431) e Toscana (-345). Non si rilevano, invece, carenze in Basilicata, Molise, Umbria e Sicilia. La scarsa attrattività della professione di MMG è documentata sia dal 15% delle borse non assegnate nel 2024, sia dagli abbandoni durante il percorso formativo, che coinvolgono almeno il 20% degli iscritti.

Pediatri di Libera Scelta (PLS). Al 1° gennaio 2024, 6.484 PLS avevano in carico oltre 5,8 milioni di iscritti, di cui il 42,5% (2,48 milioni) appartenente alla fascia di età 0-5 anni e il 57,5% (3,35 milioni) alla fascia 6-13 anni. Complessivamente, l'81,2% della fascia 6-13 anni risulta seguita da un PLS, con marcate differenze regionali: dal 92,6% della Liguria al 60,7% della Sardegna. In termini assoluti, la media nazionale è di 900 assistiti per ciascun PLS: superano il massimale di 1.000 assistiti la Provincia autonoma di Bolzano (1.139), il Piemonte (1.119) e il Veneto (1.008). Con questi numeri, in molte aree del Paese può risultare difficile trovare un PLS disponibile, tanto nelle zone interne o periferiche quanto nei grandi centri urbani. Adottando come parametro un rapporto ottimale di 1 PLS ogni 850 assistiti, al 1° gennaio 2024 si stima una carenza complessiva di 502 PLS, con forti squilibri regionali. Ben il 75,7% delle carenze si concentra infatti in 3 sole grandi Regioni del Nord: Lombardia (180), Piemonte (108), Veneto (93). Al contrario, in 9 Regioni (Basilicata, Emilia-Romagna, Lazio, Marche, Molise, Puglia, Sardegna, Sicilia e Umbria) non si rilevano carenze, poiché la media di assistiti per PLS è inferiore a 850.

Le analisi sul personale sanitario confermano che le fonti disponibili non consentono una visione univoca, sistematica e costantemente aggiornata della reale "forza lavoro" del SSN impegnata nell'erogazione dei LEA. Inoltre, poiché i dati più aggiornati si fermano al 2023, è impossibile fotografare accuratamente un contesto in rapida e imprevedibile evoluzione, sottostimando la carenza di personale conseguente a licenziamenti volontari e pensionamenti anticipati negli anni 2024-2025. Ancora, le differenze regionali restano molto marcate, in particolare per il personale infermieristico, maggiormente sacrificato nelle Regioni in Piano di rientro, e per i MMG. Infine, i benchmark internazionali collocano l'Italia ben sopra la media OCSE per il numero di medici, ma molto al di sotto per il personale infermieristico, con un rapporto infermieri/medici che, di conseguenza, risulta tra i più bassi d'Europa.

Il **CAPITOLO 8** affronta la **Missione Salute del PNRR** analizzandone struttura, obiettivi e scadenze anche alla luce delle rimodulazioni finanziarie, quantitative e temporali intervenute negli ultimi anni. Vengono riportati i dati relativi allo **stato di avanzamento** utilizzando i report di monitoraggio d Ministero della Salute, Governo, Corte dei Conti e Agenas. Per completare la Missione Salute rimangono da conseguire 13 target e 1 milestone: 3 target entro il 31 dicembre 2025 ai fini dell'erogazione della IX rata; 10 target e 1 milestone entro il 30 giugno 2026 per incassare la X rata. Il nodo cruciale è che quest'ultima scadenza non segna solo il completamento formale dei target, ma coincide con la consegna reale di tutte le strutture e i servizi finanziati dal PNRR, che dovrebbero tradursi in un concreto miglioramento dell'assistenza sanitaria.

Il monitoraggio indipendente GIMBE sullo stato di avanzamento della Missione Salute è stato svolto su tutte le fonti istituzionali pubblicamente accessibili e disponibili al 30 settembre 2025. Da tale monitoraggio emerge come 4 target siano in via di completamento o completati in anticipo rispetto alla scadenza di giugno 2026: progetti di ristrutturazione e ammodernamento degli ospedali ex art. 20, assistenza domiciliare integrata (ADI) negli over 65, grandi apparecchiature sanitarie e contratti di formazione specialistica. Per 5 target non sono state individuate fonti pubblicamente accessibili e aggiornate, rendendo impossibile valutarne lo stato di attuazione: almeno 300.000 persone assistite con strumenti di telemedicina, digitalizzazione di 280 strutture ospedaliere sede di DEA, formazione su competenze e abilità di management e digitali per 4.500 professionisti sanitari, tessera sanitaria elettronica e interoperabilità del Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE), alimentazione del FSE da parte dei MMG. Due target presentano ritardi. Gli **interventi di antismistica**, al 25 febbraio 2025 risultano attivi o conclusi circa 86 cantieri, ma la spesa totale non raggiunge l'11% del finanziamento e nel Mezzogiorno è del 6% circa. Relativamente all'**adozione del FSE**, al 31 marzo 2025, solo 6 documenti su 16 – lettera di dimissione ospedaliera, referti di laboratorio e di radiologia, prescrizione farmaceutica e specialistica e verbale di pronto soccorso- sono disponibili in tutte le Regioni. Inoltre, solo il 42% dei cittadini ha espresso il consenso alla consultazione dei dati contenuti nel proprio FSE, ma il divario tra le Regioni rimane enorme: dall'1% in Abruzzo, Calabria e Campania al 92% in Emilia-Romagna. Tre target, infine sono in netto ritardo: accanto al potenziamento dei posti letto in terapia intensiva e semi-intensiva, è la riorganizzazione dell'assistenza territoriale l'obiettivo più critico. Infatti, i dati del Monitoraggio Agenas, aggiornati al 30 giugno 2025, documentano ritardi sostanziali nella piena attivazione di Case della Comunità e Ospedali di Comunità. Al 30 giugno 2025, per 218 **Case della Comunità** (21%) sono stati dichiarati attivi tutti i servizi, ma di queste solo 46 (4,4%) risultano essere dotate di personale medico e infermieristico. Per 660 Case della Comunità (63,6%) è stato dichiarato attivo almeno un servizio. Al 30 giugno 2025, 153 **Ospedali di Comunità** (49,8%) sono stati dichiarati attivi, includendo anche quelli “con servizi attivi in sede provvisoria”. Al 21 marzo 2025, dai dati del Registro Generale degli Interventi e della Spesa (ReGis) del MEF, risultano realizzati 890 **posti letto di terapia intensiva** (33,1%) e 1.199 di terapia **semi-intensiva** (37,1%).

La “volata finale” del PNRR impone una responsabilità collettiva e la convergenza di sforzi tra Governo, Regioni e ASL per completare con successo il percorso e per non lasciare in eredità alle future generazioni strutture vuote, tecnologie digitali non integrate nel SSN insieme ad un pesante indebitamento, sprecando così un'occasione irripetibile per rafforzare il SSN.

Il **CAPITOLO 9** descrive l'ecosistema di tutti i soggetti che rappresentano il **privato in sanità**, coinvolti nel finanziamento, rimborso, programmazione ed erogazione di servizi e prestazioni sanitarie e socio-sanitarie. Vengono individuate quattro categorie di soggetti privati, classificate in base alla loro attività prevalente rispetto al SSN: erogatori che forniscono servizi

e prestazioni sanitarie e socio-sanitarie, convenzionati, o meno, con il SSN; investitori che immettono capitali in sanità con finalità di profitto o di sostegno allo sviluppo del settore; terzi paganti che svolgono la funzione di pagante intermedio tra erogatori e fruitori di prestazioni; soggetti che stipulano partenariati pubblico privato (PPP) con strutture sanitarie pubbliche, ASL, Regioni, etc. Ciascuna categoria può avere natura giuridica profit o non-profit.

Strutture accreditate. Secondo il Ministero della Salute nel 2023, delle 29.386 strutture sanitarie censite, 17.042 (58%) sono private accreditate, mentre 12.344 (42%) sono pubbliche. La quota di strutture private accreditate è superiore a quella delle strutture pubbliche nell'assistenza residenziale (85,1%), riabilitativa (78,4%), semi-residenziale (72,8%) e specialistica ambulatoriale (59,7%). La spesa pubblica destinata al privato convenzionato nel periodo 2012-2024 è aumentata in termini assoluti di € 5.333 milioni (+ 22,8%), da € 23.376 milioni del 2012 a € 28.709 del 2024. In valore percentuale sulla spesa sanitaria, dopo una crescita tra il 2012 e il 2014 (dal 21,5% al 22,5%), si è mantenuta stabile fino al 2019, per poi ridursi progressivamente dal 2020, fino a toccare il minimo storico del 20,8% nel 2024.

Strutture non accreditate. In assenza di un censimento nazionale è impossibile conoscerne il numero, ma si stima che siano svariate migliaia. Il crescente ricorso dei cittadini a queste strutture è documentato dalla spesa out-of-pocket rilevata dal sistema Tessera Sanitaria, che nel periodo 2016-2023 è aumentata del 137%, passando da € 3,05 miliardi nel 2016 a € 7,23 miliardi nel 2023, con un incremento medio di circa € 600 milioni l'anno. Questi dati indicano che l'espansione dell'offerta sanitaria privata avviene sempre più verso il cosiddetto "privato puro". Infatti, nello stesso arco temporale la spesa sostenuta dai cittadini presso strutture private accreditate è salita da € 5,26 miliardi a € 7,62 miliardi, con un incremento che si ferma al 45%. Dopo il 2020, inoltre, il trend mostra una progressiva riduzione del divario tra strutture accreditate e non accreditate, che nel 2023 è di soli € 390 milioni, rispetto al 2016 quando ammontava a € 2.210 milioni.

Il capitolo esamina poi gli altri attori privati in sanità: gli **investitori** (fondi di investimento, assicurazioni, banche e gruppi societari), attratti da trend strutturali che tuttavia rischiano di creare un "secondo binario" alternativo al SSN; i **terzi paganti** (fondi sanitari, casse mutue, assicurazioni, imprese ed ETS), la cui sostenibilità risulta sempre più compromessa dall'aumento della domanda di rimborsi in un SSN in crisi; i **partenariati pubblico-privato (PPP)**, forme di cooperazione strutturata tra SSN e operatori privati, profit e non-profit, in settori che spaziano dalle infrastrutture alla ricerca; infine i **soggetti non-profit**, che reinvestono gli utili nelle attività istituzionali, svolgendo funzioni di interesse generale in ambito sanitario e socio-sanitario.

Il **CAPITOLO 10** presenta il **Piano di rilancio del SSN** aggiornato dalla Fondazione GIMBE: 15 punti che rappresentano lo standard per il monitoraggio continuo delle azioni politiche di Governo e Regioni.

1. **SALUTE IN TUTTE LE POLITICHE.** Mettere la salute e il benessere delle persone al centro di tutte le decisioni politiche: non solo sanitarie, ma anche ambientali, industriali, sociali, economiche e fiscali, oltre che in materia di istruzione, formazione e ricerca (*Health in All Policies*).
2. **PREVENZIONE E PROMOZIONE DELLA SALUTE.** Diffondere la cultura e aumentare gli investimenti in prevenzione e promozione della salute, attuando l'approccio integrato *One Health*, che riconosce l'interdipendenza tra la salute delle persone e quella di animali, piante e ambiente.

- 3. GOVERNANCE STATO-REGIONI.** Potenziare le capacità di indirizzo e verifica dello Stato sulle Regioni, nel rispetto dei loro poteri, per ridurre diseguaglianze, iniquità e sprechi e garantire il diritto costituzionale alla tutela della salute.
- 4. FINANZIAMENTO PUBBLICO.** Aumentare in maniera progressiva e consistente il finanziamento pubblico della sanità per allinearla alla media dei paesi europei, al fine di garantire il rilancio delle politiche del personale sanitario, l'erogazione uniforme dei LEA e l'equità di accesso alle innovazioni.
- 5. LIVELLI ESSENZIALI DI ASSISTENZA.** Garantire l'aggiornamento continuo dei LEA al fine di rendere rapidamente accessibili le innovazioni e di escludere le prestazioni sanitarie obsolete, riducendo così le diseguaglianze regionali nell'esigibilità dei LEA.
- 6. SERVIZI SANITARI E SOCIO-SANITARI.** Programmare l'offerta secondo i reali bisogni di salute della popolazione e renderla disponibile tramite reti multiprofessionali integrate, per superare la frammentazione tra ospedale e territorio e tra assistenza sanitaria e sociale.
- 7. PERSONALE SANITARIO.** Rilanciare le politiche sul capitale umano per valorizzare la colonna portante della sanità pubblica e rendere nuovamente attrattiva la carriera nel SSN, innovando i processi di formazione e valutazione delle competenze.
- 8. SPRECHI E INEFFICIENZE.** Ridurre inappropriatezze e inefficienze, contrastare frodi e abusi e riallocare le risorse recuperate in servizi essenziali e innovazioni, aumentando il valore della spesa sanitaria.
- 9. RAPPORTO PUBBLICO-PRIVATO.** Favorire una sana integrazione tra pubblico e privato convenzionato, al fine di garantire un'offerta equa di prestazioni a carico del SSN e ridurre la necessità per i cittadini di ricorrere al libero mercato.
- 10. SANITÀ INTEGRATIVA.** Rendere i fondi sanitari realmente integrativi rispetto alle prestazioni già incluse nei LEA, al fine di arginare diseguaglianze, privatizzazione, erosione di risorse pubbliche e derive consumistiche.
- 11. TRASFORMAZIONE DIGITALE.** Promuovere cultura e competenze digitali della popolazione, in particolare di professionisti sanitari, pazienti, familiari e caregiver, rimuovendo gli ostacoli alla digitalizzazione, per non generare nuove diseguaglianze e migliorare l'equità di accesso ai servizi sanitari e l'efficienza del SSN.
- 12. RICERCA INDIPENDENTE.** Potenziare la ricerca clinica e organizzativa e la valutazione d'impatto delle politiche pubbliche sulla salute, integrandole in un programma nazionale di ricerca e sviluppo, al fine di produrre evidenze scientifiche per informare scelte e investimenti in sanità.
- 13. DATI PUBBLICI E ACCESSIBILI.** Rendere disponibili in formato aperto (*open data*) tutti i dati della sanità per favorire studi indipendenti, valutazioni comparative, partecipazione civica e decisioni politiche informate, rafforzando la trasparenza del sistema.
- 14. INFORMAZIONE SCIENTIFICA.** Potenziare l'informazione istituzionale basata sulle evidenze scientifiche e migliorare l'alfabetizzazione sanitaria e digitale, al fine di favorire decisioni informate sulla salute, ridurre il consumismo sanitario e contrastare le fake news.
- 15. PARTECIPAZIONE E COESIONE SOCIALE.** Aumentare la consapevolezza civica del valore del SSN e promuovere la partecipazione attiva di cittadini, comunità locali e organizzazioni della società civile alla tutela del SSN, riconoscendolo come motore di coesione sociale, equità e sviluppo.

PREMESSA

La Repubblica tutela la salute come fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività, e garantisce cure gratuite agli indigenti.

Costituzione della Repubblica Italiana, art. 32

Il diritto alla tutela della salute è al tempo stesso il più importante tra i diritti, ma anche il più fragile ed evanescente. È il più importante perché è l'unico che i Padri costituenti hanno definito "fondamentale", ma soprattutto perché lo stato di salute e benessere condiziona l'esercizio di tutti gli altri diritti sociali e civili, oltre alla possibilità di godere delle libertà che la vita offre. È però anche il più fragile perché, a differenza di altri diritti come il lavoro o l'istruzione, nessuno può esercitarlo in autonomia¹. Il diritto alla tutela della salute dipende infatti dalla capacità di garantire la migliore assistenza basata sulle migliori evidenze scientifiche da parte della più grande opera pubblica mai costruita nel nostro Paese, ovvero quel Servizio Sanitario Nazionale (SSN) fatto di strutture, tecnologie, modelli organizzativi e soprattutto professionisti sanitari. La fragilità di questo diritto emerge dunque quando il SSN riduce progressivamente la sua capacità di erogare servizi e prestazioni sanitarie in maniera equa, universale e accessibile e, in particolare, di prendersi cura dei pazienti cronici. Infine, il diritto alla tutela della salute è anche il più evanescente, perché la "Repubblica" dell'articolo 32 oggi si riconosce nella "leale collaborazione" tra Governo e Regioni che, spesso si trasforma in conflitto istituzionale con compromessi al ribasso, le cui conseguenze ricadono sulle fasce più deboli della popolazione.

Ed è proprio in questa evanescenza del diritto alla tutela della salute che si dissolve anche la capacità del cittadino di orientare il proprio voto. Quando il SSN arranca, il cittadino non ha strumenti chiari per individuare le responsabilità: è il Governo che ha stanziato poche risorse? Sono le Regioni a non saper programmare l'assistenza sanitaria? O le Aziende sanitarie a non riuscire a garantire servizi e prestazioni?

Per rendere effettivo questo diritto fondamentale, il 23 dicembre 1978 il Parlamento approvò a larghissima maggioranza la legge 833, che in attuazione dell'art. 32 della Costituzione istituì il "Servizio Sanitario Nazionale". Una scelta terminologica che andava in una direzione ben precisa: porre il SSN a *servizio* di ogni cittadino, senza distinzioni di reddito, luogo di residenza, condizione sociale o lavorativa. Un termine che ci ricorda che la salute non è una merce e la sua tutela è un diritto sociale.

Fu un radicale cambio di rotta: un modello di sanità pubblica ispirato da principi di universalismo, uguaglianza ed equità, finanziato dalla fiscalità generale, che ha consentito di raggiungere eccellenti risultati di salute e che tutto il mondo continua a guardare con ammirazione. Quel modello, per molti anni, ha garantito realmente il diritto costituzionale alla tutela della salute: ma lentamente le scelte politiche e i vincoli di finanza pubblica ne hanno eroso le basi, mettendo a rischio la più grande conquista sociale dei cittadini italiani.

¹ Antonini L. Il diritto alla salute e la "spesa costituzionalmente necessaria". Rec Prog Med 2023; Recenti Prog Med 2023;114:590-596. Disponibile a: www.recentiprogressi.it/archivio/4097/articoli/40940. Ultimo accesso: 30 settembre 2025.

Il 15 marzo 2013, in occasione del lancio della campagna “Salviamo il Nostro Servizio Sanitario Nazionale”, la Fondazione GIMBE aveva previsto che la perdita del SSN non sarebbe stata annunciata dal fragore improvviso di una valanga, ma si sarebbe manifestata come il lento e silenzioso scivolamento di un ghiacciaio, attraverso anni, lustri, decenni. Un processo che, lentamente ma inesorabilmente, avrebbe eroso il diritto costituzionale alla tutela della salute. Oggi, quasi tredici anni dopo, dati, narrative e sondaggi dimostrano all'unisono che il collasso del SSN ha già compromesso tale diritto per le fasce socio-economiche più deboli, per gli anziani fragili e per i residenti nel Mezzogiorno. Prima della pandemia, il tema della sostenibilità del SSN rimaneva confinato tra gli addetti ai lavori: oggi riguarda 60 milioni di persone, perché la tenuta del SSN è prossima al punto di non ritorno. I suoi principi fondanti sono stati traditi e la vita quotidiana di milioni di persone, in particolare delle fasce socio-economiche più deboli, è segnata da disagi intollerabili: tempi di attesa interminabili, pronto soccorso sovraffollati, impossibilità a iscriversi ad un medico o un pediatra di famiglia vicino casa, inaccettabili diseguaglianze regionali e locali, migrazione sanitaria, aumento della spesa privata e impoverimento delle famiglie sino alla rinuncia alle cure.

Nel frattempo, altrettanto in sordina, la percezione pubblica del valore del SSN si è involuta: la salute non più come un bene da tutelare secondo il dettato costituzionale, ma come una merce da vendere e comprare. Una deriva che ha spianato inevitabilmente la strada ad una sanità regolata dal libero mercato, dove le prestazioni sono sempre più accessibili solo a chi può pagare di tasca propria o dispone di polizze assicurative. Che, in ogni caso, non saranno mai in grado di garantire neppure ai più abbienti la copertura globale offerta dal SSN.

Parallelamente, si è diffuso l'uso dell'espressione “Sistema Sanitario Nazionale” che, a prima vista, sembra solo un innocuo sinonimo. In realtà segna un'involuzione concettuale: con “*sistema*” si sottolinea l'insieme di ingranaggi e meccanismi organizzativi che garantiscono l'attività prestazionistica del SSN, ovvero l'erogazione di servizi e prestazioni sanitarie. Obiettivo ben diverso dal “*servizio*”, che richiama l'idea del prendersi cura di una collettività di quasi 59 milioni di persone, sempre più anziane e con bisogni sanitari complessi, dalla prevenzione alla diagnosi, dalla cura alla riabilitazione, fino alle cure palliative. “*Servizio*” deriva dal latino *servitium*, un termine che evoca l'agire per qualcun altro, orientando lo sguardo verso i bisogni e la cura del paziente; “*sistema*” dal greco *σύστημα*, richiama gli strumenti necessari per far funzionare un'organizzazione ampia e articolata: governance, budget, bilanci, logistica, flussi informativi². Ma proprio perché la macchina organizzativa esiste per tutelare un diritto, è fondamentale che *servizio* non venga silenziosamente sostituito da *sistema*: il nome ufficiale deve sempre porre in primo piano il fine e non i mezzi per raggiungerlo.

Questa profonda involuzione strutturale, funzionale e concettuale del SSN è il frutto dell'inerzia di tutti i Governi degli ultimi 15 anni che hanno contribuito al progressivo sgretolamento del SSN, svalutandone i principi fondanti ed erodendo il diritto costituzionale alla tutela della salute, attraverso gravi azioni e omissioni:

- considerare la sanità come un costo da tagliare, anziché la priorità su cui investire per tutelare la salute delle persone e favorire la crescita economica del Paese;
- ridurre il perimetro delle tutele pubbliche per finanziare sussidi individuali, con l'obiettivo – mai raggiunto – di mantenere il consenso politico, dimenticando che qualche decina di

² De Rossi Re C. SSN. Servizio o Sistema? Perché le parole sono importanti. Sanità Informazione, 2 luglio 2025. Disponibile a: www.sanitainformazione.it/ssn-servizio-o-sistema-perche-le-parole-sono-importanti. Ultimo accesso: 30 settembre 2025.

euro in più in busta paga non potrà mai compensare i costi di un accertamento diagnostico o una visita specialistica;

- permettere alla politica partitica (*politics*) di avvilupparsi in maniera indissolubile alle politiche sanitarie (*policies*), condizionando decisioni che spesso antepongono interessi di parte alla tutela della salute individuale e collettiva;
- assumere decisioni in contrasto con il principio dell'*health in all policies*, che impone di mettere la salute al centro di tutte le scelte politiche, non solo sanitarie ma anche sociali, economiche, industriali e ambientali;
- accettare compromessi con l'industria perché un'elevata domanda di servizi e prestazioni sanitarie genera occupazione o perché, viceversa, rafforzare le politiche di prevenzione riduce posti di lavoro.

Questa inerzia politica è stata giustificata per decenni da una granitica certezza: l'Italia vanta un'aspettativa di vita tra le più alte del mondo, a fronte di una spesa pubblica "sobria". Una certezza che oggi si è sgretolata sotto il peso di dati allarmanti. Viviamo più a lungo, ma invecchiamo sempre peggio: si riducono gli anni vissuti in buona salute, soprattutto per le donne, con pesanti ricadute economiche e sociali. E sull'altare della "sobrietà" della spesa sanitaria è stata sacrificata la motivazione del personale, con effetti difficilmente reversibili: professionisti qualificati sempre più in fuga dal SSN, giovani sempre meno attratti da alcune carriere, con la progressiva desertificazione di alcune professioni (es. infermieri) e specialità mediche (es. emergenza-urgenza). Il fiore all'occhiello del Paese si ormai avvizzito e oggi la vera emergenza del Paese è la tutela della salute secondo quei principi di universalità, egualianza ed equità che tutto il mondo ci ha sempre invidiato. Un fallimento totale delle politiche sanitarie che stanno trasformando un diritto universale in un privilegio per pochi.

Considerato che perdere il SSN non significa solo compromettere la salute delle persone, ma anche mortificarne la dignità e ridurre le loro capacità di realizzare ambizioni e obiettivi, è indispensabile ribadire tre incontrovertibili certezze. Primo: la sostenibilità del SSN è un problema culturale e politico, perché "*il sistema è tanto sostenibile quanto noi vogliamo che lo sia*"³. Secondo: la perdita di un SSN pubblico, finanziato dalla fiscalità generale e fondato su principi di universalità, egualianza ed equità provocherebbe un disastro sanitario, economico e sociale senza precedenti. Terzo: senza una rapida inversione di rotta, il "ghiacciaio" continuerà inesorabilmente a scivolare, trasformando un *Servizio Sanitario Nazionale* nato per garantire un diritto costituzionale in 21 *Sistemi Sanitari Regionali* regolati dalle leggi del libero mercato.

Per contrastare questo rischio, che il Paese intero deve assolutamente scongiurare, dal 2013 la Fondazione GIMBE con la campagna #SalviamoSSN è impegnata a sensibilizzare i cittadini sull'importanza di difendere un SSN equo e universalistico, conquista sociale irrinunciabile da lasciare in eredità alle future generazioni (§ Appendice 1). Il presente Rapporto, sulla scia dei precedenti, si inserisce in questo percorso di sensibilizzazione politica, civica e professionale, documentando con dati e analisi indipendenti l'entità della crisi e indicando le azioni necessarie per invertire la rotta.

Perché se la Costituzione tutela il diritto alla salute di tutti, la sanità deve essere per tutti.

³ Roy J. Romanow, Commissioner. Building on values: the future of health care in Canada: final report. November 2002. Disponibile a: <http://publications.gc.ca/collections/Collection/CP32-85-2002E.pdf>. Ultimo accesso: 30 settembre 2025.

CAPITOLO 1

Introduzione

Le analisi indipendenti della Fondazione GIMBE nell'ambito della campagna #SalviamoSSN⁴ hanno documentato, sin dal marzo 2013, una progressiva crisi di sostenibilità del Servizio Sanitario Nazionale (SSN).

1.1. La crisi di sostenibilità del Servizio Sanitario Nazionale

1.1.1. Il periodo pre-pandemico

Nel giugno 2019, il 4° Rapporto GIMBE⁵ dipingeva il SSN come un paziente cronico con multimorbidità, diagnosticando quattro principali “patologie” che ne compromettevano lo “stato di salute”:

- **Definanziamento pubblico.** Nel decennio 2010-2019 tra tagli e definanziamenti sono stati sottratti al SSN circa € 37 miliardi; in questo periodo il Fabbisogno Sanitario Nazionale (FSN) è aumentato di soli € 8,2 miliardi, con un tasso di crescita inferiore a quello dell’infrazione.
- **Ampliamento del “paniere” dei nuovi Livelli Essenziali di Assistenza (LEA).** Il tanto atteso aggiornamento degli elenchi delle prestazioni previste dal DPCM 12 gennaio 2017, non è stato contestualmente accompagnato dall’aggiornamento delle tariffe delle prestazioni di protesica e specialistica ambulatoriale, rendendo impossibile l’esigibilità dei nuovi LEA su tutto il territorio nazionale.
- **Sprechi e inefficienze.** Si annidano a tutti i livelli del SSN ed erodono preziose risorse: sovra-utilizzo di prestazioni sanitarie inefficienti, inappropriate o dal valore basso, sotto-utilizzo di prestazioni sanitarie efficaci, appropriate o dal valore elevato, inadeguato coordinamento dell’assistenza, acquisti a costi eccessivi, inefficienze amministrative, frodi e abusi.
- **Espansione incontrollata del secondo pilastro:** presentato come “LA” soluzione per salvare il SSN, in realtà aumenta spesa sanitaria e diseguaglianze sociali, dirotta denaro pubblico verso imprese private, alimenta il consumismo sanitario e rischia di danneggiare la salute inducendo fenomeni di sovra-diagnosi e sovra-trattamento.

Nel medesimo Rapporto la Fondazione GIMBE rilevava inoltre che l’habitat in cui “vive” il SSN è condizionato da due “fattori ambientali”, che ne compromettono ulteriormente lo stato di salute:

- il primo, di natura squisitamente politica, è rappresentato da un clima non salubre che contribuisce a generare iniquità e diseguaglianze, legato alla non sempre leale collaborazione tra Governo e Regioni – a cui è affidata la tutela della salute – e alle modalità di governance Stato-Regioni e Regioni-Aziende sanitarie;

⁴ Salviamo il Nostro Servizio Sanitario Nazionale. Disponibile a: www.salviamo-ssn.it. Ultimo accesso: 30 settembre 2025.

⁵ 4° Rapporto GIMBE sulla sostenibilità del Servizio Sanitario Nazionale. Fondazione GIMBE: Roma, giugno 2019. Disponibile a: www.rapportogimbe.it. Ultimo accesso: 30 settembre 2025.

- il secondo, di carattere socio-culturale, riguarda cittadini e pazienti che nutrono aspettative irrealistiche verso una medicina mitica e una sanità infallibile. Tali convinzioni, alimentate da analfabetismo scientifico ed eccessi di medicalizzazione, da un lato aumentano la domanda di servizi e prestazioni sanitarie (anche se inefficaci, inappropriati o addirittura dannosi), dall'altro si accompagnano a una scarsa propensione a modificare stili di vita non salutari.

1.1.2. Il periodo pandemico

Nel febbraio 2020, la pandemia di COVID-19 si è abbattuta come uno tsunami sul nostro Paese, mettendo a nudo tutte le criticità e le contraddizioni del SSN: carenza di personale sanitario, fragilità dell'assistenza territoriale, criticità nella “catena di comando” Stato-Regioni e gravi limiti nella comunicazione istituzionale. Al tempo stesso, quell'emergenza ha segnato un momento di inedita centralità della sanità pubblica: è cresciuta la consapevolezza collettiva del valore del SSN e tutte le istituzioni, insieme alle forze politiche, hanno riconosciuto la necessità di potenziarlo.

1.1.3. Il periodo post pandemico

Tutte le criticità rilevate nel 2019 sono tuttora ben lontane dall'essere risolte a causa della pandemia, che ha prima paralizzato e poi drasticamente rallentato la gestione ordinaria della sanità pubblica, e ha determinato pesanti ricadute, in particolare sul personale sanitario. In dettaglio:

- **Definanziamento pubblico.** Formalmente la stagione dei tagli lineari alla sanità è conclusa da tempo: tra il 2020 e il 2022 il FSN è cresciuto di € 11,6 miliardi, contro gli appena € 8,2 miliardi del decennio 2010-2019. Tuttavia, queste risorse sono state interamente assorbite dall'emergenza pandemica, senza consentire un rafforzamento strutturale del SSN, né di mantenere in ordine i conti delle Regioni. Nel triennio 2023-2025 il FSN è cresciuto di € 11,1 miliardi, passando da € 125,4 miliardi del 2022 a € 136,5 miliardi del 2025. Risorse, tuttavia, ampiamente erose dall'inflazione, che ha toccato il 5,7% nel 2023, oltre che dall'aumento dei costi energetici, che da soli hanno assorbito € 1,4 miliardi. In termini di incidenza sul PIL al 31 dicembre 2024, il FSN è sceso invece dal 6,3% del 2022 al 6% del 2023, attestandosi al 6,1% nel biennio 2024-2025, con una contrazione che equivale complessivamente a € 13,1 miliardi: € 4,7 miliardi nel 2023, € 3,4 miliardi nel 2024 e € 5 miliardi nel 2025. A destare ulteriore preoccupazione è il crescente divario tra previsioni di spesa sanitaria sul PIL – fissate dal Documento Programmatico di Finanza Pubblica 2025 (6,4% per gli anni 2025 e 2027-2028 e 6,5% per il 2026) – e stime della Legge di Bilancio 2025 sul finanziamento pubblico che prevedono una riduzione del rapporto FSN/PIL dal 6,1% del biennio 2025-2026 al 5,9% nel 2027 e al 5,8% nel 2028. Un divario che rischia di scaricarsi sui bilanci delle Regioni, aggravando i disavanzi e aprendo scenari di forte incertezza, soprattutto in un contesto di crescita economica stagnante e di instabilità economica internazionale che difficilmente permetteranno un consistente rilancio del finanziamento pubblico.
- **Ampliamento del “paniere” dei nuovi LEA.** Il 1° gennaio 2025 è finalmente entrato in vigore il nuovo nomenclatore tariffario per le prestazioni specialistiche ambulatoriali e protesiche, dando piena attuazione – a quasi otto anni di distanza – ai nuovi LEA aggiornati con il DPCM 12 gennaio 2017. La Legge di Bilancio 2025 ha previsto € 50 milioni annui per

il periodo 2025-2030 destinati all'aggiornamento dei LEA, cifra insufficiente rispetto al fabbisogno reale⁶. La Commissione nazionale per l'aggiornamento dei LEA ha già esaminato e approvato nuove prestazioni da inserire nei LEA confluite in una proposta di aggiornamento del DPCM 2017, non ancora approvata⁷.

- **Sprechi e inefficienze.** Non è mai stato avviato un piano nazionale per ridurre sprechi e inefficienze. Le iniziative esistenti, a livello regionale e soprattutto aziendale, rimangono frammentate, prive di coordinamento e spesso legate a singoli progetti di durata limitata.
- **Espansione incontrollata del secondo pilastro.** Nel dicembre 2022 la 10^a Commissione Affari Sociali del Senato ha avviato un'indagine conoscitiva sulle forme integrative di previdenza e di assistenza sanitaria finalizzata ad una riforma della sanità integrativa. L'attuale normativa, infatti, frammentata e incompleta, favorisce un utilizzo strumentale della defiscalizzazione dei fondi sanitari integrativi a vantaggio delle compagnie assicurative. Al 30 settembre 2025 la relazione conclusiva dell'indagine non è ancora disponibile.
- **Governance Stato-Regioni.** Il 26 giugno 2024 è stata promulgata la legge sull'autonomia differenziata (L. 86/2024) che, in assenza della definizione e del finanziamento dei Livelli Essenziali delle Prestazioni (LEP), è destinata ad amplificare le disuguaglianze regionali, legittimando normativamente il divario Nord-Sud e violando il principio di uguaglianza dei cittadini nel diritto alla tutela della salute. Nel maggio 2025 il Governo ha presentato in Consiglio dei Ministri un Disegno di Legge delega per la determinazione dei LEP⁸, passaggio imprescindibile per la reale attuazione dell'autonomia differenziata. Il DdL, annunciato in Aula al Senato il 10 settembre 2025, dovrebbe stabilire per ciascun settore le prestazioni essenziali da garantire su tutto il territorio nazionale con relativi standard di qualità e quantità. La macchina tecnico-legislativa si è messa in moto – anche per recepire i rilievi della Consulta⁹ – ma i LEP non sono ancora operativi, rimanendo un passaggio obbligato prima di qualunque attuazione dell'autonomia differenziata. Infine, al 2025 non risulta stanziato alcun fondo aggiuntivo specifico per i nuovi LEP legati all'autonomia differenziata. Al contrario, è prevista una clausola di invarianza finanziaria¹⁰, secondo cui l'attuazione delle intese di autonomia non deve comportare maggiori oneri a carico della finanza pubblica.
- **Informazione della popolazione.** Durante la pandemia, l'informazione è stata monopolizzata dall'emergenza sanitaria e il quadro è progressivamente peggiorato: la diffusione di teorie negazioniste e posizioni no-vax ha deteriorato il rapporto di fiducia tra SSN e cittadini, culminando in una preoccupante escalation di aggressioni al personale sanitario. A tutt'oggi non è mai stata avviata alcuna iniziativa istituzionale per migliorare l'alfabetizzazione sanitaria della popolazione e contrastare le fake news, spesso rilanciate persino da esponenti del mondo politico.

Dal 2022, il SSN ha iniziato poi a sperimentare gli effetti a medio-lungo termine della pandemia, divenuti a pieno titolo un'ulteriore “patologia” cronica che ne ha peggiorato lo stato di salute. Le Regioni, infatti, non sono riuscite a recuperare le prestazioni chirurgiche, ambulatoriali e di

⁶ Quotidiano Sanità. Articolo: Lea. Dalla Pma alle nuove protesi fino alle visite. Arriva la nuova versione dei tariffari per la specialistica ambulatoriale e la protesica. Il documento del Ministero della Salute. 7 novembre 2024. Disponibile a: www.quotidianosanita.it/governo-e-parlamento/articolo.php?articolo_id=125599. Ultimo accesso: 30 settembre 2025.

⁷ Quotidiano Sanità. Articolo: Pronto l'aggiornamento dei Lea. Arrivano nuovi screening per la mammella e per la Sma, test di ultima generazione e si ampliano le esenzioni. Ecco la proposta del Ministero Salute. 18 aprile 2025. Disponibile a: www.quotidianosanita.it/governo-e-parlamento/articolo.php?articolo_id=129213. Ultimo accesso: 30 settembre 2025.

⁸ Governo. Delega al Governo per la determinazione dei livelli essenziali delle prestazioni. Roma, 19 maggio 2025. Disponibile a: www.governo.it/it/node/28756. Ultimo accesso: 30 settembre 2025.

⁹ Corte Costituzionale. Sentenza n. 192/2024. Roma, 4 dicembre 2024. Disponibile a: www.cortecostituzionale.it/scheda-pronuncia/2024/192. Ultimo accesso: 30 settembre 2025.

¹⁰ Camera dei Deputati. Le Regioni e l'autonomia differenziata. Roma, 11 giugno 2025. Disponibile a: https://temi.camera.it/leg19/temi/19_t18_regioni_e_finanza_regionale.html. Ultimo accesso: 30 settembre 2025.

screening arretrate, nonostante quasi € 1 miliardo di investimenti dedicati e l'adozione di un piano nazionale per il recupero delle liste di attesa. Parallelamente sono emersi nuovi bisogni di salute: da un lato, il progressivo impatto del long-COVID ha reso necessaria l'apertura di centri dedicati in tutto il Paese, con crescente impiego di personale specialistico e risorse organizzative. Dall'altro, l'impatto sulla salute mentale, ancora fortemente sotto-diagnosticato soprattutto tra i più giovani, fatica a trovare risposte assistenziali adeguate, anche a causa dell'indebolimento strutturale dei dipartimenti di salute mentale.

Ma soprattutto, lo stress test della pandemia ha ulteriormente sfibrato il capitale umano del SSN. Gli effetti combinati del tetto di spesa per il personale e della mancata programmazione (blocco delle assunzioni, mancati rinnovi contrattuali, insufficienti borse di studio per specialisti e medici di famiglia) hanno inizialmente prodotto una carenza quantitativa di professionisti. Con l'emergenza COVID-19, poi, è esplosa una crisi motivazionale che ha determinato, da un lato, il calo di iscrizioni ad alcuni corsi di laurea (es. scienze infermieristiche) e specialità mediche (es. emergenza-urgenza), dall'altro l'abbandono del SSN da parte di numerosi professionisti in fuga verso le strutture private, la libera professione e addirittura l'estero. A un già elevato numero di pensionamenti programmati tra medici, infermieri e altri professionisti sanitari, si sono aggiunti burnout, demotivazione, licenziamenti volontari e pensionamenti anticipati che riducono progressivamente la forza lavoro della sanità pubblica. Questo peggiora inevitabilmente la qualità e la sicurezza delle cure, gravando su chi resta con turni massacranti e organici sempre più ridotti. A ciò si aggiunge l'aumento degli episodi di violenza fisica e verbale ai danni del personale sanitario, soprattutto nei pronto soccorso, che accrescono insicurezza, frustrazione e demotivazione, aggravando ulteriormente il malessere dei professionisti. Infine, burocrazia e scarsa digitalizzazione rendono il lavoro quotidiano dei professionisti sanitari.

In un contesto già segnato da sottofinanziamento e riforme mancate che gravano sulla sostenibilità del SSN, lo scorso aprile la Corte dei Conti in audizione alle Commissioni Bilancio riunite sul Documento di Finanza Pubblica (DFP) 2025¹¹ ha sottolineato che *"Rimane indispensabile superare le difficoltà che stanno minando la fiducia nel sistema pubblico non solo dei cittadini ma anche (e soprattutto) degli operatori sanitari"*.

1.2. Le conseguenze per cittadini e pazienti

La grave crisi di sostenibilità del SSN ha progressivamente generato disfunzioni organizzative nell'offerta di servizi e prestazioni, condizionando l'esperienza quotidiana di cittadini e pazienti, con ostacoli crescenti all'accesso, alla qualità e all'equità delle cure. Il progressivo deterioramento dei servizi sanitari pubblici si è infatti tradotto in numerose criticità che interessano tutti gli ambiti assistenziali, emerse da segnalazioni pervenute alla Fondazione GIMBE a seguito dell'istituzione dell'Osservatorio sul SSN e documentate da altre fonti¹². Pur non costituendo una tassonomia formale né un elenco esaustivo, questa ricognizione delle criticità offre una panoramica rappresentativa delle conseguenze sperimentate quotidianamente da cittadini e pazienti nell'utilizzo del SSN (Box 1.1).

¹¹ Corte dei Conti. Audizione della Corte Dei Conti sul Documento di Finanza Pubblica 2025 presso le Commissioni riunite Bilancio del Senato della Repubblica e della Camera dei Deputati. Roma, aprile 2025.

www.corteconti.it/Download?id=e5a869e5-f4a4-4b44-b88d-3b2b86c6d10f. Ultimo accesso: 30 settembre 2025.

¹² Cittadinanzattiva. Rapporto Civico sulla Salute, 2024. Roma, 21 ottobre 2024. Disponibile a:

www.cittadinanzattiva.it/rapporti-osservatori-e-indagini/228-rapporto-civico-salute-2024/download.html. Ultimo accesso: 30 settembre 2025.

Box 1.1. Criticità sperimentate da cittadini e pazienti

Prestazioni sanitarie

- Tempi di attesa: visite specialistiche (prime visite e controlli), prestazioni diagnostiche, interventi chirurgici programmati, altre prestazioni (ADI, riabilitazione, RSA)
- Criticità nella prenotazione: mancato rispetto dei codici di priorità, mancata attivazione dei percorsi di tutela, difficoltà nel contatto con il CUP, dirottamento verso attività in regime di *intramoenia* o prestazioni private, impossibilità di prenotazione per “chiusura agende”

Assistenza ospedaliera

- Sovra-affollamento nei pronto soccorso
- Trasferimenti verso altre strutture difficollosi o non garantiti
- Dimissioni ospedaliere senza adeguata valutazione del contesto socio-economico e del supporto domiciliare di familiari o caregiver

Assistenza territoriale

- Difficoltà nella prenotazione di vaccinazioni
- Screening oncologici: mancata ricezione dell’invito da parte della ASL, difficoltà di prenotazione autonoma
- Carenza di offerta di servizi territoriali (hospice, ADI, assistenza socio-sanitaria, RSA, lungodegenza, riabilitazione, salute mentale, consultori, etc.) con ricorso inappropriato a setting per acuti
- Mancata integrazione tra diversi setting assistenziali (ospedale, territorio, domicilio, RSA, etc.), tra professionisti sanitari, tra interventi sanitari, socio-sanitari e sociali
- Inadeguata presa in carico, sanitaria e socio-sanitaria, dei pazienti con malattie croniche

Medici di Medicina Generale (MMG) e Pediatri di Libera Scelta (PLS)

- Difficoltà di iscrizione a MMG/PLS nei pressi della propria residenza
- Irreperibilità di MMG/PLS nella fascia oraria 8-20 dei giorni feriali e in quella 8-14 del sabato (in assenza di continuità assistenziale)
- Difficoltà a ottenere visite domiciliari da MMG o PLS, anche nei casi previsti
- Elevato turnover di MMG/PLS dovuta alla temporaneità degli incarichi

Impatto economico

- Aumento della spesa out-of-pocket
- Spese sanitarie catastrofiche
- Impoverimento delle famiglie per spese sanitarie
- Rinuncia alle prestazioni sanitarie per motivi economici
- Costi indiretti conseguenti a inefficienze del SSN: spese di trasporto per cure fuori sede, perdita di giornate lavorative per attese prolungate, spostamenti ripetuti, esami duplicati

Diseguaglianze

- Diseguaglianze di accesso a servizi e prestazioni sanitarie: regionali, aree urbane vs aree rurali, correlate al livello socio-economico, al grado di istruzione, al sesso, al genere e all’orientamento sessuale
- Accesso limitato alle innovazioni farmacologiche e tecnologiche
- Difficoltà di accesso ai servizi digitali sanitari, come SPID, Fascicolo Sanitario Elettronico, CUP online
- Barriere fisiche e organizzative per le persone con disabilità: accessi inadeguati, assenza di supporto alla comunicazione, assenza di percorsi dedicati

Altro

- Necessità di ricorrere alla mobilità sanitaria interregionale
- Attese prolungate per il rilascio della documentazione clinica

Accanto alle criticità strutturali che minano l'equità di accesso al SSN, è fondamentale considerare numerosi comportamenti di cittadini e pazienti che, spesso inconsapevolmente, contribuiscono a generare sprechi, disegualanze e inefficienze. Infatti, la crescente medicalizzazione della società, sostenuta da una visione consumistica della salute, si combina con un analfabetismo scientifico sempre più diffuso, alimentato da disinformazione e ricorso a fonti non autorevoli. Questo mix da un lato spinge milioni di persone verso un uso inappropriato di farmaci, servizi e prestazioni sanitarie, dall'altro verso la mancata aderenza ad interventi di prevenzione e la limitata *compliance* ai percorsi diagnostico-terapeutici. Si tratta di comportamenti che aggravano la pressione sul SSN, ne riducono sostenibilità ed efficacia e possono generare anche un impatto economico diretto sul cittadino, attraverso spese out-of-pocket evitabili. Il Box 1.2 sintetizza le principali forme di utilizzo non consapevole del SSN.

Box 1.2. Utilizzo non consapevole del SSN e spese out-of-pocket non necessarie

Utilizzo inappropriato di servizi e prestazioni sanitarie

- Richiesta di test diagnostici non necessari
- Ricorso non motivato a visite specialistiche
- Uso non appropriato di farmaci
- Preferenza per farmaci brand in presenza di equivalenti
- Acquisto diretto di prodotti di efficacia non provata: integratori, medicinali omeopatici, altre medicine alternative, etc.

Utilizzo improprio del pronto soccorso

- Accesso per condizioni non urgenti o clinicamente non rilevanti
- Accesso come scorciatoia per eseguire esami diagnostici o visite specialistiche

Mancata aderenza a interventi di prevenzione

- Limitata adozione di stili di vita salutari: alimentazione equilibrata, attività fisica regolare, astensione dal fumo e dall'alcol
- Mancata adesione ai programmi organizzati di screening oncologici
- Rifiuto o esitazione vaccinale

Limitata aderenza ai percorsi di cura

- Scarsa *compliance* a terapie farmacologiche e non farmacologiche
- Discontinuità nel follow-up (esami di controllo, visite specialistiche)

1.3. Le principali azioni di Governo

Nell'ottobre 2022 il 5° Rapporto GIMBE sul SSN¹³ evidenziava come la XIX Legislatura fosse destinata ad incidere in modo decisivo sul destino del SSN. infatti, dopo la drammatica esperienza della pandemia, si trattava del momento storico ideale per riportare la sanità al centro dell'agenda politica, potendo contare su opportunità irripetibili: le sfide della trasformazione digitale, l'approccio *One Health* e, soprattutto, la Missione Salute del PNRR che – riprendendo la metafora clinica – rappresentava un “*prezioso organo da trapiantare nel paziente con malattie multiple*”. Tre anni dopo, purtroppo, la Fondazione GIMBE non può che

¹³ 5° Rapporto GIMBE sul Servizio Sanitario Nazionale. Fondazione GIMBE: Bologna, ottobre 2022. Disponibile a: www.rapportogimbe.it. Ultimo accesso: 30 settembre 2025.

constatare che il rilancio del SSN non è rientrato tra le priorità di questo Esecutivo, che ha sostanzialmente proseguito la linea dei Governi degli ultimi 15 anni.

È innegabile che lo stato di salute del SSN ereditato dall'attuale Governo, già indebolito dai tagli del decennio 2010-2019 e dalle profonde ferite inferte dalla pandemia, fosse particolarmente critico. Tuttavia, l'assenza di una visione chiara sul futuro della sanità pubblica e la mancata convergenza tra le forze di maggioranza hanno prodotto interventi frammentati, non coordinati, spesso condizionati dalla necessità di consolidare il consenso politico e presentati con toni trionfalisticci, sconfinando talora nella propaganda. Il tutto senza prevedere quasi mai reali investimenti aggiuntivi, con risultati che, dopo 3 anni di Legislatura, restano modesti e poco tangibili per cittadini e pazienti

1.3.1. Misure adottate

Nei tre anni di Legislatura sono stati approvati numerosi decreti, ma la loro attuazione rimane condizionata da clausole di invarianza finanziaria, scarsità di risorse, ritardi nella pubblicazione dei decreti attuativi e, soprattutto, dalla persistente carenza di personale sanitario.

Rinnovi contrattuali 2019-2021. Il 2 novembre 2022 è stato rinnovato il contratto del comparto sanità 2019-2021.

Decreto Tariffe. Dopo quasi sette anni dall'aggiornamento dei LEA, il DM del 23 giugno 2023 aveva fissato le nuove tariffe massime di riferimento per le prestazioni di specialistica ambulatoriale (con entrata in vigore dal 1º gennaio 2024) e per quelle protesiche (dal 1º aprile 2024). Successivamente, con i DM del 31 dicembre 2023 e del 31 marzo 2024, i termini sono stati prorogati prima al 1º aprile 2024 e poi al 1º gennaio 2025, anche per consentire una revisione più ampia delle tariffe. Di fatto, l'aggiornamento tariffario è rimasto sulla carta per problemi di sostenibilità: le proteste di laboratori e cliniche private contro i tagli tariffari introdotti hanno portato alla decisione di rivedere i nomenclatori e reperire nuove risorse per rialzare alcune tariffe, al fine di evitare ulteriori diseguaglianze regionali. Con il DM 25 novembre 2024 sono state infine adottate le tariffe nazionali. Tuttavia, a complicare ulteriormente il quadro è intervenuta la sentenza del TAR del Lazio del 22 settembre 2025, che ha dichiarato illegittimo il DM: per evitare un vuoto normativo e garantire la continuità del sistema, l'annullamento produrrà effetti solo dopo 365 giorni dalla sentenza.

Decreto Anziani. Il provvedimento rappresenta un importante passo avanti per rispondere ai bisogni di oltre 14 milioni di persone anziane che, insieme a familiari e caregiver, affrontano quotidianamente difficoltà, disagi e fenomeni di impoverimento economico. Queste situazioni risultano ulteriormente aggravate dalle profonde diseguaglianze nell'erogazione dei servizi socio-sanitari, sia tra le Regioni – in particolare tra Nord e Sud – sia tra le aree urbane e rurali. Tuttavia, dall'analisi condotta dalla Fondazione GIMBE nel febbraio 2024 in occasione di un'audizione presso la 10ª Commissione Affari Sociali del Senato¹⁴, emergono varie criticità. Anzitutto, per ben tredici misure il Decreto rinvia a risorse già stanziate. In secondo luogo, l'unico finanziamento aggiuntivo previsto (€ 250 milioni per il 2025 e per il 2026 destinati alla misura “assegno di assistenza”) è coperto da riallocazioni di risorse già iscritte in altri capitoli

¹⁴ 10ª Commissione Affari Sociali – Senato della Repubblica. Audizione di rappresentanti della Fondazione GIMBE su A.G. n. 121 (Disposizioni in materia di politiche in favore delle persone anziane). Roma, 14 febbraio 2024. Disponibile a: www.senato.it/application/xmanager/projects/leg19/attachments/documento_evento_procedura_commissione/files/000/429/173/GIMBEAnalisiRisorseAssegnateDlgsAnziani.pdf. Ultimo accesso: 30 settembre 2025.

di spesa pubblica: dei complessivi € 500 milioni, infatti, € 150 milioni derivano dalla riduzione del Fondo per le non autosufficienze, € 250 milioni dal Programma nazionale “Inclusione e lotta alla povertà 2021-2027” e € 100 milioni dalla Missione 5 del PNRR. Infine, per tutte le altre misure non sono previsti maggiori oneri per la finanza pubblica.

Decreto “Liste di attesa”. Secondo quanto riportato dal Dipartimento per il Programma di Governo¹⁵, al 22 settembre 2025 dei sei decreti attuativi previsti dal DL Liste d’attesa solo quattro sono stati pubblicati in Gazzetta Ufficiale. Restano invece in sospeso quelli relativi alla “Definizione della metodologia per la definizione del fabbisogno di personale degli enti del SSN” e alle “Linee di indirizzo, a livello, nazionale, contenenti le indicazioni tecniche per gestire, da parte del CUP, un nuovo sistema di disdetta delle prenotazioni e ottimizzazione delle agende di prenotazione”, per i quali non è stata fissata alcuna scadenza. Ad oltre un anno dalla conversione in legge, il DL Liste di attesa si è prima arenato nelle complessità tecnologiche che hanno frenato il decollo della Piattaforma Nazionale delle Liste di Attesa (PNLA), poi nella prolungata tensione istituzionale tra Governo e Regioni sui poteri sostitutivi. E l’assenza di due decreti attuativi conferma che il carattere di urgenza del provvedimento era del tutto incompatibile con la complessità del fenomeno. Le liste d’attesa sono infatti il sintomo del grave indebolimento del SSN, che richiede investimenti consistenti sul personale sanitario, coraggiose riforme organizzative, una trasformazione digitale completa e misure efficaci per contenere la domanda inappropriata di prestazioni sanitarie. Da segnalare che dal 25 giugno 2025 grazie al lancio della PNLA¹⁶ è possibile consultare online alcuni indicatori relativi alle prestazioni trasmesse dalle Regioni nel periodo gennaio-luglio del 2025; la piattaforma, tuttavia, non consente al momento alcun confronto tra Regioni, né tanto meno tra Aziende sanitarie.

Stop ai “Gettonisti”. Come previsto dal decreto 17 giugno 2024, a partire dal 31 luglio 2025 è scattato il divieto per gli enti del SSN di stipulare nuovi contratti con medici e infermieri “gettonisti”, ossia professionisti reclutati tramite cooperative o aziende private per coprire turni a chiamata. I contratti già in essere sono stati mantenuti fino alla loro naturale scadenza. Il decreto aveva già introdotto limiti stringenti all’utilizzo dei “gettonisti”, consentendone l’impiego solo in casi di estrema necessità e urgenza, in un’unica occasione e senza possibilità di proroga, fissando tariffe orarie massime pari a € 85 per i medici di pronto soccorso e rianimazione e € 28 euro per gli infermieri di pronto soccorso. Se da un lato lo stop ai “gettonisti” nasce dal lodevole obiettivo di superare una distorsione nella gestione delle risorse umane, dall’altro apre a criticità rilevanti. Infatti, in assenza di interventi efficaci nel restituire attrattività al SSN e nel trattenere i professionisti in servizio, la copertura dei turni rischia di diventare un problema non indifferente, soprattutto in alcune specialità (emergenza-urgenza *in primis*), nelle aree geografiche più decentrate e in vari periodi dell’anno: l’autunno-inverno per l’aumento dei ricoveri e l'estate con la riduzione degli organici per le ferie. Un rischio che i Direttori Generali delle Aziende sanitarie non possono permettersi, perché significherebbe lasciare scoperti servizi essenziali con rischi per i pazienti e ricadute legali legate alle loro responsabilità.

Decreto “Università”. Il DL 90/2025 disciplina l’inquadramento del personale non dirigenziale delle Aziende Ospedaliero-Universitarie nate dalla trasformazione dei Policlinici Universitari a gestione diretta. Con la conversione in legge è stato stabilito che il nuovo

¹⁵ Dipartimento per il programma di Governo – Presidenza del Consiglio dei Ministri. Ricerca provvedimenti attuativi. Disponibile a: www.programmagoverno.gov.it/it/ricerca-provvedimenti/?numero=73&anno=2024. Ultimo accesso: 30 settembre 2025.

¹⁶ PNLA - Piattaforma Nazionale delle Liste di Attesa. Disponibile a: www.portaletrasparenzaservizisaniitari.it/pnla. Ultimo accesso: 30 settembre 2025.

personale assunto per attività assistenziali o di supporto sia regolato dai contratti collettivi del Comparto sanità e non più da quelli dell’Istruzione e ricerca, allineandosi così al resto del SSN. Diversamente, il personale non dirigenziale già assunto dalle Università e impiegato presso le Aziende Ospedaliero-Universitarie tramite convenzione mantiene l’inquadramento giuridico ed economico del comparto Istruzione e ricerca.

Decreto di Riforma per l’accesso a Medicina. Con il DM 418 del 30 maggio 2025, il Ministero dell’Università e della Ricerca ha dato attuazione alla riforma dell’accesso ai Corsi di Laurea in Medicina, Odontoiatria e Veterinaria, che entrerà in vigore già dall’anno accademico 2025/2026. Il provvedimento abolisce i test di ingresso e supera il numero chiuso introducendo il cosiddetto “semestre aperto”: in questa fase gli studenti, iscritti obbligatoriamente ad un parallelo corso “affine”, dovranno sostenere tre esami (chimica, fisica e biologia), che concorgeranno alla formazione della graduatoria. I crediti acquisiti saranno comunque riconosciuti anche qualora non si acceda al secondo semestre dei corsi di laurea magistrale a ciclo unico in area medica.

Accordo pandemico OMS. Il 20 maggio 2025, durante una sessione plenaria dell’Assemblea mondiale della sanità, massimo organo decisionale dell’Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS), è stato approvato con 124 voti favorevoli l’accordo pandemico globale, *WHO Pandemic Agreement*¹⁷, volto a rafforzare la collaborazione internazionale nella prevenzione, preparazione e risposta a future pandemie. Gli Stati Uniti erano assenti, mentre 11 Paesi si sono astenuti: oltre all’Italia, Russia, Iran, Bulgaria, Polonia, Giamaica, Israele, Romania, Paraguay, Guatemala e Slovacchia. La scelta politica italiana è stata motivata dal Ministro Schillaci con la volontà di “*riaffermare la sovranità degli Stati nella gestione delle questioni di sanità pubblica*”. Una posizione che appare tuttavia in contrasto con il testo stesso dell’accordo, che ribadisce esplicitamente come l’OMS non può in alcun modo limitare la sovranità nazionale (es. imporre obblighi vaccinali, lockdown o divieti di spostamento tra gli Stati).

1.3.2. Misure e documenti in fase di avanzamento

Al 30 settembre 2025 numerose misure e documenti risultano in differenti fasi di avanzamento.

Missione Salute del PNRR. Al 30 giugno 2025 sono state rispettate tutte le scadenze europee previste, ma a 9 mesi dalla rendicontazione finale emerge un quadro preoccupante: al di là del raggiungimento formale dei target e dell’incasso delle rate, la spesa effettiva delle risorse e l’avanzamento concreto degli obiettivi procedono con estrema lentezza e con inaccettabili diseguaglianze tra le Regioni. In assenza di proroghe, il 30 giugno 2026 non segnerà soltanto il completamento formale dei target, ma coinciderà con la consegna effettiva di tutte le strutture e i servizi finanziati dal PNRR, che dovrebbero tradursi in un concreto miglioramento dell’assistenza sanitaria. Ad oggi, dei 14 target da completare entro quella data, almeno 5 presentano ritardi di attuazione, alcuni dei quali particolarmente critici (Case e Ospedali di Comunità); per altri target, invece, è impossibile effettuare una valutazione a causa della mancanza di dati pubblici (§ 8.3.5). In questo contesto, la responsabilità della “volata finale” è collettiva e impone una piena convergenza di sforzi tra Governo e soggetti attuatori (Regioni e ASL), chiamati a portare a termine i progetti nei tempi stabiliti.

¹⁷ World Health Organization. WHO Pandemic Agreement. Seventy-eighth World Health Assembly: 20 May 2025. Disponibile a: https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA78/A78_R1-en.pdf. Ultimo accesso: 30 settembre 2025.

Decreto “Prestazioni Sanitarie”. Nato come provvedimento collegato al decreto liste d’attesa e varato nel giugno 2024, il testo è stato approvato dalla Commissione Affari sociali del Senato ed è attualmente in discussione alla Camera per eventuali modifiche. I primi articoli risultano coerenti con l’obiettivo originario e sinergici con il DL 73/2024: disposizioni su prescrizione ed erogazione delle prestazioni per migliorare l’appropriatezza, istituzione del Sistema Nazionale di Governo delle Liste di Attesa, introduzione del registro online per la segnalazione da parte dei cittadini di disservizi e criticità, ridefinizione dei compiti dell’Osservatorio nazionale sulle liste di attesa”. Tuttavia, l’impressione generale è che l’iter parlamentare e i numerosi emendamenti approvati abbiano trasformato il provvedimento in un contenitore legislativo eterogeneo, utilizzato per incardinare misure di interesse sanitario di varia natura, ben oltre la finalità per cui era stato concepito.

Riforma delle professioni sanitarie. In un momento segnato dalla profonda crisi motivazionale del personale sanitario e dalla crescente disaffezione verso il SSN, la Commissione Affari Sociali alla Camera ha svolto un’indagine conoscitiva in materia di riordino delle professioni sanitarie che si è conclusa ad aprile 2025¹⁸. Il 4 settembre 2025, il Consiglio dei Ministri ha approvato lo schema di DdL delega volto a una riforma strutturale delle professioni sanitarie. Tra le misure previste figurano la trasformazione del Corso di formazione specifica in medicina generale in scuola di specializzazione, meccanismi premiali legati a performance (es. riduzione delle liste d’attesa), maggiore flessibilità nell’impiego degli specializzandi, istituzione di un sistema nazionale di certificazione, rafforzamento della formazione manageriale e continua, limitazione della punibilità del sanitario alla colpa grave se si seguono linee guida o buone pratiche e valutazione della colpa tenendo conto di carenze organizzative, scarsità di risorse e condizioni di emergenza. Il DdL è stato approvato in Consiglio dei Ministri il 4 settembre 2025. I decreti legislativi dovranno essere adottati entro il 31 dicembre 2026 e non potranno comportare nuovi o maggiori oneri per la finanza pubblica, salvo in caso di specifiche coperture.

Rinnovi contrattuali 2022-2024. Il contratto del comparto sanità 2022-2024, rimasto a lungo bloccato, ha visto la firma di un’ipotesi di accordo solo il 18 giugno 2025¹⁹ e il 2 ottobre 2025 il Consiglio dei Ministri ha espresso il parere favorevole allo schema di contratto che ora dovrà essere vagliato dalla Corte dei Conti e poi sottoscritto da sindacati e Aran.

Testo Unico della legislazione farmaceutica. Il 18 settembre 2025 è stato approvato il DdL delega al Governo per la redazione del Testo Unico della legislazione farmaceutica²⁰, un intervento atteso da anni, volto a semplificare, razionalizzare e rendere più efficace l’attuale quadro normativo del settore. Il provvedimento interviene su più fronti: revisione dei tetti di spesa e del meccanismo di payback per un uso più efficiente delle risorse, accesso ai farmaci, produzione e distribuzione, rafforzamento delle farmacie territoriali e digitalizzazione dei processi. Il DdL delega interviene in un settore che presenta criticità rilevanti: il costante

¹⁸ Camera dei Deputati. X Commissione permanente Affari sociali. Indagine conoscitiva in materia di riordino delle professioni sanitari. Disponibile a:

www.camera.it/leg19/1101?idLegislatura=19&idCommissione=&tipoElenco=indaginiConoscitiveCronologico&annoMese=&breve=c12_professioni_sanitarie&calendario=false&soloSten=false&foglia=true&shadow_organo_parlamentare=3512&id_tipografico=12. Ultimo accesso: 30 settembre 2025.

¹⁹ Agenzia per la Rappresentanza Negoziale delle Pubbliche Amministrazioni (ARAN). Ipotesi di Contratto Collettivo Nazionale di Lavoro relativo al personale del comparto sanità. Triennio 2022-2024. Roma, 18 giugno 2025. Disponibile a: www.aranagenzia.it/wp-content/uploads/2025/06/2025.06.18-Ipotesi-CCNL-comparto-sanita-firmato-2.pdf. Ultimo accesso: 30 settembre 2025.

²⁰ Governo. Comunicato del Consiglio dei Ministri n. 142. Roma, 18 settembre 2025. Disponibile a: www.governo.it/it/articolo/comunicato-del-consiglio-dei-ministri-n-142/29789. Ultimo accesso: 30 settembre 2025.

sforamento della spesa farmaceutica diretta (nel 2024 oltre € 4 miliardi²¹), il nodo del payback (nel 2024 circa € 2 miliardi a carico delle aziende), l'impatto dei dazi USA stimato da Farmindustria in circa € 2 miliardi, il rallentato iter di sburocratizzazione nelle prescrizioni, il passaggio di alcuni farmaci dalla distribuzione diretta a quella per conto le realistiche linee di sviluppo della farmacia dei servizi.

Piano pandemico 2025-2029. Dopo una gestazione durata oltre un anno e mezzo, in gran parte dedicata a rivedere terminologie poco gradite ad alcune forze di maggioranza, il 18 agosto 2025 è stata finalizzata la redazione del nuovo Piano pandemico nazionale²². Il documento mira a rafforzare la preparazione del SSN in caso di future pandemie ed è accompagnato da uno stanziamento pluriennale previsto dalla Legge di Bilancio 2024: € 50 milioni nel 2025, € 150 milioni nel 2026 e € 300 milioni a decorrere dal 2027. La pubblicazione in Gazzetta Ufficiale si attende il via libera della Conferenza Stato-Regioni.

Aggiornamento dei LEA. Le proposte della Commissione nazionale per l'aggiornamento dei LEA sono finora rimaste sulla carta, condizionate al Decreto Tariffe, pubblicato nell'agosto 2023 ed entrato in vigore solo il 30 dicembre 2024. Nell'aprile 2025 la Commissione LEA ha trasmesso al Ministero una proposta di aggiornamento del DPCM 2017²³, che prevede l'introduzione di nuove prestazioni e ampliamenti (screening neonatali, nuove esenzioni, dispositivi e test diagnostici innovativi). Tuttavia, il testo è ancora in fase di valutazione da parte del MEF, della Conferenza Stato-Regioni e del Parlamento. Di fatto, il meccanismo di aggiornamento continuo del LEA, sancito dal DPCM 12 gennaio 2017, non è ancora divenuto operativo.

Piano Nazionale Cronicità. Il Ministero della Salute ha predisposto una prima bozza di aggiornamento ampliando la versione del 2016 con l'inclusione di obesità, epilessia ed endometriosi. Da luglio 2024 è stato avviato il confronto con la Conferenza delle Regioni e redatta una nuova versione, ma non si conoscono i tempi per l'approvazione definitiva e la pubblicazione.

Piano di Azione Nazionale per la Salute Mentale (PANS) 2025-2030. Elaborato dal Tavolo tecnico per la salute mentale istituito con DM 27 aprile 2023, è stato inviato il 15 luglio 2025 alla Conferenza delle Regioni che hanno trasmesso al Governo alcune proposte di modifica²⁴.

1.3.3. Nodi irrisolti

Al 30 settembre 2025 permangono numerosi nodi irrisolti e work in progress su questioni cruciali per la sopravvivenza del SSN che richiedono al tempo stesso risorse e riforme, confermando che da almeno vent'anni le scelte politiche, ben lungi dall'essere guidate da una visione strategica, si limitano a rincorrere emergenze e a tutelare interessi di parte.

²¹ Agenzia Italiana del Farmaco. Monitoraggio AIFA sui dati a consuntivo Gennaio-Dicembre 2024. 30 luglio 2025. Disponibile a: www.aifa.gov.it/-/monitoraggio-aifa-sui-dati-a-consuntivo-gennaio-dicembre-2024. Ultimo accesso: 30 settembre 2025.

²² Quotidiano Sanità. Articolo: Ecco la nuova bozza pronta per l'approvazione in Stato Regioni. Dettagliati fondi, obblighi regionali e iter normativo. 25 settembre 2025. Disponibile a: www.quotidianosanita.it/governo-e-parlamento/articolo.php?articolo_id=132192. Ultimo accesso: 30 settembre 2025.

²³ Quotidiano Sanità. Articolo: Pronto l'aggiornamento dei Lea. Arrivano nuovi screening per la mammella e per la Sma, test di ultima generazione e si ampliano le esenzioni. Ecco la proposta del Ministero Salute. 18 aprile 2025. Disponibile a: www.quotidianosanita.it/governo-e-parlamento/articolo.php?articolo_id=129213. Ultimo accesso: 30 settembre 2025.

²⁴ Quotidiano Sanità. Articolo: Piano Salute mentale. Ecco le critiche e le proposte di modifica delle Regioni. Roma, 1 agosto 2025. Disponibile a: www.quotidianosanita.it/allegati/allegato1756750416.pdf. Ultimo accesso: 30 settembre 2025.

Riforma della medicina generale. La proposta di trasformare il Corso di Formazione Specifica in Medicina Generale in una scuola di specializzazione, equiparabile ad altre discipline mediche, è stata inserita nel DdL Delega per riforma delle professioni sanitarie. Parallelamente, le Regioni hanno presentato al Ministero della Salute un documento che delinea una riforma organica dell'assistenza medico-generica e pediatrica, articolata in dieci punti chiave²⁵. Tra questi, uno dei più controversi e non condiviso da sindacati e associazioni di categoria, riguarda il passaggio dalla concezione al rapporto di dipendenza, pur lasciando ai medici già in servizio la possibilità di scegliere il proprio inquadramento. Al momento, tuttavia, il tema della dipendenza dei MMG sembra essersi arenato: il Governo ha accantonato questa ipotesi²⁶.

Abolizione del tetto di spesa sul personale sanitario. Il Decreto “Liste di attesa” ha previsto l’abolizione del tetto di spesa del personale (DL 73, art. 5, comma 2), subordinandola a tre condizioni: l’adozione, tramite uno o più decreti attuativi, di una metodologia per la definizione del fabbisogno di personale degli enti del SSN; l’applicazione di tali decreti entro il perimetro del FSN e nel rispetto dell’equilibrio economico regionale; la predisposizione da parte delle Regioni di piani triennali dei fabbisogni, da approvare con decreto del Ministero della Salute, di concerto con il MEF e previa intesa con la Conferenza delle Regioni, al fine di verificarne la congruità finanziaria. In altri termini, ogni Regione deve dimostrare di avere un’organizzazione dei servizi coerente con quella prevista dai decreti e, sul piano finanziario, di potersi permettere il fabbisogno calcolato²⁷. Ad oggi, la metodologia Agenas per la definizione del fabbisogno del personale non è stata ancora completata, anche perché condizionata alla riforma integrata del DM 70 e del DM 77; di conseguenza, i decreti attuativi del DL 73 non sono stati pubblicati. In ogni caso, considerate le altre due pre-condizioni, senza un consistente rilancio del finanziamento pubblico l’abolizione del tetto di spesa per il personale sanitario appare un obiettivo anacronistico. Anzi, in un contesto segnato dalla demotivazione crescente dei professionisti sanitari e dalla loro fuga dal SSN, rischia di assumere contorni persino grotteschi.

Riforma integrata del DM 70 e del DM 77. Il Tavolo Tecnico è stato istituito con Decreto Ministeriale l’8 giugno 2023 con l’obiettivo di aggiornare i due decreti volti a rafforzare l’integrazione tra ospedale e territorio. Inizialmente composto da 18 membri, è stato successivamente ampliato a 52, di cui 24 donne, a seguito di critiche sulla rappresentanza. Tuttavia, dopo oltre due anni, non risultano disponibili documenti ufficiali né comunicazioni istituzionali sullo stato di avanzamento dei lavori.

Aggiornamento tariffe dei DRG. La Legge di Bilancio 2022 (art. 1, comma 280) aveva fissato al 30 giugno 2023 il termine per l’aggiornamento delle tariffe massime relative alle prestazioni di assistenza ospedaliera per acuti erogate in regime di ricovero ordinario e diurno a carico del SSN, unitamente all’aggiornamento dei sistemi di classificazione adottati per la codifica delle informazioni cliniche contenute nelle schede di dimissione ospedaliera. La scadenza non è stata rispettata e né l’aggiornamento delle tariffe dei DRG, né quello dei sistemi di classificazioni sono mai stati realizzati. In presenza di questo vacuum normativo, la Legge di

²⁵ Quotidiano Sanità. Articolo: Medici di famiglia e pediatri: pronta la riforma. Roma, 29 maggio 2025. Disponibile a: www.quotidianosanita.it/allegati/allegato1748432370.pdf. Ultimo accesso: 30 settembre 2025.

²⁶ Quotidiano Sanità. Articolo: Schillaci definisce le priorità: “Fondo sanitario aumenterà di 6 miliardi nel prossimo anno per assunzioni, prevenzione e salute mentale”. Roma, 8 agosto 2025. Disponibile a: www.quotidianosanita.it/governo-e-parlamento/articolo.php?articolo_id=131554. Ultimo accesso: 30 settembre 2025.

²⁷ Maffei CM. Il tetto di spesa del personale e il rischio che non verrà rimosso nel 2025. Quotidiano Sanità, 6 giugno 2024. Disponibile a: www.quotidianosanita.it/lettere-al-direttore/articolo.php?articolo_id=122665. Ultimo accesso: 30 settembre 2025.

Bilancio 2025 (art. 1 c. 300) ha autorizzato uno stanziamento di € 77 milioni per i DRG post acuzie e di € 1.000 milioni annui, a decorrere dall'anno 2026: € 350 milioni ai DRG post acuzie e per € 650 milioni ai DRG per acuti.

Payback sui dispositivi medici. Dopo le sentenze n. 139 e n. 140 della Corte Costituzionale del 22 luglio 2024, la controversia sul payback dei dispositivi medici rimane un nodo irrisolto. Il Governo, insieme a Regioni e associazioni di settore, è al lavoro per definire un nuovo modello di governance che concili le esigenze delle imprese con la sostenibilità del SSN. Tra i temi centrali figurano le misure di compensazione per le piccole e medie imprese, la revisione dei tetti di spesa e le modalità di calcolo del payback, con l'obiettivo di evitare ricadute negative sul settore e al tempo stesso garantire la continuità delle forniture.

Riforma della sanità integrativa. L'indagine conoscitiva sulle forme integrative di previdenza e assistenza sanitaria, avviata nel 2023 dalla 10^a Commissione Affari sociali, sanità, lavoro pubblico e privato, previdenza sociale del Senato, ha effettuato numerose audizioni con rappresentanti di istituzioni, enti previdenziali, professionisti e organizzazioni sindacali, focalizzandosi su aspetti quali governance, fiscalità, trasparenza e integrazione con il SSN. L'ultima audizione si è svolta il 26 novembre 2024²⁸. Ad oggi non risultano disponibili documenti ufficiali conclusivi che sintetizzino i risultati dell'indagine o che delineino proposte di riforma.

Piano Sanitario Nazionale. Annunciato alla stampa dal Ministro Schillaci nel gennaio 2024, è "scomparso dai radar" sino ad un nuovo annuncio della Premier Meloni il 14 maggio 2025, in occasione di un question time alla Camera dei Deputati²⁹: *"noi vogliamo scrivere il nuovo Piano Sanitario Nazionale"*. Non è però disponibile alcun dato pubblico sullo stato di avanzamento, né sulla prevista data di pubblicazione.

1.4. Visione e proposte della Fondazione GIMBE

A fronte del progressivo deterioramento dello "stato di salute" del SSN e in assenza di una visione politica per salvaguardarlo, la Fondazione GIMBE nel marzo 2023 ha presentato il Piano di Rilancio del SSN, che prescrive la terapia per curare il "malato SSN". Il documento mette nero su bianco le azioni indispensabili per potenziarlo, attraverso un finanziamento adeguato, coraggiose riforme di sistema e una radicale e moderna riorganizzazione in grado di utilizzare tutte le potenzialità della trasformazione digitale.

Il Piano di Rilancio della Fondazione GIMBE, aggiornato in occasione della pubblicazione del presente Rapporto (§ 10), ha l'obiettivo di rafforzare e innovare quel modello di SSN istituito nel 1978, finanziato dalla fiscalità generale e basato su principi di universalità, uguaglianza ed equità, per garantire a tutte le persone il diritto costituzionale alla tutela della salute. Alla Politica (con la "P" maiuscola) la Fondazione GIMBE chiede innanzitutto di definire con chiarezza quale modello di sanità vogliamo lasciare in eredità alle future generazioni; quindi di stabilire quante risorse pubbliche investire per la salute e il benessere delle persone; infine avviare una stagione di coraggiose riforme, anche impopolari, per condurre il SSN nella

²⁸ Senato della Repubblica. 10^a Commissione permanente Affari sociali. Indagine conoscitiva sulle forme integrative di previdenza e di assistenza sanitaria nel quadro dell'efficacia complessiva dei sistemi di Welfare e di tutela della salute. Disponibile a: www.senato.it/3642?indagine=1843. Ultimo accesso: 30 settembre 2025.

²⁹ Governo. Question Time, il Presidente Meloni alla Camera dei Deputati. Roma, 14 maggio 2025. Disponibile a: www.governo.it/en/node/28676. Ultimo accesso: 30 settembre 2025.

direzione voluta. Perché, nei fatti, stiamo continuando a finanziare, programmare ed erogare l'assistenza sanitaria secondo regole definite oltre 30 anni fa, ignorando che il Paese è nel pieno di una transizione demografica e di una profonda trasformazione digitale.

Questo percorso non può prescindere dalla necessità di un nuovo patto politico, sociale e professionale che, a quasi 47 anni dalla Legge 833/78, la Fondazione GIMBE ribadisce in occasione della pubblicazione del presente Rapporto. Un patto politico che, prescindendo da avvicendamenti di Governi e ideologie partitiche, riconosca in quel modello di SSN un pilastro della nostra democrazia, una conquista irrinunciabile, uno strumento di coesione sociale e un motore per lo sviluppo economico del Paese. Un patto sociale, in cui i cittadini sono chiamati ad un uso informato e responsabile del SSN: accanto ai diritti esistono infatti i doveri, come limitare la domanda inappropriata di servizi e prestazioni sanitarie, adottare stili di vita salutari e mantenere una *compliance* adeguata a terapie e follow-up prescritti. Un patto di collaborazione professionale tra tutti gli attori della sanità, perché il momento storico che il nostro SSN sta attraversando impone di rinunciare a qualsiasi privilegio di categoria per salvaguardare il bene comune.

In alternativa, se per il nostro Paese mantenere un SSN pubblico, equo e universalistico non rappresenta più una priorità, la politica dovrebbe avere l'onestà di scegliere apertamente un altro modello di sanità, governando con rigore i processi di privatizzazione che, in maniera strisciante, stanno già concretizzando una sanità a doppio binario, penalizzando le fasce socio-economiche più deboli, gli anziani e i fragili, chi vive nel Mezzogiorno e nelle aree interne e disagiate.

Per la Fondazione GIMBE, impegnata dal 2013 nella strenua difesa del SSN³⁰ (§ Appendice 1), la bussola rimane sempre e comunque l'articolo 32 della Costituzione e il rispetto dei principi fondanti del SSN: universalità, uguaglianza, equità.

³⁰ Cartabellotta A. Salviamo il Nostro SSN. Evidence 2013;5(3): e1000038. Disponibile a: www.evidence.it/art/e1000038. Ultimo accesso: 30 settembre 2025.

CAPITOLO 2

Il finanziamento pubblico

Il Fabbisogno Sanitario Nazionale (FSN) dal 2010 al 2025 è aumentato complessivamente di € 31,1 miliardi, in media € 2,07 miliardi per anno, ma con trend molti diversi tra il periodo pre-pandemico (2010-2019), gli anni della pandemia (2020-2022) e il periodo post-pandemico (2023-2025) (figura 2.1).

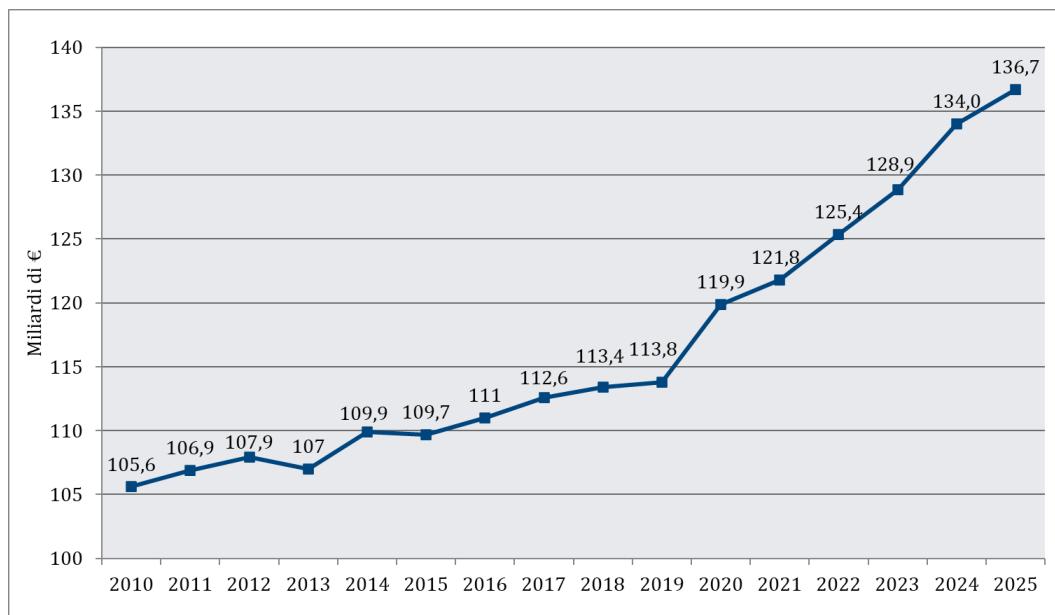


Figura 2.1. Fabbisogno Sanitario Nazionale: trend 2010-2025

2010-2019: la stagione dei tagli. Alla sanità pubblica sono stati sottratti oltre € 37 miliardi. In termini assoluti il FSN è aumentato di € 8,2 miliardi, crescendo in media dello 0,9% annuo, tasso inferiore a quello dell'inflazione media annua (1,2%).

2020-2022: gli anni della pandemia. Nel triennio il FSN è aumentato complessivamente di € 11,6 miliardi, con una crescita media annua del 3,4%, segnando formalmente la fine della stagione dei tagli. Tra marzo 2020 e settembre 2022 sono stati emanati 13 decreti legge che hanno stanziato risorse ad hoc per la gestione dell'emergenza COVID-19 e per sostenere i maggiori costi energetici delle strutture del SSN, per complessivi € 11.584,3 milioni: di questi € 5.506 milioni hanno incrementato il FSN, mentre € 6.078,3 milioni sono stati destinati ad altre voci emergenziali. Tuttavia, questo netto rilancio del finanziamento pubblico è stato interamente assorbito dai costi della pandemia COVID-19, senza produrre alcun rafforzamento strutturale del SSN e senza riuscire a tenere in ordine i bilanci delle Regioni.

2023-2025: il periodo post-pandemico. Nel triennio il FSN è aumentato complessivamente di € 11,1 miliardi passando da € 125,4 miliardi del 2022 a € 136,5 miliardi del 2025, un incremento in valore assoluto di poco inferiore a quello del periodo 2020-2022, ma con una crescita media annua del 2,9%, più bassa di quella del triennio precedente.

Inflazione e variazione FSN. Nel 2022 e nel 2023 l'aumento percentuale del FSN è stato inferiore a quello dell'inflazione: nel 2022 l'incremento del FSN è stato del 2,9% a fronte di una inflazione dell'8,1%; nel 2023 del 2,8% rispetto ad una inflazione del 5,7%. Nel 2024, invece, l'incremento percentuale del FSN è stato del 4% a fronte di una inflazione dell'1,1%. Al 30 settembre 2025, l'inflazione acquisita dall'ISTAT³¹ per il 2025 è dell'1,6% a fronte di un aumento del FSN dell'1,9% (figura 2.2).

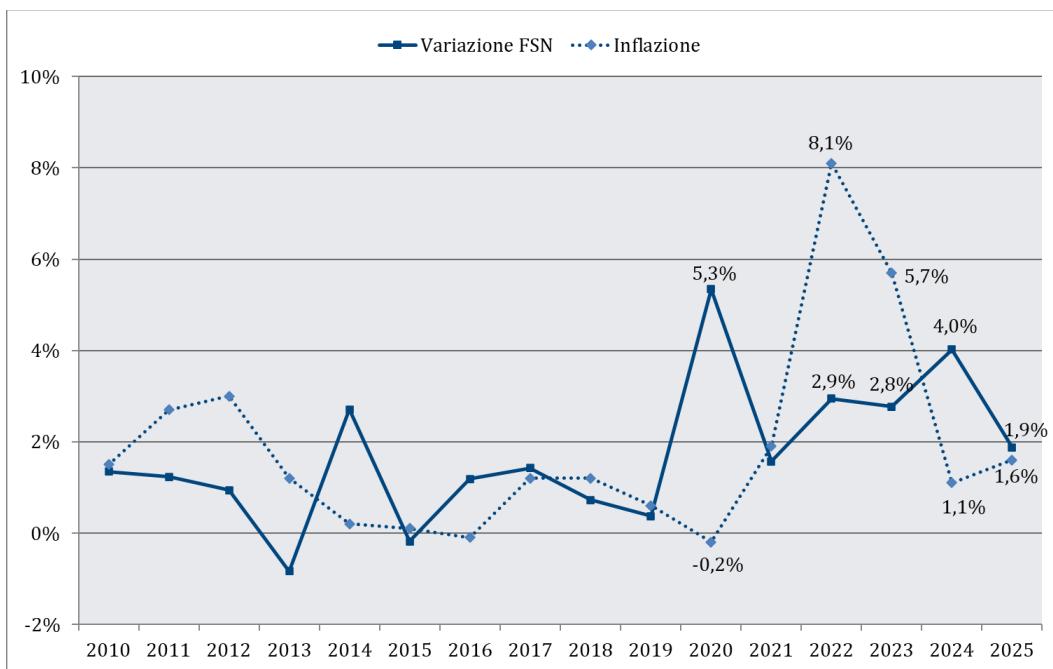


Figura 2.2. 2010-2024: variazione percentuale del FSN e dell'inflazione

2.1. La stagione dei tagli: 2010-2019

La crisi di sostenibilità del SSN si è innestata in un prolungato periodo di crisi economica, durante il quale la curva del FSN si è progressivamente appiattita a seguito di scelte politiche che hanno determinato un imponente definanziamento del SSN (figura 2.1). Secondo le analisi GIMBE³², nel decennio 2010-2019, alla sanità pubblica sono stati sottratti oltre € 37 miliardi: circa € 25 miliardi nel periodo 2010-2015 per effetto di manovre finanziarie volte al risanamento della finanza pubblica; oltre € 12 miliardi nel periodo 2015-2019 quando al SSN sono state assegnate risorse inferiori ai livelli programmati, scaricando sulla sanità il contributo delle Regioni alla finanza pubblica. Di conseguenza, nel decennio 2010-2019 il FSN è aumentato di soli € 8,2 miliardi, con una crescita media annua dello 0,9%, inferiore al tasso

³¹ Istituto Nazionale di Statistica (ISTAT). Prezzi al consumo (dati provvisori) - Settembre 2025. Disponibile a: www.istat.it/comunicato-stampa/prezzi-al-consumo-dati-provvisori-settembre-2025/. Ultimo accesso: 30 settembre 2025.

³² Report Osservatorio GIMBE n. 7/2019. Il definanziamento 2010-2019 del Servizio Sanitario Nazionale. Fondazione GIMBE: Bologna, settembre 2019. Disponibile a: www.gimbe.org/definanziamento-SSN. Ultimo accesso: 30 settembre 2025.

dell'inflazione media annua pari a 1,2%: in altre parole nel decennio 2010-2019 l'incremento del FSN non è stato sufficiente nemmeno a compensare la perdita di potere di acquisto.

2.2. Gli anni della pandemia: 2020-2022

2.2.1. Leggi di Bilancio

Vengono di seguito analizzate le risorse assegnate alla sanità dalle Leggi di Bilancio 2020, 2021, 2022, che nel triennio hanno determinato un incremento complessivo del FSN di € 11,6 miliardi. Tale crescita, pari in media al 3,4% annuo, rappresenta un netto cambio di passo nel trend del finanziamento pubblico del SSN, certificando formalmente la fine della stagione dei tagli.

Legge di Bilancio 2020. La Legge di Bilancio 2020 non ha modificato quanto già assegnato dalla precedente Manovra, che prevedeva un aumento del FSN di € 2 miliardi per il 2020 e di € 1,5 miliardi per il 2021, ma ha incrementato il FSN per consentire l'abolizione, dal 1° settembre 2020, della quota di compartecipazione alle prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale (cd. superticket, c. 446-448). Per garantire le coperture, il FSN è stato aumentato di € 185 milioni per il 2020 e di € 554 milioni annui a decorrere dal 2021. Per il 2020 sono stati utilizzati ulteriori € 40 milioni del fondo per il superamento del superticket, già stanziato dalla Legge di Bilancio 2018. Nel corso del 2020 il FSN previsto dalla Legge di Bilancio 2020 (€ 115.997 milioni) è stato incrementato a € 119.893 milioni, grazie a € 3.855 milioni stanziati dai decreti per l'emergenza COVID-19 (§ 2.2.2) e ai € 40 milioni di cui all'art. 1, c. 413, della Legge di Bilancio 2021.

Legge di Bilancio 2021. La Legge di Bilancio 2021 al comma 403 ha stabilito un incremento del FSN standard, portandolo a € 121.370 milioni. Inoltre, ha previsto € 823 milioni aggiuntivi per l'anno 2022, € 527 milioni per ciascuno degli anni 2023, 2024 e 2025 e € 418 milioni a decorrere dal 2026. Nel corso del 2021 il FSN previsto dalla Legge di Bilancio 2021 è stato incrementato a € 121.775 milioni in grazie a € 405 milioni stanziati dai decreti per l'emergenza COVID-19 (§ 2.2.2).

Legge di Bilancio 2022. La Legge di Bilancio 2022 al comma 258 ha fissato il FSN standard a € 124.061 milioni per l'anno 2022, con un incremento ulteriore di € 2.000 milioni per ciascuno degli anni 2023 e 2024; i commi 259 e 260 hanno disposto ulteriori aumenti del FSN, mentre al comma 292 è stata prevista una riduzione. A seguito di tali disposizioni il FSN per il 2022 ammonta a € 124.345 milioni, incrementati nel corso del 2022 di ulteriori € 615 milioni dai decreti per l'emergenza COVID-19 (§ 2.2.2), per un totale di € 124.960 milioni. La Legge di Bilancio 2022 ha previsto in dettaglio:

- **Fabbisogno Sanitario Nazionale standard** (c. 258): € 124.061 milioni per l'anno 2022, € 126.061 milioni per l'anno 2023 e € 128.061 milioni per l'anno 2024.
- **Acquisto dei farmaci innovativi** (c. 259): € 100 milioni per l'anno 2022, € 200 milioni per l'anno 2023 e € 300 milioni a decorrere dal 2024.
- **Contratti di formazione specialistica dei medici** (c. 260): € 194 milioni per l'anno 2022, € 319 milioni per l'anno 2023, € 347 milioni per l'anno 2024, € 425 milioni per l'anno 2025, € 517 milioni per l'anno 2026 e € 543 milioni a decorrere dal 2027.

Complessivamente l'incremento del FSN standard ammonta a € 2.152 milioni per l'anno 2022, € 2.519 milioni per l'anno 2023 e € 2.647 milioni per l'anno 2024.

2.2.2. Decreti per l'emergenza COVID-19 e per i maggiori costi energetici

Da marzo 2020 a settembre 2022 sono stati emanati 13 decreti legge che hanno stanziato risorse ad hoc per la gestione dell'emergenza COVID-19 e per sostenere i maggiori costi energetici delle strutture del SSN, per complessivi € 11.584,3 milioni (tabella 2.1).

Anno	Decreto	Milioni
2020	Decreto Cura Italia	€ 1.410,0
2020	Decreto Rilancio	€ 3.995,7
2020	Decreto Agosto	€ 478,2
2021	Decreto Sostegni	€ 3.145,0
2021	Decreto Sostegni bis	€ 178,6
2021	DL 105/2021	€ 115,8
2021	Decreto fiscale	€ 600,0
2021	Decreto Milleproroghe	€ 20,0
2022	Decreto Sostegni ter	€ 426,0
2022	Decreto Bollette	€ 600,0
2022	Decreto Aiuti	€ 200,0
2022	Decreto Aiuti bis	€ 15,0
2022	Decreto Aiuti ter	€ 400,0
Totale		€ 11.584,3

Tabella 2.1. Misure finanziarie straordinarie per l'emergenza COVID-19 e i maggiori costi energetici

La tabella 2.2 riporta la destinazione d'uso delle risorse assegnate dai decreti per la gestione dell'emergenza COVID-19 e per sostenere i maggiori costi energetici del SSN.

Destinazione d'uso delle risorse	Milioni
Incremento del Fabbisogno Sanitario Nazionale	€ 5.506,0
<i>Personale sanitario</i>	€ 2.265,3
<i>Potenziamento dell'assistenza territoriale</i>	€ 838,7
<i>Borse di studio dei medici specializzandi</i>	€ 665,6
<i>Costi energetici</i>	€ 600,0
<i>Recupero prestazioni</i>	€ 478,2
<i>Strutture private</i>	€ 400,0
<i>Varie</i>	€ 258,2
Acquisto vaccini anti-COVID	€ 2.100,0
Riordino rete ospedaliera e Pronto Soccorso	€ 1.467,5
Contributi COVID-19 alle Regioni	€ 1.400,0
Acquisto farmaci anti-COVID	€ 900,0
Prezzo calmierato test antigenici rapidi	€ 115,80
Riorganizzazione laboratori SSN	€ 69,0
Indennità di esclusività dirigenza sanitaria Ministero della Salute	€ 18,4
Incarichi a medici specialisti e infermieri da parte dell'INAIL	€ 7,6
Totale	€ 11.584,3

Tabella 2.2. Destinazione d'uso delle misure finanziarie straordinarie per l'emergenza COVID-19 e i maggiori costi energetici

2.3. Il periodo post-pandemico: 2023-2025

Vengono di seguito analizzate le risorse assegnate dalle Leggi di Bilancio 2023, 2024 e 2025, oltre che dal Decreto Energia e dal Decreto Liste di attesa.

2.3.1. Legge di Bilancio 2023

Secondo quanto disposto dalla Legge di Bilancio 2022 ai commi 258-260, il FSN standard è stato fissato in € 126.580 milioni per l'anno 2023 e in € 128.708 milioni per l'anno 2024. La Legge di Bilancio 2023 incrementa il FSN di € 2.150 milioni per il 2023, di cui € 1.400 milioni per contribuire ai maggiori costi dovuti all'aumento dei prezzi delle fonti energetiche. Per il 2024 e il 2025 sono previsti incrementi del FSN pari rispettivamente a € 2.300 milioni e € 2.600 milioni. La Legge di Bilancio 2023 (tabella 2.3) ha previsto in dettaglio:

- **Fabbisogno Sanitario Nazionale standard** (c. 535): € 2.150 milioni per l'anno 2023, € 2.300 milioni per l'anno 2024 e € 2.600 milioni a decorrere dall'anno 2025.

- **Borse di studio per la formazione dei medici di medicina generale** (c. 588): € 5 milioni a decorrere dal 2023.

Misure	2023	2024	2025
Incremento FSN standard (c. 535)	€ 2.150	€ 2.300	2.600
Borse di studio per la formazione dei medici di medicina generale (c. 588)	€ 5	€ 5	€ 5

Tabella 2.3. Legge di Bilancio 2023: incremento del FSN (dati in milioni)

- **Fondo da destinare all'acquisto dei vaccini anti SARS-CoV-2 e dei farmaci per la cura dei pazienti affetti da COVID-19:** incremento di € 650 milioni del fondo costituito nel 2021 con le risorse del programma Next Generation EU (c. 536).

Inoltre, la Legge di Bilancio 2023 ha finalizzato a destinazioni specifiche le seguenti risorse:

- **Incremento dell'indennità di pronto soccorso:** € 200 milioni a partire dal 2024 a valere sul FSN (c. 526).
- **Contrasto all'antimicrobico-resistenza:** € 40 milioni per gli anni dal 2023 al 2025 a valere sul FSN (c. 529).
- **Remunerazione aggiuntiva in favore delle farmacie:** € 150 milioni a decorrere dal 2023 a valere sul FSN (c. 532).
- **Contributo ai maggiori costi determinati dall'aumento dei prezzi delle fonti energetiche:** € 1.400 milioni per il 2023 a valere sul FSN (c. 535).
- **Potenziamento dell'assistenza a tutela della salute mentale e dell'assistenza psicologica e psicoterapica:** € 5 milioni per il 2023 e € 8 milioni a decorrere dal 2024 a valere sul FSN (c. 538).

2.3.2. Decreto Energia

Il DL n. 34 del 20 marzo 2023 (cd. “Decreto energia”), convertito nella L. 56/2023 ha disposto:

- un incremento del livello di finanziamento del FSN standard per il 2023 di € 170 milioni, destinati ad aumentare la tariffa oraria delle prestazioni aggiuntive e l'anticipo dell'indennità nei servizi di emergenza-urgenza (art. 11);
- un contributo statale per il ripiano del superamento del tetto di spesa dei dispositivi medici di € 1.085 milioni (art. 8).

2.3.3. Legge di Bilancio 2024

Secondo quanto disposto dalla Legge di Bilancio 2024 al comma 217, il FSN standard è incrementato di € 3.000 milioni per l'anno 2024, di € 4.000 milioni per l'anno 2025 e di € 4.200 milioni per l'anno 2026. Di conseguenza il FSN sale a € 134.000 milioni per il 2024, € 135.400 milioni per il 2025 e € 135.600 milioni per il 2026 (tabella 2.4).

Misure	2024	2025	2026
Incremento FSN standard (c. 217)	€ 3.000	€ 4.000	4.200

Tabella 2.4. Legge di Bilancio 2024: incremento del FSN (dati in milioni)

Inoltre, la Legge di Bilancio 2024 prevede le seguenti disposizioni di spesa a valere sul FSN, ovvero senza risorse aggiuntive:

- **Rinnovo contrattuale personale sanitario dipendente e convenzionato:** secondo le stime della Corte dei Conti³³, l'onere complessivo ammonta a € 2.431 milioni per gli anni dal 2024 al 2026 destinati al rifinanziamento del fondo CCNL per il personale pubblico (triennio 2022-2024) e per quello convenzionato (cc. 29-31).
- **Rideterminazione dei tetti della farmaceutica:** dal 2024 il tetto della spesa farmaceutica per acquisti diretti viene incrementato dello 0,2% (dall'8,3% all'8,5%) e quello della spesa farmaceutica convenzionata ridotto dello 0,2% (dal 7% al 6,8%) (c. 223).
- **Modifiche alla modalità di distribuzione dei medicinali:** viene introdotto un nuovo modello di remunerazione delle farmacie per il rimborso dei farmaci erogati in regime di SSN. L'impatto complessivo della misura è pari a € 53 milioni per il 2024 e a € 77 milioni annui a decorrere dal 2025 (cc. 224-231).
- **Misure per l'abbattimento delle liste di attesa:** per garantire la completa attuazione dei Piani operativi regionali per il recupero delle liste d'attesa, le Regioni possono utilizzare una quota non superiore allo 0,4% del FSN, per un tetto di spesa complessivo di circa € 500 milioni, per attuare le seguenti disposizioni (c. 232):
 - **Incremento della tariffa oraria delle prestazioni aggiuntive di medici e infermieri:** € 280 milioni per ciascuno degli anni 2024, 2025 e 2026 (cc. 218-222).
 - **Aggiornamento del tetto di spesa per gli acquisti di prestazioni sanitarie da privati:** si tratta di un incremento rispetto alla spesa consuntivata nel 2011 pari all'1% per il 2024, al 3% per il 2025 e al 4% a decorrere dal 2026 per l'acquisto di prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale e di assistenza ospedaliera da strutture private accreditate. L'onere per il 2024 ammonta a circa € 123 milioni di euro, per il 2025 a € 368 milioni e quello a regime a partire dal 2026 a € 490 milioni (c. 233).
- **Aggiornamento dei LEA:** € 50 milioni per il 2024 e € 200 milioni a decorrere dal 2025 (c. 235).
- **Potenziamento del personale per l'assistenza territoriale:** € 250 milioni per l'anno 2025 e € 350 milioni a decorrere dal 2026 anche in deroga al tetto di spesa sul personale (c. 244).
- **Cure palliative e terapia del dolore:** € 10 milioni a decorrere dal 2024 (c. 245).
- **Obiettivi sanitari di carattere prioritario e di rilievo nazionale:** € 240 milioni per l'anno 2025 e € 310 milioni di euro a decorrere dal 2026 (c. 246).
- **Misure in materia di immigrazione:** € 1 milione a decorrere dal 2024 per potenziare le attività dell'Istituto Nazionale per la Salute dei Migranti (INMP) (cc. 362-363).

2.3.4. Legge di Bilancio 2025

Secondo quanto previsto dalla Legge di Bilancio 2025, il FSN standard è incrementato di € 2.500 milioni per il 2025, di cui € 1.200 milioni derivanti dalla Manovra precedente. Gli incrementi per i successivi anni sono pari a € 4.000 milioni per il 2026, € 536 milioni per il 2027, € 883 milioni per il 2028, € 1.062 milioni per il 2029 e € 1.173 milioni per il 2030 (tabella 2.5).

³³ Corte dei Conti. Audizione sul Disegno di Legge recante "Bilancio di previsione dello stato per l'anno finanziario 2024 e bilancio pluriennale per il triennio 2024-2026" presso le Commissioni Bilancio congiunte del Senato della Repubblica e della Camera dei Deputati. Novembre 2023. Disponibile a: www.corteconti.it/Download?id=6522884b-7f80-4922-b6ec-59a92cd59734. Ultimo accesso: 30 settembre 2025.

Misure	2025	2026	2027	2028	2029	2030
Incremento FSN standard (c. 217)	€ 2.520	€ 4.000	€ 536	€ 883	€ 1.062	€ 1.173

Tabella 2.5. Legge di Bilancio 2025: incremento del FSN (dati in milioni)

La Legge di Bilancio 2025 prevede le seguenti disposizioni di spesa a valere sul FSN, ovvero senza risorse aggiuntive:

- **Disposizioni in materia di trattamento accessorio:** gli oneri finanziari non sono valutabili (cc. 121-127).
- **Rifinanziamento del fondo per la contrattazione collettiva nazionale per il personale pubblico:** secondo le stime della Fondazione GIMBE ammontano a € 7.649 milioni, di cui € 3.618 milioni per il triennio 2025-2027 e € 4.031 milioni per il 2028-2030 (cc. 129-131).
- **Aggiornamento delle tariffe per la remunerazione delle prestazioni per acuti e post acuzie:** € 77 milioni per l'anno 2025 e € 1.000 milioni a decorrere dal 2026 (cc. 300, 301).
- **Aggiornamento dei Livelli Essenziali di Assistenza e importi tariffari:** € 50 milioni a decorrere dall'anno 2025 (cc. 302-304).
- **Piano pandemico 2025-2029:** € 50 milioni per l'anno 2025, € 150 milioni per l'anno 2026 e € 300 milioni per gli anni dal 2027 al 2029 (c. 308).
- **Misure per l'acquisto di dispositivi medici per la perfusione, conservazione, trasporto e gestione di organi e tessuti per trapianto:** € 10 milioni a decorrere dal 2025 (cc. 312, 313).
- **Incremento indennità pronto soccorso:** € 50 milioni per l'anno 2025, € 100 milioni a decorrere dal 2026 (c. 323).
- **Rideterminazione delle quote di spettanza delle aziende farmaceutiche e dei grossisti e sostegno ai distributori farmaceutici:** € 50 milioni per gli anni 2025 e 2026 (c. 326).
- **Incremento delle risorse per le cure palliative:** € 10 milioni a decorrere dal 2025 (c. 332).
- **Disposizioni per i medici in formazione specialistica:** € 120 milioni a decorrere dall'anno 2026 (cc. 336-338).
- **Incremento dell'indennità di specificità dirigenza medica e veterinaria:** € 50 milioni per l'anno 2025, € 327 milioni a decorrere dal 2026 (c. 350).
- **Incremento dell'indennità di specificità dirigenza sanitaria non medica:** € 5,5 milioni a decorrere dall'anno 2025 (c. 351).
- **Incremento dell'indennità di specificità infermieristica e dell'indennità di tutela del malato e per la promozione della salute** (cc. 352-355): € 35 milioni per l'anno 2025 e € 285 milioni a decorrere dall'anno 2026 per l'indennità di specificità infermieristica di cui all'articolo 104 del CCNL; € 15 milioni per l'anno 2025 e € 100 milioni a decorrere dall'anno 2026 per l'indennità relativa al personale del comparto sanità di cui all'art. 105 del CCNL.
- **Premialità liste di attesa:** € 50 milioni per l'anno 2025, € 100 milioni a decorrere dal 2026 (cc. 358, 359).
- **Disposizioni in materia di prestazioni sanitarie offerte da comunità terapeutiche in regime di mobilità interregionale:** € 15 milioni a decorrere dall'anno 2025 (cc. 365, 366).

2.3.4. Decreto Liste d'attesa

Il 7 giugno 2024 è stato pubblicato in Gazzetta Ufficiale il DL 73/2024, "Misure urgenti per la riduzione dei tempi delle liste di attesa delle prestazioni sanitarie" (cd. Decreto Liste d'attesa), convertito con modificazioni dalla L. 107/2024. Per incentivare il personale sanitario a svolgere attività aggiuntiva è stata introdotta un'aliquota unica al 15% sulle prestazioni supplementari, ma la relativa defiscalizzazione grava sul FSN. In particolare, dal 2025 gli oneri – pari a oltre € 160 milioni – sono coperti mediante una corrispondente riduzione della spesa destinata al perseguimento degli obiettivi sanitari di carattere prioritario e di rilievo nazionale previsti dalla Legge di Bilancio 2024. Nel dettaglio, il finanziamento del FSN è stato ridotto di € 160,3 milioni per l'anno 2025, € 165,9 milioni per il 2026 e € 165,5 milioni annui a decorrere dall'anno 2027.

2.4. Il presente e il futuro prossimo: 2025-2029

La Legge di Bilancio 2025 ha disposto un ulteriore aumento del FSN di € 1.300 milioni per il 2025 che, sommati ai € 1.200 milioni stanziati dalla Manovra 2024, portano il FSN a € 136,5 miliardi (+1,9%). Negli anni successivi, fatta eccezione per il 2026 (+3,1%), gli incrementi percentuali del FSN disposti dalla Manovra 2025 sono risibili, riportando il trend a livelli pre-pandemia: +0,5% nel 2027, +0,6% nel 2028, +0,7% nel 2029 (figura 2.3).

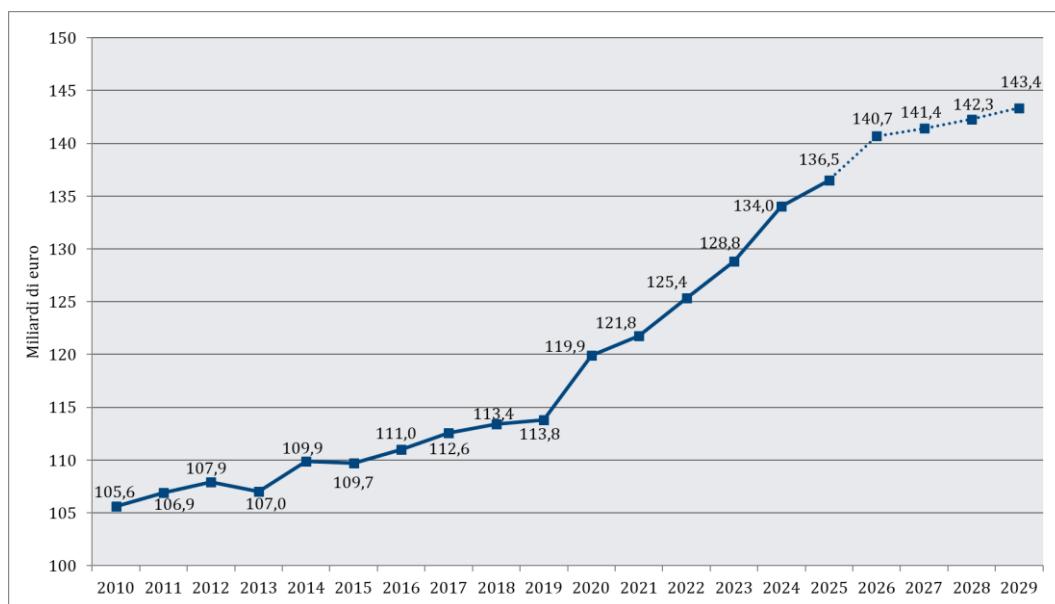


Figura 2.3. Fabbisogno Sanitario Nazionale: trend 2010-2029
(Dati 2010-2025 elaborazione GIMBE, dati 2026-2029 da Legge di Bilancio 2025)

In termini di percentuale sul PIL, il FSN fissato dalla Legge di Bilancio 2025 si mantiene al 6,1% sino al 2026, per poi ridursi al 5,9% nel 2027 e crollare al 5,7% nel 2029 (figura 2.4).

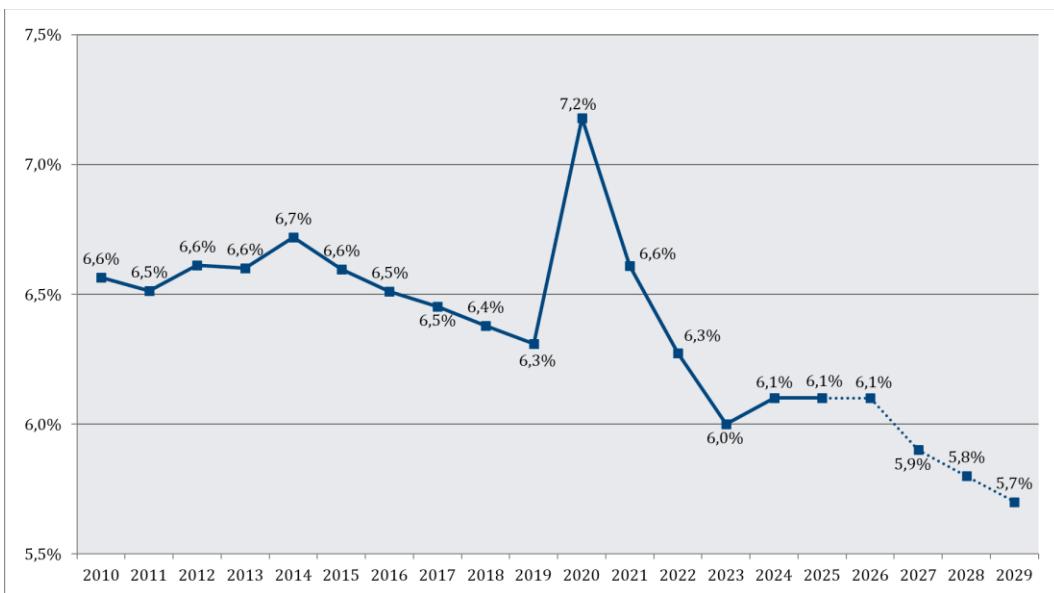


Figura 2.4. Fabbisogno Sanitario Nazionale: trend 2010-2029 (in % sul PIL)
(Dati 2010-2025 elaborazione GIMBE, dati 2026-2029 da Legge di Bilancio 2025)

I continui scontri politici tra maggioranza e opposizione sul finanziamento del SSN trovano spiegazione osservando l'andamento del FSN nel triennio 2023-2025, in termini assoluti e di incidenza sul PIL (figure 2.3, 2.4):

- In termini nominali il FSN è cresciuto di € 11,1 miliardi, passando da € 125,4 miliardi del 2022 a € 136,5 miliardi del 2025. Risorse, tuttavia, ampiamente erose dall'inflazione, che ha raggiunto il 5,7% nel 2023, e dall'aumento dei costi energetici.
- In termini di incidenza sul PIL al 31 dicembre 2024, il FSN è sceso invece dal 6,3% del 2022 al 6% del 2023, attestandosi al 6,1% nel biennio 2024-2025. Una riduzione che in termini assoluti equivale a € 13,1 miliardi: € 4,7 miliardi nel 2023, € 3,4 miliardi nel 2024 e € 5 miliardi nel 2025 (figura 2.5) e dunque nel triennio 2023-2025 il FSN in termini nominali è cresciuto di € 11,1 miliardi, senza il taglio sulla percentuale di PIL l'aumento complessivo sarebbe stato di € 24,4 miliardi.

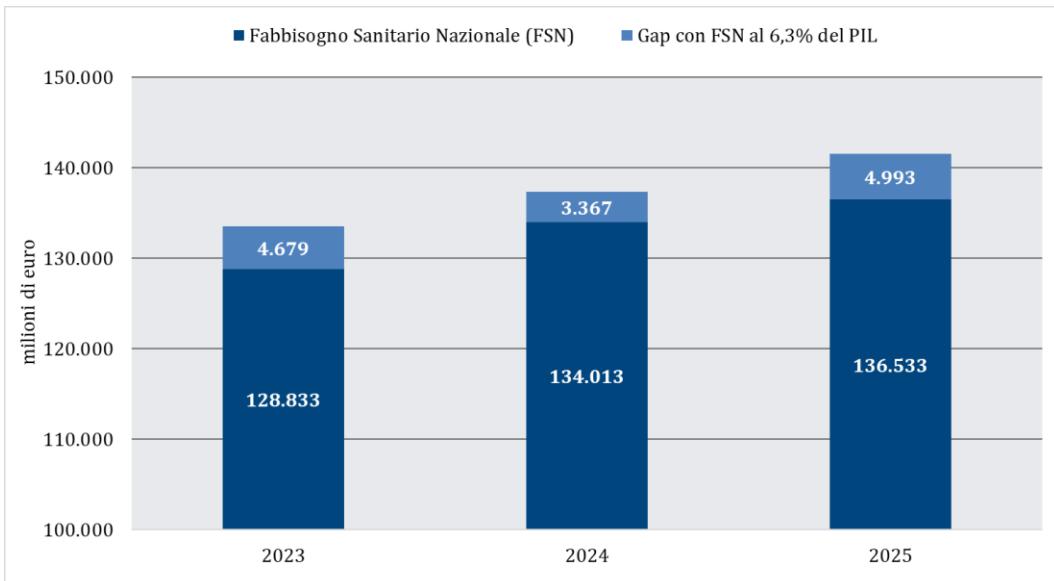


Figura 2.5. Fabbisogno Sanitario Nazionale: FSN effettivo vs FSN al 6,3% del PIL

2.4.1. Piano Strutturale di Bilancio di medio termine (2025-2029)

Introdotto dalla riforma delle regole del Patto di stabilità e crescita, il Piano Strutturale di Bilancio di medio termine (PSBMT) definisce la spesa netta in coerenza con le nuove disposizioni della Commissione Europea per il rientro dai deficit eccessivi. Rispetto alla precedente NaDEF, il PSBMT ha un orizzonte quinquennale (2025-2029) anziché triennale e include una sezione dedicata alle riforme e agli investimenti previsti dal PNRR, *conditio sine qua non* per estendere fino a sette anni il periodo di aggiustamento della finanza pubblica. Il 27 settembre 2024 il Consiglio dei Ministri ha approvato il PSBMT 2025-2029³⁴, nella cui premessa si legge che *"Il Governo conferma l'obiettivo di sostenere la spesa sanitaria. Per gli anni successivi al 2026, verranno anche stanziate le risorse necessarie a mantenere gli investimenti pubblici in rapporto al PIL al livello registrato durante il periodo di vigenza del PNRR"*. Nel testo si conferma che *"il Governo considera necessario incrementare i fondi destinati alla sanità pubblica. La spesa sanitaria è prevista crescere a un tasso superiore a quello fissato per l'aggregato di spesa netta"*. Relativamente alla spesa sanitaria, i dati relativi al consuntivo 2023 e al previsionale 2024-2027 sono riportati nella tabella 2.6.

	2023	2024	2025	2026	2027
Spesa sanitaria (milioni di €)	131.119	137.934	141.929	144.969	147.506
Spesa sanitaria (% PIL)	6,2%	6,3%	6,3%	6,2%	6,2%
Tasso di variazione in %	-	5,2%	2,9%	2,1%	1,7%

Tabella 2.6. PSBMT 2025-2029: consuntivo 2023 e stime 2024-2027

In particolare, analizzando i vari periodi:

- **Consuntivo 2023.** Si rileva una riduzione del rapporto spesa sanitaria/PIL, che scende dal 6,3% del DEF 2024 al 6,2%, a fronte di una spesa sanitaria invariata (€ 131.119 milioni). Tale riduzione consegue al ricalcolo del PIL 2023 dal DEF 2024 (€ 2.085.376 milioni) al PSBMT (€ 2.128.001 milioni).
- **Previsionale 2024.** Rispetto al 2023, la spesa sanitaria aumenta del 5,2%, pari a € 6.815 milioni in termini assoluti e a 0,1 punti percentuali in termini di rapporto spesa sanitaria/PIL (dal 6,2% al 6,3%).
- **Previsionale 2025-2027.** A fronte di una crescita media annua del PIL nominale del 2,8%, il PSBMT stima una crescita media della spesa sanitaria del 2,3% annuo. Di conseguenza, il rapporto spesa sanitaria/PIL scende dal 6,3% del 2024 al 6,2% negli anni successivi. In termini assoluti, rispetto al 2024, la spesa sanitaria sale a € 141.929 milioni (+5,2%) nel 2025, a € 144.969 milioni nel 2026 (+2,1%) e a € 147.506 (+1,7%) nel 2027.

In altre parole, se nel triennio 2025-2027 il PSBMT stima un aumento della spesa sanitaria di complessivi € 9.572 milioni (puntando sulla crescita del PIL), il rapporto spesa sanitaria/PIL si stabilizza al 6,2%, confermando le scelte allocative dei precedenti Governi, che hanno portato l'Italia a collocarsi al 14º posto tra gli Stati membri dell'Unione Europea per spesa sanitaria pubblica pro-capite e ad essere fanalino di coda tra i paesi del G7 (§ 4.3.2).

³⁴ Ministero dell'Economia e delle Finanze. Piano Strutturale di Bilancio di medio termine (2025-2029). Disponibile a: www.dt.mef.gov.it/export/sites/sitodt/modules/documenti_it/analisi_progammazione/documenti_programmatici/psb_2024/Piano-strutturale-di-bilancio-e-di-medio-termine-Italia-2025-2029.pdf. Ultimo accesso: 30 settembre 2025.

In conclusione, se sulla carta il PSBMT ribadisce l'impegno del Governo a “*salvaguardare il livello della spesa sanitaria assicurandone una crescita superiore a quella dell'aggregato di spesa netta*”, i numeri documentano una realtà ben diversa: il rapporto spesa sanitaria/PIL scende dal 6,3% del biennio 2024-2025 al 6,2% nel periodo 2026-2027. Un segnale di definanziamento che ha rivisto al ribasso le stime sulla spesa sanitaria del DEF 2024, nonostante le misure previste per potenziare il SSN (box 2.1).

Box 2.1. Misure previste dal PSBMT per il potenziamento del SSN

Potenziamento di reti e strutture territoriali

- Rafforzamento delle reti di medicina generale e dei servizi di prossimità.
- Miglioramento delle strutture e della telemedicina per l'assistenza territoriale, con particolare attenzione alle Case della Comunità, alle Centrali Operative Territoriali e agli Ospedali della Comunità.
- Digitalizzazione dei Dipartimenti di Emergenza e Accettazione (DEA) di I e II livello.
- Ammodernamento delle grandi apparecchiature sanitarie.

Ricerca e formazione

- Estensione degli investimenti nella ricerca.
- Formazione del personale sanitario con focus sullo sviluppo di competenze tecniche, professionali, digitali e manageriali.

Efficientamento della sanità

- Potenziamento degli strumenti di monitoraggio della spesa sanitaria, attraverso nuovi indicatori.
- Riordino della sanità integrativa, migliorando la vigilanza sui fondi sanitari.
- Definizione di misure per l'assistenza a lungo termine (LTC), con particolare attenzione all'assistenza e alla non autosufficienza.
- Programmazione delle assunzioni di personale sanitario, con priorità per le specializzazioni carenti.
- Potenziamento dell'assistenza territoriale e dell'edilizia sanitaria, anche attraverso strumenti finanziari e partenariato pubblico-privato.

Riduzione dei divari territoriali

- Interventi di potenziamento delle aree meno sviluppate del SSN attraverso il supporto delle *best practice* regionali (trasferimento di conoscenze e tecnologie, sviluppo di competenze).
- Riduzione delle disuguaglianze territoriali e implementazione completa delle riforme previste dal PNRR.

Aggiornamento dei Livelli Essenziali di Assistenza

- Definizione di meccanismi per l'aggiornamento dei LEA, con l'obiettivo di garantire un'offerta di prestazioni sempre più ampia e in linea con i reali bisogni di salute dei cittadini.
- Promozione dell'innovazione e della sostenibilità mediante processi di disinvestimento da pratiche obsolete o dannose (*delisting*).

Miglioramento del benessere della popolazione

- Implementazione di programmi per incentivare stili di vita sani e migliorare la sicurezza alimentare e nutrizionale attraverso campagne informative a livello nazionale.
- Riorganizzazione dei servizi di dietetica e nutrizione clinica e sviluppo di percorsi per la prevenzione nutrizionale, screening del rischio e valutazione dello stato nutrizionale.
- Promozione di iniziative per contrastare l'abuso di antibiotici e prevenire l'antibiotico-resistenza.
- Adozione di strumenti di controllo per ridurre l'impatto ambientale derivante dall'uso di fitosanitari e garantire la tutela dei consumatori.

2.4.2. Documento di Finanza Pubblica 2025

Il Documento di Finanza Pubblica (DFP), approvato dal Consiglio dei Ministri il 9 aprile 2025³⁵, è centrato sulla verifica dei risultati conseguiti nell'attuazione del PSBMT 2025-2029. Il DFP 2025 riporta il consuntivo 2024 e le stime per gli anni 2025-2028 (tabella 2.7).

	2024	2025	2026	2027	2028
Spesa sanitaria (milioni di €)	138.335	143.372	149.820	151.635	155.558*
Spesa sanitaria (% PIL)	6,3%	6,4%	6,4%	6,4%	6,4%
Tasso di variazione in %	4,9%	3,6%	4,5%	1,2%	2,6%

*Dato calcolato

Tabella 2.7. DFP 2025: consuntivo 2024 e stime 2025-2028

Consuntivo 2024. Il DFP 2025 certifica, per l'anno 2024 un rapporto spesa sanitaria/PIL pari al 6,3%, in lieve aumento rispetto al 2023 (+0,1 punti percentuali). La spesa sanitaria ammonta a € 138.335 milioni, con una crescita del 4,9% rispetto ai € 131.842 milioni del 2023. L'incremento di € 6.493 milioni tra il 2023 e il 2024 è dovuto per oltre la metà (€ 3.257 milioni) alla spesa per il personale dipendente, in gran parte riconducibile agli oneri accantonati per i rinnovi contrattuali relativi al triennio 2022-2024.

Previsione per l'anno 2025 e per gli anni 2026-2028. Nel 2025, il rapporto spesa sanitaria/PIL è stimato al 6,4%, in lieve aumento rispetto al 6,3% del 2024. In termini assoluti, la spesa sanitaria è stimata a € 143.372 milioni, con un incremento di € 5.037 milioni (+3,6%) rispetto al 2024. Per il biennio 2026-2027, a fronte di una crescita media annua del PIL nominale del 2,75%, il DFP 2025 prevede un incremento medio della spesa sanitaria del 2,85% annuo, mantenendo invariato il rapporto spesa sanitaria/PIL al 6,4%. In valore assoluto, la spesa sanitaria sale a € 149.820 milioni nel 2026 (+4,5% rispetto al 2025) e a € 151.635 milioni nel 2027 (+1,2% rispetto al 2026). Per il 2028, il DFP stima un ulteriore incremento della spesa del 2,6% rispetto al 2027, con il rapporto spesa sanitaria/PIL ancora fermo al 6,4%.

2.4.3. Documento Programmatico di Finanza Pubblica 2025

Il Documento Programmatico di Finanza Pubblica³⁶ (DPFP), deliberato dal Consiglio dei Ministri lo scorso 2 ottobre riporta che “con la Manovra [...] si garantirà un ulteriore rifinanziamento del fondo sanitario nazionale”.

Rispetto al DFP 2025 le previsioni di spesa sanitaria presentano differenze minime. In termini assoluti sono state riviste leggermente al rialzo per il 2025 (+ € 649 milioni) e rimaste pressoché invariate per il periodo 2026-2028. In termini di percentuale del PIL le stime rimangono al 6,4%,

³⁵ Ministero dell'Economia e delle Finanze. Documento di Finanza Pubblica. Sezione II. Analisi e tendenze della finanza pubblica. Roma, 9 aprile 2025. Disponibile a: www.rgs.mef.gov.it/_Documenti/VERSIONE-I/attività_istituzionali/previsione/contabilità_e_finanza_pubblica/documento_di_finanza_pubblica/2025-Sez-II-AnalisiETendenzeDellaFinanzaPubblica.pdf. Ultimo accesso: 30 settembre 2025.

³⁶ Ministero dell'Economia e delle Finanze. Documento programmatico di finanza pubblica 2025. Roma, 2 ottobre 2025. Disponibile a: www.mef.gov.it/export/sites/MEF/inevidenza/2025/def2025/DPFP_2025.pdf. Ultimo accesso: 2 ottobre 2025.

fatta eccezione per l'anno 2026 dove aumentata al 6,5%, per la lieve revisione al ribasso delle stime di crescita economica (figura 4.8).

	2024	2025	2026	2027	2028
Spesa sanitaria (milioni di €)	138.335	144.021	149.931	151.727	155.702
Spesa sanitaria (% PIL)	6,3%	6,4%	6,5%	6,4%	6,4%
Tasso di variazione in %	4,9%	4,1%	4,1%	1,2%	2,6%

Tabella 2.8. DPFP 2025: consuntivo 2024 e stime 2025-2028

Il DPDP 2025 riporta infine i disegni di legge collegati alla Legge di Bilancio 2026:

- Delega al Governo per l'adozione di misure in materia di riorganizzazione dell'assistenza territoriale e revisione del modello organizzativo del Servizio Sanitario Nazionale.
- Delega al Governo in materia di professioni sanitarie e disposizioni relative alla responsabilità professionale degli esercenti le professioni sanitarie.
- Delega al Governo in materia di riordino degli enti vigilati dal Ministero della Salute.
- Delega al Governo per la determinazione dei livelli essenziali delle prestazioni.
- Delega al Governo per la riforma e il riordino della legislazione farmaceutica in materia di accesso al farmaco, monitoraggio e controllo della spesa farmaceutica, prestazione di servizi sanitari sul territorio da parte delle farmacie, rafforzamento della rete assistenziale farmaceutica.
- Disegni di legge di approvazione delle intese di cui all'articolo 2 della legge 26 giugno 2024, n. 86 (autonomia differenziata).

Analizzando l'intero trend 2010-2028 (dati consuntivi ISTAT³⁷ per gli anni dal 2010 al 2024 e DPFP 2025 per gli anni dal 2025 al 2028), la spesa sanitaria in rapporto al PIL si riduce dal 6,9% del 2010 al 6,3% del 2024, con la sola eccezione del 2020, quando raggiunge il 7,3% per effetto del netto incremento del finanziamento pubblico e, soprattutto, per il crollo del PIL e del 2021 quando si attesta al 7% (figura 2.6).

³⁷ Istituto Nazionale di Statistica. IstatData. Conti nazionali. Sistema dei conti della sanità. Edizione giugno 2025. Disponibile a: https://esploradati.istat.it/databrowser/#/it/dw/categories/IT1,DATAWAREHOUSE,1.0/UP_ACC_HEALTH. Ultimo accesso: 30 settembre 2025.

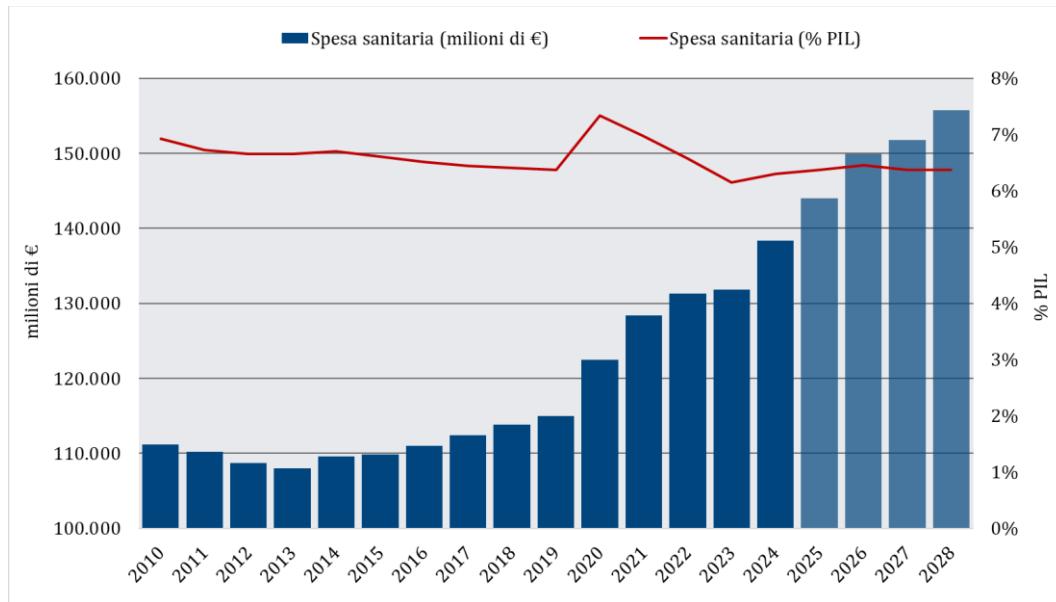


Figura 2.6. Spesa sanitaria pubblica in Italia in termini assoluti e percentuale del PIL
(Dati: 2010-2024 da ISTAT; 2025-2028 da DPFP 2025)

Per il periodo 2025-2028, il DPFP 2025 fissa, infatti, la quota della spesa sanitaria al 6,4% del PIL (6,5% per il 2026), scongiurando formalmente nuovi tagli. Tuttavia, il rischio di riduzioni non può essere escluso, a causa dell'attuale stagnazione economica e delle incertezze legate al contesto economico internazionale: dazi, guerre, aumento dei fondi per la difesa. Se da un lato le stime del DPFP 2025 delineano un quadro apparentemente stabile, migliorando il rapporto spesa sanitaria/PIL (figura 2.6), dall'altro nascondono una grave insidia per le Regioni. Infatti, a fronte di una stima della spesa sanitaria stabile al 6,4% del PIL, la quota di PIL destinata al FSN dalla Legge di Bilancio 2025 (§ 2.4) scende dal 6,1% del 2025-2026 al 5,9% nel 2027 e al 5,8% nel 2028. In termini assoluti questo si traduce in un gap crescente: € 7,5 miliardi per il 2025, € 9,2 miliardi nel 2026, € 10,3 miliardi nel 2027, € 13,4 miliardi nel 2028 (figura 2.7).

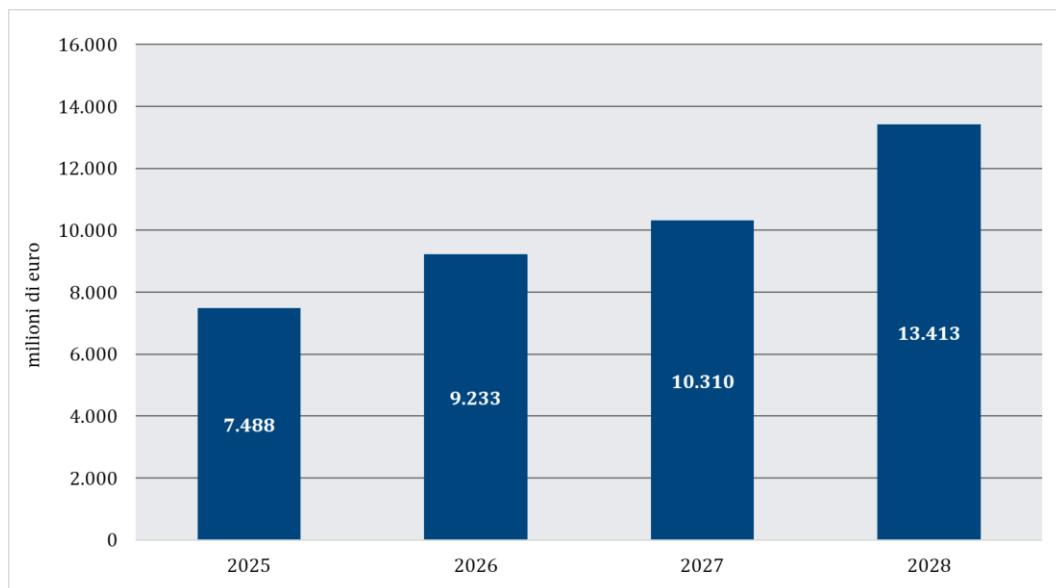


Figura 2.7. Gap 2025-2028 tra previsioni di spesa sanitaria ed entità del FSN
(Dati da DPFP 2025 e Legge di Bilancio 2025)

Il crescente divario tra la previsione di spesa sanitaria e l'entità del finanziamento pubblico rischia quindi di scaricarsi sui bilanci delle Regioni, ponendo una grande incognita sull'evoluzione dei loro disavanzi³⁸. Già nel 2024, infatti, è aumentato il numero di Regioni in deficit prima delle coperture, includendo anche realtà – come Emilia-Romagna e Toscana – che erano sempre riuscite a mantenere l'equilibrio economico garantendo un'elevata qualità dell'assistenza sanitaria³⁹. In altri termini, le Regioni non saranno in grado di compensare con entrate proprie (es. ticket, attività libero professionale intramuraria, payback) un divario così ampio tra la spesa sanitaria prevista e il finanziamento pubblico assegnato. Di fronte a questa situazione, resteranno solo due alternative per evitare di chiudere i bilanci in rosso rischiando il Piano di rientro: aumentare le imposte regionali oppure tagliare i servizi ai cittadini. Un rischio che, per essere mitigato, richiede una consistente iniezione di risorse già a partire dalla Legge di Bilancio 2026.

D'altronde, i dati ISTAT Conti economici consolidati della Protezione sociale (ISTAT-CN) mostrano che, mentre nel periodo 2012-2017 vi è stato un sostanziale allineamento tra spesa sanitaria corrente e FSN, dal 2018 la spesa ha superato il finanziamento (figura 2.8). Il gap è passato da +€ 1.019 milioni del 2018 a +€ 6.618 milioni nel 2021, per poi scendere a +€ 5.900 milioni nel 2022 e a +€ 2.973 milioni nel 2023, risalendo nuovamente +€ 4.322 milioni nel 2024.

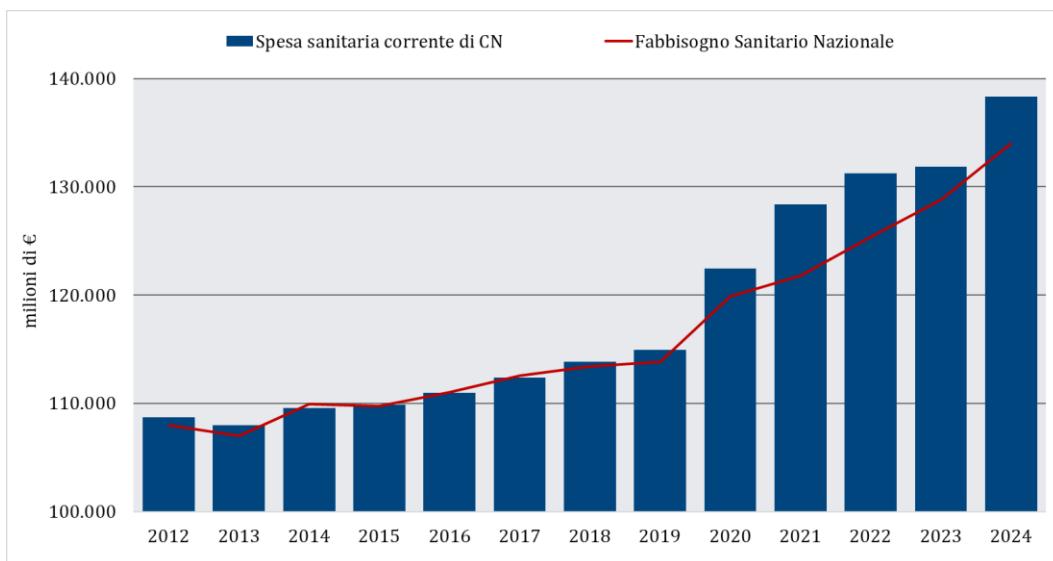


Figura 2.8. Trend spesa sanitaria corrente vs FSN 2012-2024
(Elaborazione GIMBE su dati ISTAT-CN)

Secondo quanto il Rapporto della Ragioneria Generale dello Stato (RGS) sul monitoraggio della spesa sanitaria 2023⁴⁰, negli anni 2020-2022 il consistente scostamento tra finanziamento pubblico e spesa sanitaria era imputabile a tre motivazioni: facoltà di coprire costi correnti tramite risorse destinate al contrasto della pandemia non impiegate nell'anno di competenza; inclusione nella spesa sanitaria corrente dei costi sostenuti dal commissario straordinario e

³⁸ Ufficio Parlamentare di Bilancio. Audizione della Presidente dell'Ufficio Parlamentare di Bilancio nell'ambito delle audizioni preliminari all'esame del Documento di finanza pubblica 2025 presso le Commissioni congiunte 5a del Senato della Repubblica e V della Camera dei deputati. Roma, 17 aprile 2025. Disponibile a: www.upbilancio.it/wp-content/uploads/2025/04/UPB_Audizione-DFP-2025.pdf. Ultimo accesso: 30 settembre 2025.

³⁹ Corte Costituzionale. Audizione della Corte dei Conti sul Documento di Finanza Pubblica 2025 presso le Commissioni riunite Bilancio del Senato della Repubblica e della Camera dei Deputati. Roma, 17 aprile 2025. Disponibile a: www.corteconti.it/Download?id=e5a869e5-f4a4-4b44-b88d-3b2b86c6d10f. Ultimo accesso: 30 settembre 2025.

⁴⁰ Ministero dell'Economia e delle Finanze. Dipartimento della Ragioneria Generale dello Stato. Il monitoraggio della spesa sanitaria. Rapporto n° 11. Roma, dicembre 2024. Disponibile a: www.rgs.mef.gov.it/_Documenti/VERSIONE-I/Attivit-i/Spesa-soci/Attivit-monitoraggio-RGS/2024/IMDSS-RS2024.pdf. Ultimo accesso: 30 settembre 2025.

per l'adozione di altre misure di contrasto della pandemia: € 1.850 milioni nel 2020, oltre € 3.550 milioni nel 2021 e quasi € 2.720 milioni nel 2022 non a carico del FSN, ma garantiti da risorse stanziate ad hoc. Inoltre, nel 2022 la spesa sanitaria corrente è stata gravata dal pagamento degli arretrati relativi al rinnovo del contratto del personale non dirigente per il triennio 2019-2021. Esaurite le motivazioni degli anni 2020-2022, il gap tra spesa sanitaria e finanziamento pubblico (quasi € 3 miliardi nel 2023 e oltre € 4,3 miliardi nel 2024) verosimilmente riflette la crescente difficoltà delle Regioni a garantire i servizi con le risorse assegnate dal FSN. Ecco perché, l'incremento del rapporto spesa sanitaria/PIL previsto dal DFP 2025 e confermato dal DPFP 2025 deve essere accompagnato da un consistente rilancio del finanziamento pubblico, a partire dalla Manovra 2026.

2.5. I nuovi orientamenti della Corte Costituzionale

Tutti i dati e le considerazioni espresse in questo capitolo si basano su un presupposto fondamentale: nel conflitto tra i diritti da garantire e le risorse economiche necessarie prevale il rispetto dell'equilibrio di bilancio. In altre parole, prima si assegnano le risorse alla sanità tramite il FSN e poi si condiziona l'erogazione dei LEA, ovvero la garanzia dei diritti viene subordinata alle risorse⁴¹.

Questo presupposto è stato recentemente oggetto di numerosi interventi della Corte Costituzionale, culminati nella sentenza 195/2024⁴², che hanno introdotto novità rilevanti, riprese nella requisitoria orale del Procuratore Generale Pio Silvestri in occasione del “Giudizio sul rendiconto generale dello Stato 2024”⁴³ nell'udienza del 26 giugno 2025 delle Sezioni Riunite in sede di controllo della Corte dei Conti. Una requisitoria dedicata in buona parte al SSN, che *“si caratterizza per il suo valore universalistico che ne fa, nonostante i numerosi problemi da cui è afflitto, un unicum nel panorama mondiale e un modello, ancora vincente, in termini di qualità”*, attraverso la ricostruzione del cambio di rotta maturato dalla Corte Costituzionale sul rapporto tra risorse disponibili e tutela dei diritti.

In passato, la Corte Costituzionale in alcune sentenze relative al contenzioso tra Stato e Regioni^{44,45} aveva affermato che la spesa sanitaria deve necessariamente essere compatibile con *“la limitatezza delle disponibilità finanziarie che annualmente è possibile destinare, nel quadro di una programmazione generale degli interventi di carattere assistenziale e sociale, al settore sanitario”*. Di conseguenza, l'esigibilità del diritto alla tutela salute deve essere compatibile con la limitazione delle risorse. E dopo la crisi finanziaria del 2008-2010, il diritto alle prestazioni sanitarie viene definito come *“diritto finanziariamente condizionato”*⁴⁶: a

⁴¹ Zocchetti C. Diritto alla salute vs risorse: i nuovi indirizzi della corte costituzionale. Epidemiologia & Prevenzione, Il Blog di Cesare Cislagli. Disponibile a: <https://epiprev.it/blog/come-sta-la-sanita/diritto-all-salute-vs-risorse-i-nuovi-indirizzi-della-corte-costituzionale>. Ultimo accesso: 30 settembre 2025.

⁴² Corte Costituzionale, sentenza 195/2024. 29 ottobre, 2024. Disponibile a: www.cortecostituzionale.it/actionSchedaPronuncia.do?param_ecli=ECLI:IT:COST:2024:195. Ultimo accesso: 30 settembre 2025.

⁴³ Corte dei Conti. Giudizio sul Rendiconto Generale dello Stato 2024. Requisitoria orale del Procuratore generale Pio Silvestri. Corte dei Conti, udienza del 26 giugno 2025 delle Sezioni Riunite in sede di controllo. Disponibile a: www.corteconti.it/HOME/Documenti/DettaglioDocumenti?Id=5c58f482-2c30-47b4-bfbd-f46180b042f7. Ultimo accesso: 30 settembre 2025.

⁴⁴ Corte Costituzionale, sentenza 18 marzo 2005, n. 111. Disponibile a: www.cortecostituzionale.it/actionSchedaPronuncia.do?param_ecli=ECLI:IT:COST:2005:11. Ultimo accesso: 30 settembre 2025.

⁴⁵ Corte Costituzionale, sentenza 29 aprile 2010, n. 149. Disponibile a: www.cortecostituzionale.it/actionSchedaPronuncia.do?anno=2010&numero=149. Ultimo accesso: 30 settembre 2025.

⁴⁶ Corte Costituzionale, sentenza n. 248 del 2011. Disponibile a: www.cortecostituzionale.it/actionSchedaPronuncia.do?anno=2011&numero=248. Ultimo accesso: 30 settembre 2025.

questo è seguita la Legge Costituzionale n. 1 del 2012 che ha introdotto il principio di pareggio di bilancio⁴⁷.

La Corte costituzionale, con un importante cambio di rotta rispetto alle precedenti decisioni, già con la sentenza n. 275/2016⁴⁸ riconosceva che “una volta normativamente identificato, il nucleo invalicabile di garanzie minime per rendere effettivo il diritto alla salute non può essere finanziariamente condizionato in termini assoluti e generali”, perché “è la garanzia dei diritti incomprimibili ad incidere sul bilancio, e non l’equilibrio di questo a condizionarne la doverosa erogazione”. In altre parole, la suprema Corte riafferma il primato dei diritti sugli equilibri di bilancio, assegnando alla disponibilità finanziaria un ruolo di servizio.

Nel 2017, a seguito dell’ennesimo taglio lineare alla sanità, con la sentenza n. 169⁴⁹ la Corte Costituzionale abbandonava le originarie posizioni sin troppo concilianti e poneva finalmente un limite, distinguendo la spesa attinente al diritto sociale alla tutela della salute – l’unico espressamente qualificato come “fondamentale” dalla Costituzione – dalle altre spese non costituzionalmente necessarie. In particolare, la sentenza invitava il legislatore a non effettuare “tagli al buio” sulla spesa sanitaria, accendendo un faro sulla questione del (de)finanziamento del diritto alla tutela della salute e segnando una linea invalicabile alla compressione di questo diritto fondamentale⁵⁰. Precisando che “una volta che i LEA siano stati correttamente individuati, non è possibile limitarne concretamente l’erogazione attraverso indifferenziate riduzioni della spesa pubblica”.

Successivamente, la sentenza n. 103 del 2018⁵¹ ha precisato che in materia di sanità “le singole misure di contenimento della spesa pubblica devono presentare il carattere della temporaneità”. Quindi la sentenza n. 233 del 2022⁵² ha fatto riferimento “al punto di equilibrio raggiunto sulla definizione e finanziamento dei livelli essenziali delle prestazioni, che in ragione del principio di priorità della spesa costituzionalmente necessaria, deve essere assicurato con prevalenza rispetto alla spesa e gestione ordinaria».

Con la già citata sentenza n. 195 del 2024, la suprema Corte afferma “il principio secondo cui alle spese destinate a fornire prestazioni inerenti ai diritti sociali, alle politiche sociali e alla famiglia, nonché alla tutela della salute, deve essere riconosciuta una ‘preferenza qualitativa’, trattandosi di spese costituzionalmente necessarie”. È proprio il concetto di “spesa costituzionalmente necessaria” ad avere segnato il “cambio di passo” della Consulta, che in quest’ultima sentenza, oltre ad affermare una preferenza qualitativa verso alcune tipologie di diritti (diritti sociali, politiche sociali, famiglia, tutela della salute), ha anche indicato la strada per raggiungere questo obiettivo: “la nozione di ‘spesa costituzionalmente necessaria’, funzionale a evidenziare che, in un contesto di risorse scarse, per fare fronte a esigenze di contenimento della spesa pubblica dettate anche da vincoli euro unitari, devono essere prioritariamente ridotte le altre spese indistinte, rispetto a quella che si connota come funzionale

⁴⁷ Legge Costituzionale n. 1 del 2012. Disponibile a: www.rgs.mef.gov.it/_Documenti/VERSIONE_1/Selezione_normativa/LeggiCostituzionali/LC-20-04-2012.pdf. Ultimo accesso: 30 settembre 2025.

⁴⁸ Corte Costituzionale pronuncia n. 275 del 2016. Disponibile a: www.cortecostituzionale.it/actionSchedaPronuncia.do?anno=2016&numero=275. Ultimo accesso: 30 settembre 2025.

⁴⁹ Corte Costituzionale, sentenza 21 marzo 2017, n. 169. Disponibile a: www.cortecostituzionale.it/actionSchedaPronuncia.do?anno=2017&numero=169. Ultimo accesso: 30 settembre 2025.

⁵⁰ Antonini L. Il diritto alla salute e la “spesa costituzionalmente necessaria”. Rec Prog Med 2023; Recenti Prog Med 2023;114:590-596. Disponibile a: www.recentiprogressi.it/archivio/4097/articoli/40940. Ultimo accesso: 30 settembre 2025.

⁵¹ Corte Costituzionale, sentenza 6 marzo 2018, n. 103. Disponibile a:

www.cortecostituzionale.it/actionSchedaPronuncia.do?anno=2018&numero=103. Ultimo accesso: 30 settembre 2025.

⁵² Corte Costituzionale, sentenza 5 ottobre 2022, n. 233. Disponibile a:

www.cortecostituzionale.it/actionSchedaPronuncia.do?anno=2022&numero=233. Ultimo accesso: 30 settembre 2025.

a garantire il ‘fondamentale’ diritto alla salute di cui all’art. 32 Cost., che chiama in causa imprescindibili esigenze di tutela anche delle fasce più deboli della popolazione, non in grado di accedere alla spesa sostenuta direttamente dal cittadino, cosiddetta out-of-pocket”. In altri termini, il diritto alla tutela salute non può essere sacrificato “*fintanto che esistono risorse che il decisore politico ha la disponibilità di utilizzare per altri impieghi che non rivestono le medesime priorità*”.

La nuova posizione della Corte costituzionale – dal diritto finanziariamente condizionato alla spesa costituzionalmente necessaria – si fonda su due principi. Da un lato, la salute è riconosciuta come “*incomprimibile diritto fondamentale*”, con diretto riferimento alla esigibilità dei LEA. Dall’altro, quando si rendono necessari tagli alla spesa pubblica, prima di toccare quelle allocate per i diritti incomprimibili, occorre ridurre le altre disponibilità, cosiddette indistinte. Ne consegue che lo Stato deve garantire il finanziamento dei LEA, in quanto spesa costituzionalmente necessaria per l’effettivo esercizio del diritto alla tutela della salute che – riprendendo le parole del Procuratore Generale Silvestri – “*rimane centrale per definire il parametro di civiltà di un Paese*”.

Il Piano di Rilancio del SSN elaborato dalla Fondazione GIMBE (§ 10) include tra le azioni di “*Aumentare in maniera progressiva e consistente il finanziamento pubblico della sanità per allinearla alla media dei paesi europei, al fine di garantire il rilancio delle politiche del personale sanitario, l’erogazione uniforme dei LEA e l’equità di accesso alle innovazioni*”. Ma il dibattito sul (de)finanziamento della sanità non può limitarsi ad accendersi solo alla vigilia della Legge di Bilancio, diventando terreno di scontro politico. Richiede al contrario un patto duraturo tra tutte le forze politiche che prescinda dagli avvicendamenti di Governo: un impegno non negoziabile per rifinanziare progressivamente il fondo sanitario e avviare contestualmente riforme strutturali, anche se impopolari. L’obiettivo deve essere quello di restituire forza e dignità al SSN e garantire un diritto costituzionale a tutte le persone, indipendentemente dalla loro capacità di spesa e dal CAP di residenza. Perché è vero che la crisi del SSN non è solo un problema di risorse, ma è altrettanto vero che senza risorse – da destinare anzitutto a rimotivare i professionisti sanitari – l’inalienabile diritto alla tutela della salute diventerà un miraggio sempre più lontano, soprattutto per le fasce più fragili della popolazione. Proprio quegli indigenti a cui la Repubblica deve garantire cure gratuite.

CAPITOLO 3

Il riparto del Fabbisogno Sanitario Nazionale

Il Fabbisogno Sanitario Nazionale (FSN) standard definisce il livello complessivo delle risorse per il finanziamento del SSN, volte a garantire l'uniforme erogazione dei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA) su tutto il territorio nazionale. Il FSN viene ripartito secondo criteri tecnico-normativi alle Regioni incaricate di organizzare l'erogazione di servizi e prestazioni sanitarie, nell'ambito delle autonomie concesse dalla riforma del Titolo V.

3.1. L'evoluzione dei criteri di riparto

Nella fase iniziale del SSN, il fabbisogno delle Regioni è stato determinato, salvo eccezioni temporanee, secondo il criterio della spesa storica. Successivamente, la L. 662/1996 ha introdotto la possibilità, nell'ambito dell'intesa sul riparto, di utilizzare criteri più funzionali a garantire l'allocazione efficiente delle risorse. Tuttavia, dal 2000 alla riforma del 2011 l'evoluzione dei coefficienti di riparto è stata spesso condizionata da logiche di natura politica, che miravano a trovare un compromesso in sede di Conferenza Stato-Regioni. In tale contesto, i criteri venivano di volta in volta adattati per rendere la distribuzione delle risorse compatibile con l'accordo politico raggiunto, piuttosto che con i reali fabbisogni sanitari. Complessivamente, dal 2000 al 2023 i criteri per il riparto della quota indistinta del FSN sono stati modificati cinque volte⁵³ (tabella 3.1).

Anni	Quota pro-capite	Struttura anagrafica	Mortalità	Caratteristiche territoriali
2000-2004	16,7%	77,9%	5%	0,4%
2005	29,4%	67,9%	2,5%	0,2%
2006-2012	65%	35%	-	-
2012-2022	60%	40%	-	-
2023	59,1%	39,4%	0,75%	0,75%

Tabella 3.1. Evoluzione dei criteri di riparto dal 2000 al 2023

Il D.Lgs. 68/2011 ha introdotto un nuovo meccanismo di riparto basato su due criteri principali: un parametro di riferimento identificato nelle Regioni benchmark (nel 2024 Emilia-Romagna, Marche, Veneto, Lombardia e Umbria) e la ponderazione della popolazione regionale (60% su base pro-capite e 40% aggiustata per età). Il parametro delle Regioni benchmark avrebbe dovuto garantire maggiore equità, ancorando il finanziamento regionale

⁵³ Osservatorio sui Conti Pubblici Italiani. Articolo: Come viene finanziata la sanità tra le Regioni? 31 maggio 2024 Disponibile a: <https://osservatoriocpi.unicatt.it/ocpi-Come%20viene%20finanziata%20la%20sanita%20tra%20le%20Regioni.pdf>. Ultimo accesso: 30 settembre 2025.

al costo medio standard per l'erogazione dei LEA, calcolato come media ponderata dei costi delle Regioni considerate virtuose, ovvero in equilibrio economico e al tempo stesso adempienti ai LEA. Tuttavia, questo meccanismo non ha mai prodotto effetti concreti: nella pratica, il benchmark è stato utilizzato come semplice fattore moltiplicativo delle risorse già ripartite su base demografica. Di conseguenza, una volta sanati eventuali disavanzi, il sistema di fatto è tornato a privilegiare il criterio della spesa storica, perpetuando le diseguaglianze tra Regioni e vanificando i tentativi di riforma.

A partire dal Patto per la Salute 2010-2012 e con il D.Lgs. 68/2011, il riparto del finanziamento “indistinto”, utilizzabile dalle Regioni senza vincoli specifici per garantire i LEA, è stato articolato nei tre macro-livelli di assistenza: prevenzione, assistenza distrettuale e assistenza ospedaliera. A ciascun livello corrisponde una quota fissa del FSN: 5% alla prevenzione, 51% all'assistenza distrettuale e 44% all'assistenza ospedaliera. Tali percentuali, derivate dall'analisi della spesa standard delle Regioni benchmark, rappresentano indicatori di programmazione nazionale per monitorare l'equità del finanziamento e l'orientamento della spesa regionale⁵⁴.

Questi criteri definiscono il FSN standard di ciascuna Regione, ma non costituiscono un vincolo rigido alla spesa, in quanto le percentuali 5%-51%-44% rappresentano solo un parametro di riferimento per monitorare l'equilibrio della programmazione. Le Regioni ricevono una quota indistinta di risorse che possono allocare tra prevenzione, territorio e ospedale con una certa autonomia, eccetto le risorse vincolate per specifici programmi. Tuttavia, deviazioni significative dalle percentuali standard (es. riduzione per la spesa della prevenzione, eccesso di spesa ospedaliera) costituiscono indicatori critici e vengono rilevate nei tavoli di verifica degli adempimenti LEA.

Accanto al sistema di riparto, è stato introdotto un meccanismo di benchmark e convergenza: le Regioni con spesa storica più elevata devono progressivamente avvicinarsi ai valori del fabbisogno standard, con l'obiettivo di superare la storica sperequazione Nord-Sud. Dal 2013 era previsto un processo quinquennale di convergenza, più volte prorogato nei successivi Patti per la Salute, che imponeva alle Regioni di riallineare i propri costi ai valori standard delle Regioni benchmark. Questo percorso è alla base dei Piani di rientro attivati nelle Regioni in disavanzo sanitario: quando i disavanzi superano determinate soglie (5% del finanziamento), le Regioni sono obbligate ad adottare programmi operativi di risanamento, con affiancamento del Governo (Piani di rientro) e, in caso di inadempienza, con il commissariamento (§ 5.4.3). In tal modo, i criteri di riparto del FSN risultano strettamente collegati ai meccanismi di accountability regionale: da un lato distribuiscono le risorse in maniera ponderata secondo fabbisogni standard, dall'altro vincolano le Regioni al rispetto dell'equilibrio di bilancio e dell'adempimento ai LEA, pena interventi correttivi.

Con l'Intesa Stato-Regioni del 21 dicembre 2022 è stato introdotto un nuovo meccanismo di riparto della quota indistinta del FSN. A partire dal 2023, il tradizionale criterio della quota capitaria, parzialmente aggiustata per l'età, è stato integrato con ulteriori parametri socio-economici e con il tasso di mortalità, al fine di tenere in maggior considerazione l'impatto delle caratteristiche demografiche e sociali sui consumi sanitari. In dettaglio, la quota indistinta del FSN viene così ripartita:

⁵⁴ Parlamento Italiano. Temi dell'attività Parlamentare: il federalismo sanitario. Disponibile a: <https://leg16.camera.it/561?appro=734#paragrafo3923>. Ultimo accesso: 30 settembre 2025.

- 98,5% sulla base della popolazione residente, ponderata per classi di età in relazione ai consumi sanitari;
- 0,75% sulla base del tasso di mortalità prematura (sotto i 75 anni);
- 0,75% sulla base di tre indicatori territoriali che riflettono i bisogni sanitari: incidenza della povertà relativa individuale, tasso di bassa scolarizzazione (popolazione con età >15 anni), tasso di disoccupazione.

Nelle premesse al decreto si chiariscono i motivi, principalmente dovuti a carenze dei sistemi informativi, per cui non sono ancora stati adottati gli altri pesi previsti dalla L. 662/1996 (indicatori epidemiologici territoriali) e non si è tenuto conto del percorso di miglioramento degli standard di qualità, rinviando a un successivo decreto.

Il riparto delle risorse tra i tre macro-livelli di assistenza (prevenzione, distrettuale e ospedaliera) mantiene formalmente le quote fisse, rispettivamente, al 5%, 51% e 44%. Tuttavia, non è previsto alcun controllo ex post sull'effettiva coerenza tra risorse allocate e la spesa effettivamente sostenuta da ciascuna Regione per i diversi livelli di assistenza (tabella 3.2).

Macro-livello	FSN	Sotto-livello		Criteri di riparto	Dati disponibili ^a
Prevenzione	5%	-		Popolazione non pesata	No
Distrettuale	51%	Medicina di base	7%	Popolazione non pesata	No
		Farmaceutica ^b	11,78%	Tetto imposto sul fabbisogno complessivo comprensivo delle somme vincolate	Sì
		Specialistica	13,30%	Popolazione pesata	Sì, tessera sanitaria
		Territoriale	18,92%	Popolazione non pesata	No
Ospedaliera	44%	-		50% popolazione non pesata 50% popolazione pesata	Sì, anagrafica SDO

^aNel Nuovo Sistema Informativo Sanitario (NSIS) - ^bDel fabbisogno indistinto

Tabella 3.2. Criteri di riparto per livello di assistenza (anno 2024)

La ponderazione per età si applica solo a due componenti: il 50% della spesa ospedaliera (22% del totale indistinto) e la specialistica ambulatoriale (13,3%), compresa nell'assistenza distrettuale. Per tutte le altre componenti continua ad essere utilizzato esclusivamente il criterio pro-capite. Ne consegue che la ponderazione per età incide solo sul 40% circa della quota indistinta del FSN, mentre il restante 60% viene distribuito esclusivamente sulla base della popolazione residente non pesata.

Scendendo nel dettaglio, per l'assistenza ospedaliera il 50% delle risorse è allocato sulla base della popolazione non pesata, mentre il restante 50% tiene conto della popolazione pesata utilizzando i dati delle schede di dimissione ospedaliera che riflettono i consumi sanitari per età. Analogamente, per la specialistica ambulatoriale il riparto tiene conto della popolazione pesata, derivata dai volumi di prestazioni registrati dal Sistema Tessera Sanitaria, mentre per altri sotto-livelli (es. medicina di base, assistenza domiciliare e altri servizi territoriali) si applica esclusivamente il criterio della popolazione non pesata.

Un caso a parte è rappresentato dal finanziamento della spesa farmaceutica, attualmente fissata all'11,78% del FSN indistinto⁵⁵. Questa quota viene ripartita tra le Regioni sulla base del fabbisogno farmaceutico storico: di conseguenza, una parte del FSN indistinto viene sottratta al criterio demografico, riducendo il l'effetto della quota pesata dal 40% al 35,3% e di quella non pesata dal 60% al 52,9%.

3.2. Effetti dei nuovi criteri di riparto

Per valutare l'impatto dei nuovi criteri di riparto è stato effettuato un confronto tra il FSN indistinto pro-capite, ante mobilità, assegnato alle Regioni nel 2023 rispetto al 2022 (tabella 3.3).

Regioni	2022	2023	Gap 2022-2023
Abruzzo	€ 2.042	€ 2.127	€ 85
Basilicata	€ 2.044	€ 2.132	€ 88
Calabria	€ 2.008	€ 2.091	€ 83
Campania	€ 1.964	€ 2.044	€ 80
Emilia-Romagna	€ 2.046	€ 2.111	€ 65
Friuli Venezia Giulia	€ 2.078	€ 2.147	€ 69
Lazio	€ 2.015	€ 2.078	€ 63
Liguria	€ 2.110	€ 2.185	€ 75
Lombardia	€ 2.022	€ 2.071	€ 49
Marche	€ 2.059	€ 2.125	€ 66
Molise	€ 2.064	€ 2.154	€ 90
Prov. Aut. di Bolzano	€ 1.991	€ 2.030	€ 39
Prov. Aut. di Trento	€ 2.013	€ 2.061	€ 48
Piemonte	€ 2.066	€ 2.141	€ 75
Puglia	€ 2.013	€ 2.103	€ 90
Sardegna	€ 2.050	€ 2.151	€ 101
Sicilia	€ 1.993	€ 2.079	€ 86
Toscana	€ 2.073	€ 2.143	€ 70
Umbria	€ 2.077	€ 2.171	€ 94
Valle d'Aosta	€ 2.065	€ 2.121	€ 56
Veneto	€ 2.038	€ 2.100	€ 62
ITALIA	€ 2.028	€ 2.099	€ 71

Tabella 3.3. Riparto del FSN indistinto ante mobilità: confronto 2022 vs 2023
(elaborazione GIMBE su dati RGS e Delibere CIPESS di riparto FSN 2022-2023)

Nel 2023, rispetto al 2022, tutte le Regioni del Mezzogiorno hanno registrato un incremento del FSN pro-capite superiore alla media nazionale di € 71. L'introduzione dei nuovi criteri ha consentito dunque a queste Regioni di recuperare, seppure in misura limitata, parte delle risorse non ripartite con i criteri precedenti a causa della composizione demografica più giovane della popolazione residente (figura 3.1).

⁵⁵ Dipartimento per gli Affari Regionali e le Autonomie, Presidenza del Consiglio dei Ministri. Fondo Sanitario Nazionale 2024. Nota. Roma, 27 novembre 2024. Disponibile a: www.camera.it/temiap/2025/01/09/OCD177-7780.pdf. Ultimo accesso: 30 settembre 2025.

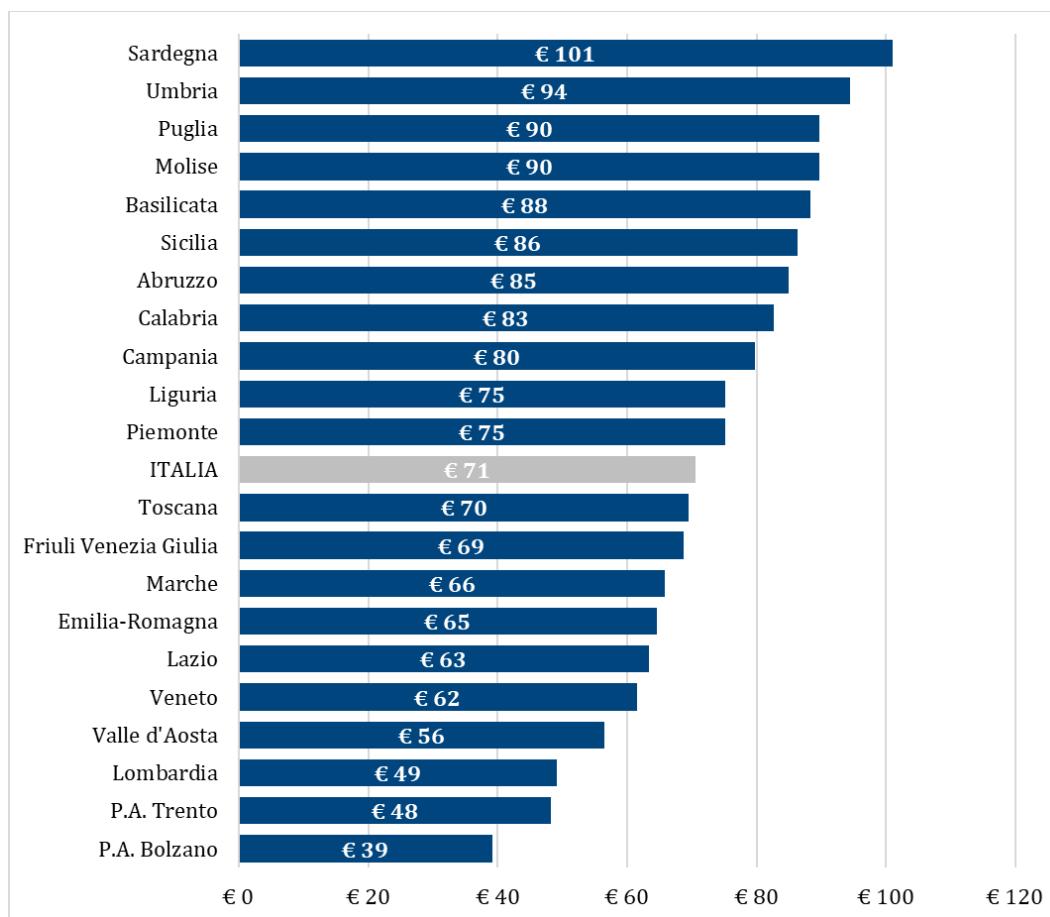


Figura 3.1. Gap 2023 vs 2022 del riparto del FSN indistinto per Regione
(elaborazione GIMBE su dati RGS e Delibere CIPES di riparto FSN 2022-2023)

Secondo una recente analisi dell’Ufficio Parlamentare di Bilancio⁵⁶, la revisione dei criteri di riparto ha prodotto, almeno in parte, effetti redistributivi del FSN nella direzione attesa, favorendo tutte le Regioni del Mezzogiorno. L’impatto maggiore è riconducibile al criterio della depravazione, mentre quello della mortalità sposta quote minori del FSN indistinto. Questa redistribuzione compensa, almeno in parte, gli effetti della ponderazione per età, che aumenta le risorse pro-capite nelle Regioni con popolazione più anziana e le riduce soprattutto in Campania e Sicilia, contribuendo così a riequilibrare il riparto della quota indistinta del FSN. Un risultato coerente con le evidenze scientifiche, che dimostrano come lo stato di salute e bisogni sanitari dipendano non solo dall’età, ma anche dalle condizioni socio-economiche. Infine, vi sono Regioni – come Lombardia, Veneto e Lazio – che si vedono riconosciuti minori fabbisogni sia con il tradizionale sistema di ponderazione della quota capitaria, sia con l’introduzione dei nuovi parametri, e altre che in entrambi i casi ottengono maggiori risorse (piccole Regioni del Mezzogiorno e Sardegna). In ogni caso, anche dopo la recente revisione, i criteri di riparto continuano a penalizzare numerose Regioni del Sud, dove l’insufficiente erogazione di servizi è storicamente la norma e dove, nella maggior parte dei casi, persistono Piani di rientro o commissariamenti, accompagnati da peggiori indicatori di salute e maggiori difficoltà di accesso ai servizi.

⁵⁶ Ufficio Parlamentare di Bilancio. Focus n. 3/2024. Il riparto del fabbisogno sanitario nazionale tra nuovi criteri e attuazioni incompiute. Disponibile a: www.upbilancio.it/focus-n-3-2024-il-riparto-del-fabbisogno-sanitario-nazionale-tra-nuovi-criteri-e-attuazioni-incompiute. Ultimo accesso: 30 settembre 2025.

3.3. Riparto 2024

Il FSN standard si articola in tre componenti: il fabbisogno indistinto, che rappresenta la quota largamente prevalente; le quote vincolate in favore di Regioni e altri enti, destinate a specifici obiettivi; la quota premiale, accantonata e successivamente distribuita sulla base di intese in sede di Conferenza delle Regioni e Province autonome. Per l'anno 2024 il finanziamento del SSN ha raggiunto € 133.053 milioni così suddivisi (figura 3.2):

- **Fabbisogno indistinto:** € 128.600 milioni (96,7%), finalizzati a garantire i LEA.
- **Finanziamenti vincolati:** € 3.783 milioni di cui:
 - € 2.647 milioni in favore delle Regioni di cui:
 - € 2.307 milioni vincolati a obiettivi specifici: tra questi l'attuazione di interventi previsti dal Piano sanitario nazionale (€ 1.500 milioni) e l'emersione dei rapporti di lavoro dei lavoratori extra-comunitari (€ 340 milioni);
 - € 340 milioni già ripartiti alle Regioni con DM per potenziare l'assistenza territoriale (€ 328 milioni) e per il bonus psicologo (€ 12 milioni);
 - € 1.136 milioni vincolati in favore di altri enti: € 814 milioni destinati alle Università per la remunerazione dei medici in formazione specialistica e € 272 milioni per il funzionamento degli Istituti Zooprofilattici.
- **Quota premiale:** € 670 milioni accantonati e utilizzati per compensare eventuali squilibri o penalizzazioni derivanti dagli altri meccanismi di riparto.

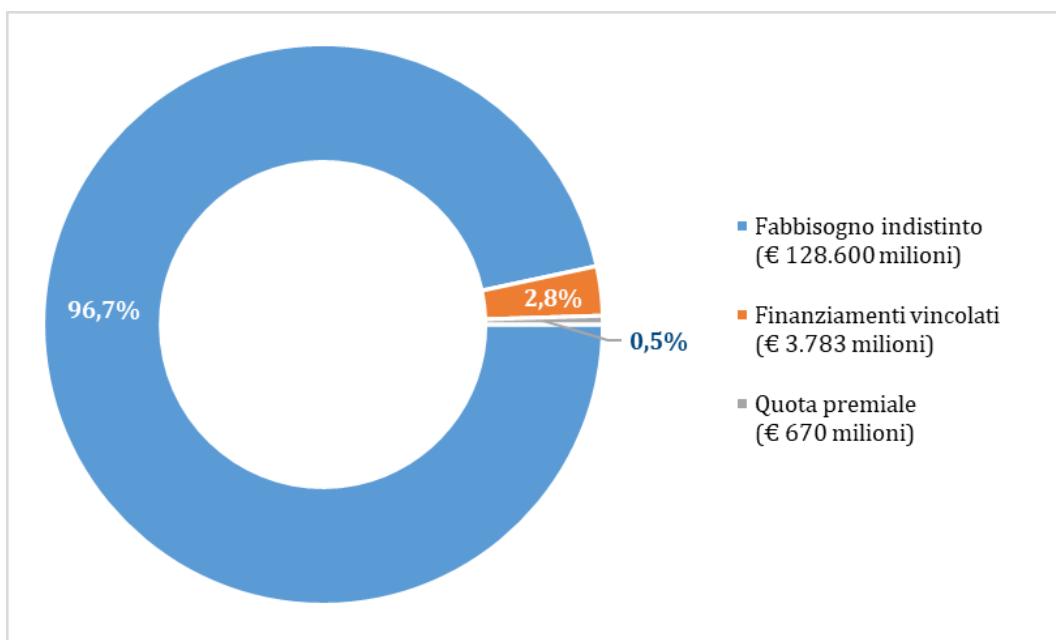


Figura 3.2. Composizione del FSN 2024
(elaborazione GIMBE su dati Conferenza Stato-Regioni/CIPESS)

Da rilevare che il fabbisogno complessivo 2024 include anche le risorse per i farmaci innovativi (€ 964 milioni), che restano tuttavia escluse dal riparto, in quanto finanziate tramite il fondo farmaci innovativi oncologici e non oncologici.

L'Intesa Stato-Regioni sul riparto 2024, sancita il 28 novembre 2024, ha approvato la distribuzione tra le Regioni di € 128,6 miliardi del FSN indistinto, nonché la ripartizione delle quote vincolate agli obiettivi di piano e ad altre finalità nazionali. Successivamente, la Delibera CIPESS n. 88/2024, approvata il 19 dicembre 2024 e pubblicata in G.U. n. 25 del 31 gennaio 2025, ha definito il riparto del FSN 2024 per le diverse componenti.

I diversi consumi per fascia di età generano, inevitabilmente, una significativa redistribuzione del riparto pro-capite, assicurando più risorse alle Regioni con popolazione più anziana. Infatti, nel 2024 (figura 3.3) la Liguria (€ 2.261) è la Regione che riceve più risorse, seguita da Molise (€ 2.235), Sardegna (€ 2.235) e Umbria (€ 2.232), tutte Regioni che condividono un indice di vecchiaia particolarmente elevato (figura 3.3). Al contrario, escludendo le Province autonome, le Regioni più popolose ricevono quote pro-capite inferiori alla media nazionale: Campania (€ 2.135), Lombardia (€ 2.154), Lazio (€ 2.164) e Sicilia (€ 2.166). Il dato della Campania è emblematico: la Regione più “giovane” d’Italia riceve la quota pro-capite più bassa nonostante i noti fabbisogni sanitari (es. bassa speranza di vita alla nascita). In un’ottica di equità sanitaria, questa discrepanza solleva interrogativi rilevanti: la Campania, pur avendo un minor fabbisogno atteso per età, è gravata da determinanti socio-economici sfavorevoli (povertà, deprivazione) che pesano in maniera insufficiente nel nuovo algoritmo di riparto e si traducono in outcome di salute peggiori (es. aspettativa di vita di 3 anni più bassa rispetto alla Provincia autonoma di Trento⁵⁷). Questo disallineamento tra fabbisogno standard e bisogni reali rimane una delle principali criticità dell’attuale modello di riparto, anche dopo l’ultima modifica.

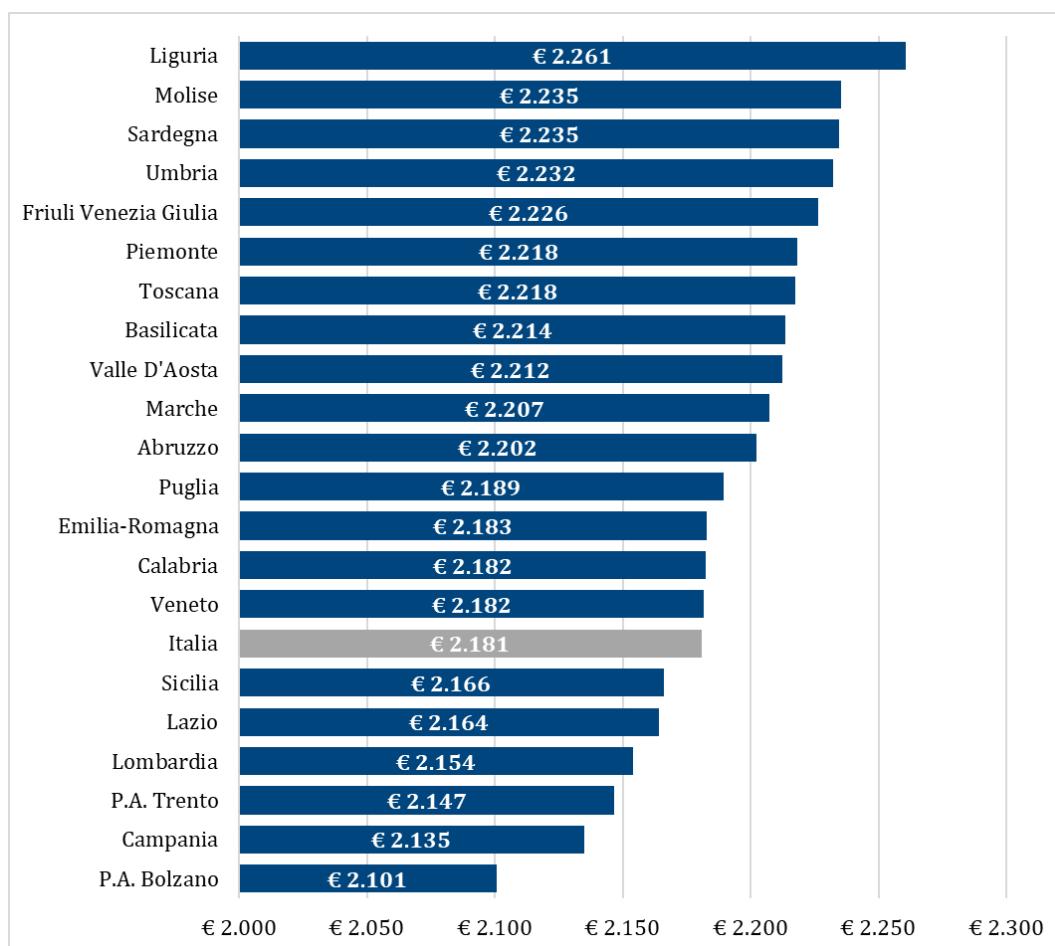


Figura 3.3. Finanziamento pro-capite FSN indistinto 2024 per Regione
(elaborazione GIMBE su dati Delibera CIPESS n. 88/2024)

Rispetto alla quota di riparto media pro-capite nazionale (€ 2.181) si evidenzia un gap rilevante: dai + € 79,84 della Regione Liguria ai -€ 80,18 della Provincia autonoma di Bolzano (figura 3.4).

⁵⁷ Istituto Nazionale di Statistica. IstatData. Indicatori demografici. Speranza di vita alla nascita. Disponibile a: https://esploradati.istat.it/databrowser/#/it/dw/categories/IT1_POP_1,0/POP_POPULATION/DCIS_INDEMOG1/IT1.22_293_DF_DCIS_INDEMOG1_1,1,0. Ultimo accesso: 30 settembre 2025.

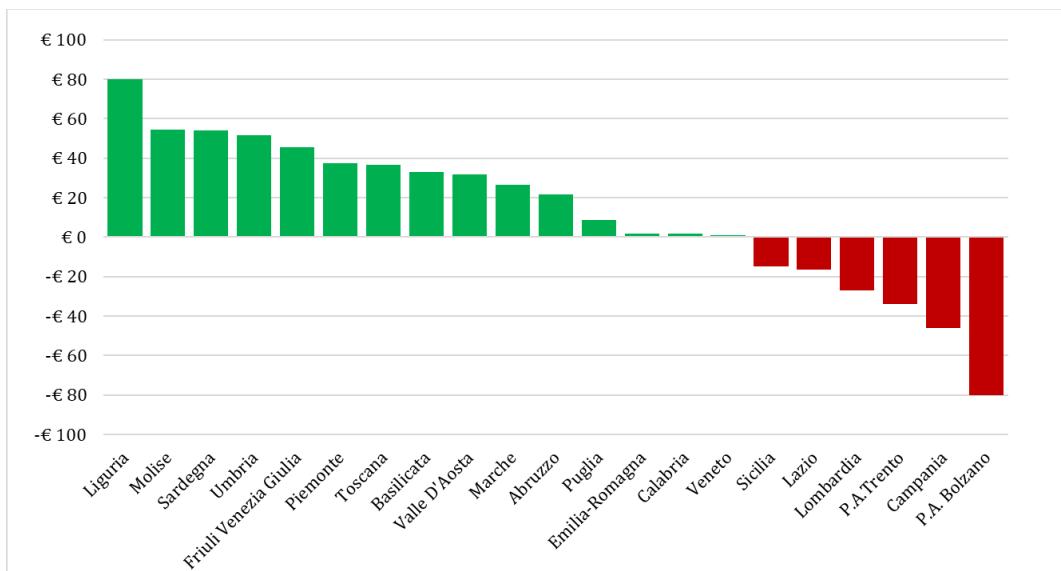


Figura 3.4. Finanziamento indistinto dei LEA (ante mobilità): gap pro-capite rispetto al valore nazionale
 (elaborazione GIMBE su dati Delibera CIPESS n. 88/2024)

Infine, parametrando il dato alla popolazione residente ISTAT al 1° gennaio 2024 è stato calcolato il maggiore o minore finanziamento delle Regioni rispetto alla media nazionale: dai +€ 159,5 milioni del Piemonte ai -€ 256,5 della Campania e ai -€ 268,5 della Lombardia (figura 3.5).

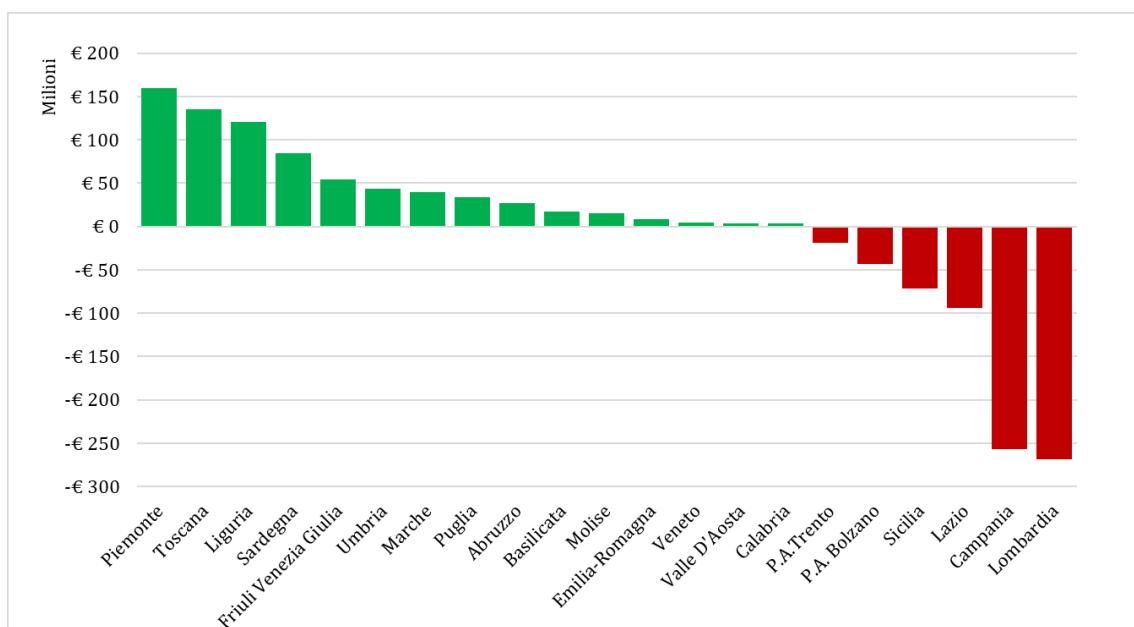


Figura 3.5. Finanziamento indistinto dei LEA (ante mobilità): gap totale rispetto al valore nazionale
 (elaborazione GIMBE su dati Delibera CIPESS n. 88/2024)

Il Ministro della Salute, acquisita l'intesa sancita in Conferenza Stato-Regioni⁵⁸ in data 28 novembre 2024, con DM 30 dicembre 2024 ha decretato la ripartizione della quota premiale per l'anno 2024 (tabella 3.4).

⁵⁸ Conferenza Stato-Regioni. Intesa, ai sensi dell'articolo 2, comma 67-bis, della legge 23 dicembre 2009, n. 191, sullo schema di decreto del Ministro della salute, di concerto con il Ministro dell'economia e delle finanze, di ripartizione delle forme premiali per l'anno 2024. Disponibile a: www.statoregioni.it/it/conferenza-stato-regioni/sedute-2024/seduta-del-28-novembre-2024/atti-28-novembre-2024/repertorio-atto-n-229csr/. Ultimo accesso: 30 settembre 2025.

Regioni	Quota pro-capite	Importo totale
Liguria	€ 68,91	€ 104.000.000
Umbria	€ 38,77	€ 33.075.000
Campania	€ 23,15	€ 129.500.000
Basilicata	€ 14,07	€ 7.500.000
Lombardia	€ 13,08	€ 131.000.000
Molise	€ 12,10	€ 3.500.000
Lazio	€ 11,64	€ 66.500.000
Emilia-Romagna	€ 9,66	€ 43.000.000
Toscana	€ 9,29	€ 34.000.000
Veneto	€ 8,24	€ 40.000.000
Puglia	€ 7,33	€ 28.500.000
Marche	€ 6,74	€ 10.000.000
Piemonte	€ 5,76	€ 24.500.000
Abruzzo	€ 5,51	€ 7.000.000
Calabria	€ 4,35	€ 8.000.000
Le Regioni e le Province Autonome a Statuto speciale sono escluse dal riparto della quota premiale.		

Tabella 3.4. Riparto della quota premiale 2024
 (elaborazione GIMBE su DM 30 dicembre 2024)

Le modalità di riparto della quota premiale, nonostante la denominazione, continuano ad essere determinate da negoziazioni politiche tra le Regioni, in assenza di un metodo standardizzato e trasparente. Di fatto finiscono per compensare eventuali effetti sfavorevoli conseguenti al riparto del FSN indistinto o ad altre cause, facilitando il raggiungimento di accordi complessivi sull'allocazione del FSN. In particolare, nel 2024 le Regioni che hanno ottenuto la quota premiale pro-capite più elevata sono Liguria e Umbria – entrambe caratterizzate da un indice di vecchiaia molto alto – seguite dalla Campania. Tuttavia, al di là dei numeri, la natura discrezionale dell'assegnazione, fa sì che la quota premiale possa determinare un vantaggio rilevante per alcune Regioni, più che compensare le perdite derivanti dai nuovi criteri di riparto o consolidare il vantaggio esistente. Va inoltre considerato che la quota premiale rappresenta solo lo 0,5% del FSN standard, a fronte dell'1,5% del FSN indistinto sul quale vengono applicati i nuovi criteri di riparto relativi a mortalità precoce e deprivazione.

In conclusione, le analisi dimostrano che, anche a seguito dell'ultima riforma, i criteri di riparto del FSN restano ben lontani dal garantire l'equità distributiva delle risorse, in quanto condizionati da varie criticità. Anzitutto, la quota non pesata del 60% è troppo elevata e non permette di modulare adeguatamente l'assegnazione delle risorse in relazione a nuovi bisogni di salute, in particolare quelli che riguardano bambini, adolescenti e giovani adulti. In secondo luogo, il "peso" attribuito a mortalità precoce (0,75%) e, soprattutto, alle determinanti socio-economiche (0,75%) risulta del tutto marginale rispetto alla consistenza delle evidenze scientifiche che documentano l'impatto di tali variabili sullo stato di salute della popolazione e, di conseguenza, sui bisogni sanitari. Ancora, la necessità di fornire un'assistenza territoriale sempre più capillare richiede di considerare un criterio aggiuntivo per le aree a bassa densità abitativa e/o con orografia e viabilità non ottimali. Infine, la ripartizione della quota premiale continua ad avvenire in assenza di criteri oggettivi e trasparenti, rinunciando al concetto di "premialità" che si è involuta in strumento di compensazione basato su logiche di natura prevalentemente politica.

CAPITOLO 4

La spesa sanitaria

La spesa sanitaria si articola in due macro-categorie: spesa pubblica e spesa privata, quest'ultima comprendente sia la quota intermediata da fondi sanitari e polizze assicurative, sia la spesa out-of-pocket, direttamente sostenuta dalle famiglie. Queste tre componenti riflettono l'impianto delineato dalle leggi di riforma sanitaria, in particolare dal DL 502/92, che hanno di fatto individuato tre pilastri su cui basa il Servizio Sanitario Nazionale (SSN) per garantire il diritto alla tutela della salute:

- Sanità pubblica, finanziata dalla fiscalità generale
- Sanità collettiva integrativa, sostenuta dai fondi sanitari
- Sanità individuale, rimborsata da polizze assicurative stipulate dal singolo

Il modello si fondava su alcune assunzioni di base: il finanziamento pubblico garantisce i LEA; la sanità collettiva copre prevalentemente prestazioni extra-LEA; ciascun cittadino può stipulare polizze assicurative individuali e acquistare direttamente beni e servizi sanitari, usufruendo di specifiche detrazioni fiscali. Tuttavia, la combinazione di fattori che si sono progressivamente stratificati negli ultimi 15 anni ha incrinato questo equilibrio, come dimostra la composizione della spesa sanitaria secondo il sistema dei conti della sanità dell'ISTAT. Tale sistema, costruito secondo la metodologia del *System of Health Accounts* (SHA) (box 4.1), e in linea con le regole contabili del sistema europeo dei conti (SEC 2010), è utilizzato per l'invio dei dati all'*OECD Health Statistics*, consentendo il confronto internazionale con gli altri paesi OCSE.

La spesa sanitaria secondo i dati ISTAT del sistema dei conti della sanità (ISTAT-SHA)⁵⁹ per il 2024 è pari a € 185.116 milioni così ripartiti:

- € 137.456 milioni di spesa pubblica;
- € 47.660 milioni di spesa privata, di cui:
 - € 41.299 milioni di spesa out-of-pocket
 - € 6.361 milioni di spesa intermediata:
 - € 4.734 milioni: assicurazioni sanitarie volontarie
 - € 698 milioni: istituzioni senza scopo di lucro
 - € 929 milioni: imprese

⁵⁹ Istituto Nazionale di Statistica. IstatData. Conti nazionali. Sistema dei conti della sanità. Edizione giugno 2025. Disponibile a: https://esploradati.istat.it/databrowser/#/it/dw/categories/IT1.DATAREHOUSE,1.0/UP_ACC_HEALTH. Ultimo accesso: 30 settembre 2025.

Box 4.1. Il sistema ISTAT-SHA dei conti della sanità

Dal luglio 2017 l'ISTAT fornisce stime sul sistema dei conti della sanità in conformità al regolamento UE 359/2015 – *System Health Accounts* (SHA) – utilizzando metodologie coerenti con il sistema europeo dei conti (SEC 2010) nazionali. Tale sistema misura i flussi finanziari legati al consumo di beni e servizi sanitari con l'obiettivo di fornire uno strumento analitico per monitorare e valutare le prestazioni sanitarie del nostro SSN. La disponibilità di dati affidabili, tempestivi e comparabili sia tra paesi che nel tempo, consente di analizzare le tendenze della spesa sanitaria e i fattori che la influenzano. La metodologia SHA fa riferimento al consumo di beni e servizi sanitari da parte della popolazione residente.

La spesa sanitaria corrente è rappresentata in base alla classificazione internazionale dei conti sanitari – *International Classification for Health Accounts* (ICHA) – secondo varie dimensioni:

- regime di finanziamento (ICHA-HF)
- funzione di assistenza (ICHA-HC)
- erogatore di beni e servizi sanitari (ICHA-HP)

La spesa sanitaria pubblica è costituita dalla spesa sostenuta dalle amministrazioni pubbliche per soddisfare i bisogni individuali e collettivi della popolazione residente. Tale spesa è classificata in due categorie:

- HF.1.1. pubblica amministrazione
- HF.1.2. assicurazioni sanitarie a contribuzione obbligatoria

La voce “pubblica amministrazione” include gli enti sanitari locali: Aziende Sanitarie Locali, Aziende Ospedaliere, Istituti di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico pubblici, Aziende Ospedaliere Universitarie. Inoltre, vi confluiscano altri enti pubblici: Ministeri, Università, Croce Rossa Italiana, Agenzia Italiana del Farmaco, Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali, etc. La spesa finanziata dall'INAIL è contabilizzata invece nella componente delle assicurazioni sanitarie a contribuzione obbligatoria (HF.1.2).

La spesa sanitaria privata comprende:

- regimi di finanziamento volontari (HF.2) che includono:
 - assicurazioni sanitarie volontarie (HF.2.1): regimi basati sull'acquisto di una polizza assicurativa sanitaria, non resa obbligatoria per legge e i cui premi assicurativi possono essere direttamente o indirettamente sovvenzionati dall'operatore pubblico;
 - spesa finanziata da istituzioni senza scopo di lucro (HF.2.2): accordi e programmi di finanziamento non obbligatori con diritto a prestazioni a carattere non contributivo basati su donazioni/trasferimenti provenienti dalla cittadinanza, dalle amministrazioni pubbliche o da imprese;
 - spesa finanziata da imprese (HF.2.3) per la promozione della salute nei luoghi di lavoro: si tratta principalmente di accordi mediante i quali le imprese forniscono direttamente, oppure finanziano, i servizi sanitari per i propri dipendenti senza il coinvolgimento di un regime previdenziale.
- la spesa diretta delle famiglie, ovvero la spesa sanitaria out-of-pocket (HF.3): pagamento diretto per l'acquisto di beni e servizi sanitari, per il quale si attinge dai redditi da lavoro e capitale e/o dai risparmi.

La stima della spesa sanitaria secondo la classificazione per erogatore di beni e servizi sanitari (ICHA-HP) prende in considerazione: strutture pubbliche, private accreditate e private non accreditate.

In termini percentuali, nel 2024 la spesa sanitaria risulta composta per il 74,3% da spesa pubblica, per il 22,3% da spesa out-of-pocket e per il 3,4% da spesa intermediata (figura 4.1).

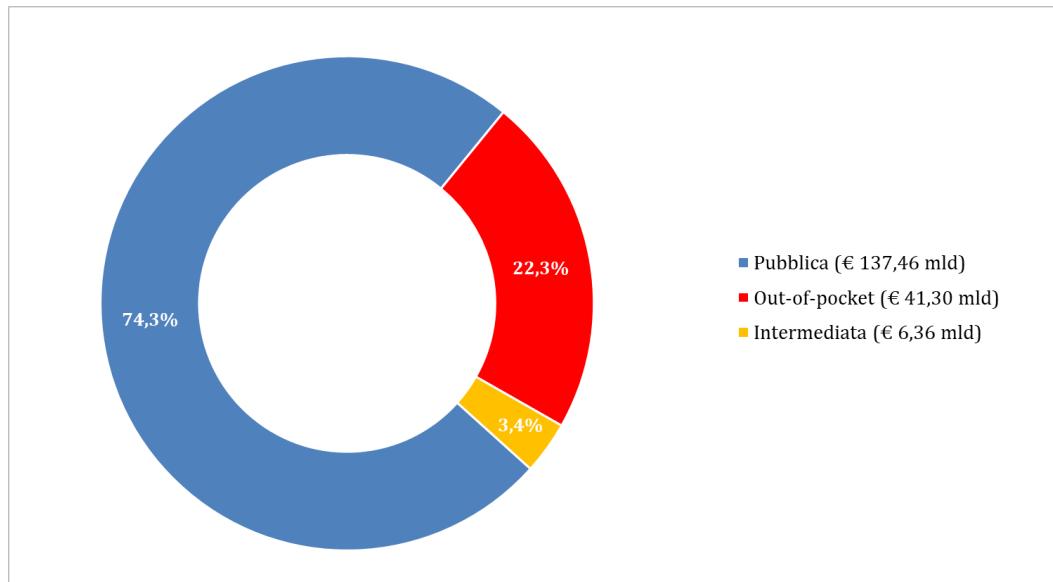


Figura 4.1. Composizione della spesa sanitaria
(dati ISTAT-SHA, anno 2024)

Prendendo in considerazione la sola spesa privata, l'86,7% è out-of-pocket e il 13,3% è intermediata da fondi sanitari e assicurazioni (figura 4.2).

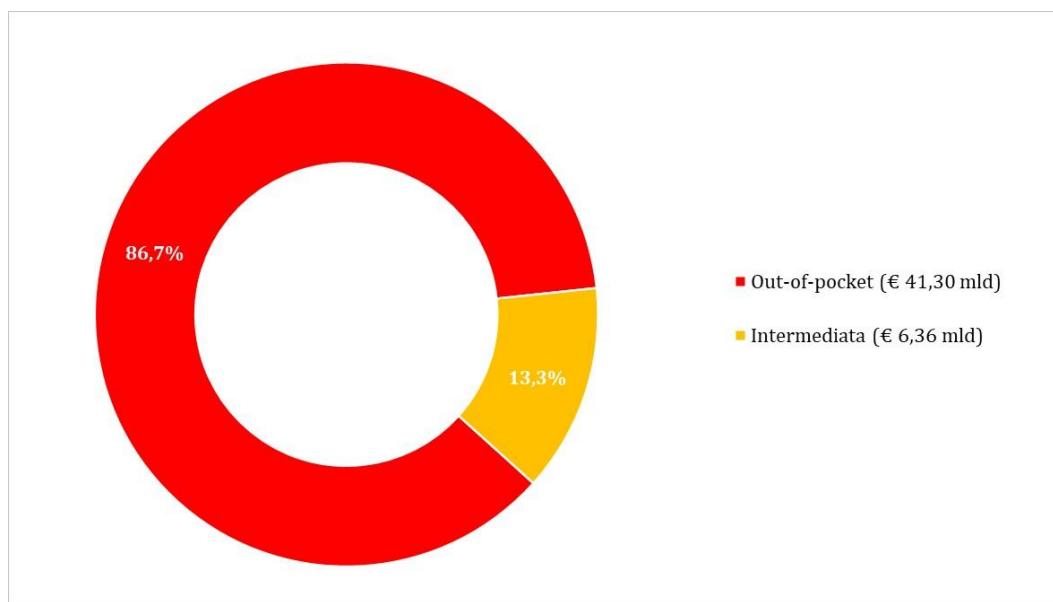


Figura 4.2. Composizione della spesa sanitaria privata
(dati ISTAT-SHA, anno 2024)

Rispetto al 2023, la spesa sanitaria totale è aumentata del 3,3%, trainata dalla crescita della spesa intermediata (+8,8%) e della spesa pubblica (+5%), a fronte di una lieve flessione di quella out-of-pocket (-2,5%) (tabella 4.1).

	2023	2024	Delta	Delta (%)
Totale spesa sanitaria	179.156	185.116	5.960	+3,3%
Spesa pubblica	130.921	137.456	6.535	+5,0%
Spesa privata	48.235	47.660	-575	-1,2%
Out-of-pocket	42.364	41.299	-1.065	-2,5%
Intermediata	5.871	6.361	490	+8,3%

Tabella 4.1. Spesa sanitaria 2024 vs 2023 in milioni di euro
(dati ISTAT-SHA)

Per la spesa pubblica (HF 1.1) il sistema SHA non presenta particolari criticità ed è infatti utilizzato dalla Ragioneria Generale dello Stato per certificare la spesa sanitaria. Al contrario, le stime sulla spesa privata risultano condizionate da numerosi limiti. In particolare, la componente intermediata sconta una classificazione eterogenea tra le diverse fonti di spesa, la carenza di dati disponibili e una normativa nazionale frammentata e incompleta. Nel dettaglio, con riferimento alla spesa relativa alle “assicurazioni sanitarie volontarie” (HF.2.1):

- Oltre alla spesa sostenuta dall’INAIL, include sia le polizze assicurative individuali che quelle collettive, oggi in larga misura destinate alla “ri-assicurazione” dei fondi sanitari integrativi.
- Formalmente non include i fondi sanitari integrativi tra i regimi di finanziamento volontari: sebbene sia stato annunciato che “*le relative stime saranno introdotte nei conti in future edizioni*”⁶⁰, in occasione di un’audizione parlamentare il Presidente dell’ISTAT ha riferito che “*l’Istituto, non accedendo all’anagrafe dei fondi sanitari integrativi, non dispone di informazioni specifiche a riguardo*”⁶¹. Tuttavia, i fondi sanitari che operano in convenzione con compagnie assicurative rientrano di fatto nella voce “assicurazioni sanitarie volontarie” (HF 2.1.). La stima della spesa sanitaria intermediata risulta dunque sottostimata per la mancata contabilizzazione dei fondi sanitari non riassicurati e sovrastimata per la quota sostenuta dall’INAIL.
- La dicitura “polizza assicurativa sanitaria non resa obbligatoria per legge” si riferisce all’assenza di un obbligo individuale di sottoscrivere una polizza. Diverso è il caso dei fondi sanitari previsti dai contratti collettivi nazionali: essi spettano al lavoratore in virtù di un obbligo contrattuale, ma non sono previsti da una legge primaria.

Per quanto riguarda la spesa delle famiglie (HF.3), è utile precisare che il sistema SHA non include numerosi prodotti acquistati in farmacia e parafarmacia: presidi medico-chirurgici, prodotti omeopatici, erboristeria, integratori, supplementi nutrizionali e parafarmaci. Tale esclusione contribuisce a spiegare, almeno in parte, i valori inferiori della spesa out-of-pocket rilevati dal sistema SHA rispetto a quelli riportati da altre fonti (§ 4.2.1).

Va inoltre sottolineato che le serie storiche dei dati ISTAT-SHA vengono aggiornate ad ogni nuova edizione. In particolare, per l’ultimo anno di riferimento di ciascuna edizione (ad es. l’anno 2024 nell’edizione di giugno 2025), le basi informative dei Conti Nazionali – e quindi di ISTAT-SHA – hanno carattere provvisorio, con conseguenti ricalcoli nell’edizione successiva. In alcuni casi, inoltre, gli aggiornamenti possono riflettere modifiche delle basi informative di riferimento o dei criteri di stima. Pertanto, nel presente Rapporto tutte le serie storiche ISTAT-

⁶⁰ Istituto Nazionale di Statistica. Il sistema dei conti della sanità per l’Italia: anni 2012-2016. Disponibile a: www.istat.it/it/files//2017/07/CS-Sistema-dei-conti-della-sanita%20-anni-2012-2016.pdf. Ultimo accesso: 30 settembre 2025.

⁶¹ Camera dei Deputati, XII Commissione Affari Sociali. Indagine conoscitiva in materia di fondi sanitari integrativi del servizio sanitario nazionale. Audizione del Presidente dell’ISTAT, prof. Carlo Blangiardo. Roma, 9 aprile 2019. Disponibile a: www.istat.it/it/archivio/229376. Ultimo accesso: 30 settembre 2025.

SHA sono state aggiornate ai dati dell'ultima edizione disponibile. La tabella 4.2 riporta le differenze tra i valori dell'edizione giugno 2025 e maggio 2024 per gli anni 2022 e 2023.

Spesa	Edizione	2022	2023
Pubblica	Giugno 2025	€ 130.345	€ 130.921
	Maggio 2024	€ 130.806	€ 130.291
	Ricalcolo (%)	-0,35%	+0,48%
Intermediata	Giugno 2025	€ 5.250	€ 5.871
	Maggio 2024	€ 4.959	€ 5.221
	Ricalcolo (%)	+5,87%	+12,45%
Out-of-pocket	Giugno 2025	€ 41.239	€ 42.364
	Maggio 2024	€ 39.954	€ 40.641
	Ricalcolo (%)	+3,22%	+4,24%

Tabella 4.2. Raffronto valori edizioni giugno 2025 vs maggio 2024 spesa sanitaria ISTAT-SHA 2022 e 2023
(elaborazione GIMBE su dati ISTAT-SHA, dati in milioni)

Per l'anno 2023 i ricalcoli di maggiore entità percentuale riguardano la spesa intermediata (+€ 650 milioni, +12,45%) e out-of-pocket (+€ 1.723, +4,24%).

4.1. Spesa sanitaria pubblica

Per l'analisi della spesa sanitaria pubblica sono stati utilizzati i seguenti dataset:

- ISTAT Sistema dei conti della sanità (ISTAT-SHA)⁶², che permette di confrontare la spesa sanitaria pubblica con quella out-of-pocket e intermediata;
- ISTAT Conti economici consolidati della Protezione sociale (ISTAT-CN)⁶³, che analizza la spesa secondo i fattori produttivi e viene utilizzato dalla Ragioneria Generale dello Stato nel Rapporto “Il monitoraggio della spesa sanitaria”.

I dati ISTAT-SHA per il 2024 certificano una spesa sanitaria pubblica di € 137.456 milioni, così ripartita per funzioni di assistenza (figura 4.3):

- € 79.617 milioni per l'assistenza sanitaria per cura (HC.1) e riabilitazione (HC.2), non scorporata
- € 14.054 milioni per l'assistenza sanitaria a lungo termine – *long term care* (LTC) (HC.3)
- € 12.724 milioni per servizi ausiliari, non specificati per funzione (HC.4)
- € 21.862 milioni per prodotti farmaceutici e altri apparecchi terapeutici, non specificati per funzione (HC.5)
- € 7.694 milioni per i servizi di prevenzione delle malattie (HC.6)
- € 1.505 milioni per governance, amministrazione e finanziamento del SSN (HC.7)

⁶² Istituto Nazionale di Statistica. IstatData. Conti nazionali. Sistema dei conti della sanità. Edizione giugno 2025. Disponibile a: https://esploradati.istat.it/databrowser/#/it/dw/categories/IT1.DATAREHOUSE.1.0/UP_ACC_HEALTH. Ultimo accesso: 30 settembre 2025.

⁶³ Istituto Nazionale di Statistica. IstatData. Conti nazionali. Conti della Protezione sociale. Conti economici consolidati. Edizione aprile 2025. Disponibile a: https://esploradati.istat.it/databrowser/#/it/dw/categories/IT1.DATAREHOUSE.1.0/UP_ACC_PROTEC/IT1.97_366_DF_DC_CN_PROTSOC.1.1.0. Ultimo accesso: 30 settembre 2025.

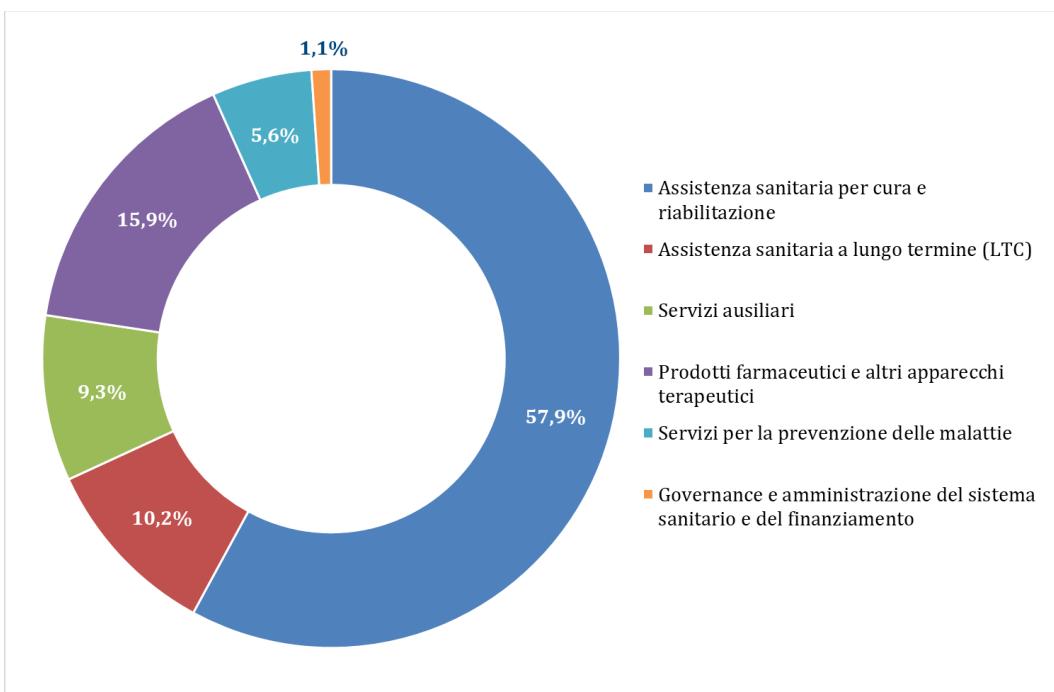


Figura 4.3 Spesa sanitaria pubblica per funzioni di assistenza sanitaria
 (dati ISTAT-SHA, anno 2024)

Rispetto al 2023, nel 2024 tutte le funzioni registrano un incremento percentuale sostanzialmente omogeneo (tabella 4.3).

Tipo di funzioni di assistenza sanitaria	2023	2024	Delta	Delta (%)
Assistenza sanitaria per cura e riabilitazione	75.921	79.617	+3.696	+4,9%
Assistenza sanitaria a lungo termine	13.395	14.054	+659	+4,9%
Servizi ausiliari	12.135	12.724	+589	+4,9%
Prodotti farmaceutici e altri apparecchi terapeutici	20.701	21.862	+1.161	+5,6%
Servizi per la prevenzione delle malattie	7.337	7.694	+357	+4,9%
Governance e amministrazione del sistema sanitario e del finanziamento	1.432	1.505	+73	+5,1%
TOTALE	130.921	137.456	6.535	5,0%

Tabella 4.3. Spesa sanitaria pubblica per funzioni di assistenza sanitaria 2024 vs 2023 in milioni di euro
 (dati ISTAT-SHA)

La spesa sanitaria secondo i dati ISTAT-CN è riclassificabile in 4 aggregati per fattori produttivi, di cui il terzo ulteriormente suddiviso in 3 categorie:

- A. Redditi da lavoro dipendente.
- B. Consumi intermedi: prodotti farmaceutici, emoderivati, dispositivi medici, manutenzione ordinaria, servizi di ricerca e sviluppo e formazione del personale.
- C. Prestazioni sociali in natura: beni e servizi da produttori market.
 - C1. Farmaceutica convenzionata.
 - C2. Assistenza medico-generica da convenzione.
 - C3. Altre prestazioni sociali in natura da privato: ospedaliere, specialistiche, riabilitative, integrative protesiche, psichiatriche e altre prestazioni da operatori privati accreditati con il SSN.

D. Altre componenti di spesa: voci residuali della spesa sanitaria corrente non incluse negli aggregati precedenti: imposte dirette, ammortamenti, interessi passivi, risultati netti di gestione, contribuzioni diverse, altre uscite e, con segno opposto, produzione per uso proprio, produzione di servizi vendibili e vendite residuali.

Nel 2023 la spesa sanitaria corrente ammonta a € 138.335 milioni, ripartita come indicato nella tabella 4.4 e nella figura 4.4.

Aggregato di spesa	Milioni
Redditi da lavoro dipendente	€ 43.330
Consumi intermedi	€ 46.361
Prestazioni sociali in natura corrispondenti a beni e servizi da produttori market	€ 43.749
Farmaceutica convenzionata	€ 7.763
Assistenza medico-generica da convenzione	€ 7.277
Altre prestazioni sociali in natura da privato	€ 28.709
Altre componenti di spesa	€ 4.895
Totale	€ 138.335

Tabella 4.4. Spesa sanitaria corrente
(dati ISTAT-CN, anno 2024)

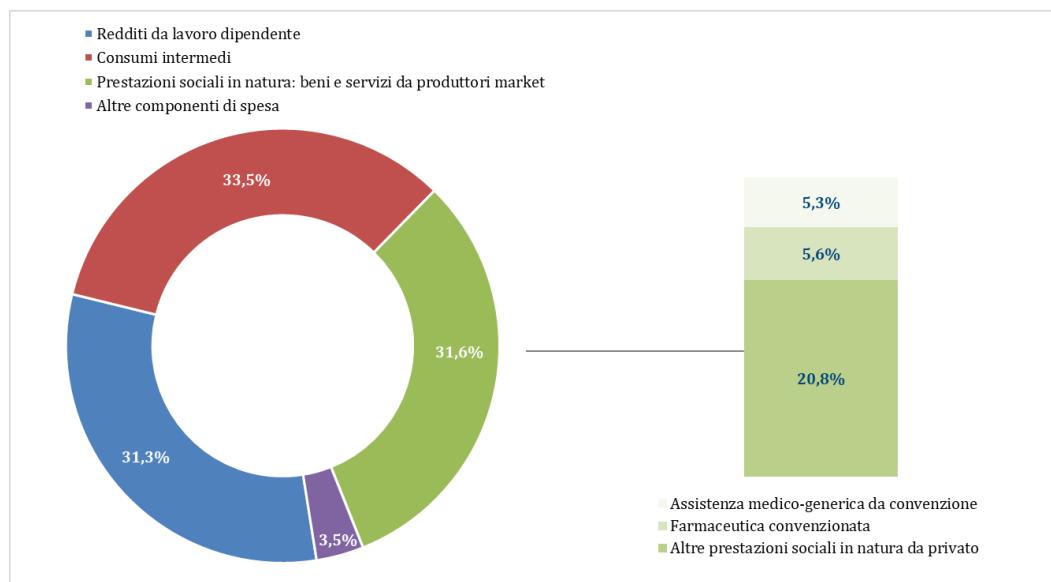


Figura 4.4. Spesa sanitaria pubblica per aggregati
(dati ISTAT-CN, anno 2024)

Trend 2012-2024. Secondo i dati ISTAT-SHA, la spesa sanitaria pubblica nel periodo 2012-2019 – in linea con la “stagione dei tagli” al FSN (§ 2.1) – è rimasta sostanzialmente stabile, con un lieve incremento tra il 2018 e il 2019. Dal 2020 al 2022, grazie alle risorse stanziate per fronteggiare la pandemia da COVID-19, si è registrata una crescita significativa dai € 113.840 milioni del 2019 ai € 130.345 milioni del 2022. Nel 2023 la spesa si è mantenuta pressoché stabile, per poi segnare un netto incremento del 2024, raggiungendo i € 137.456 (figura 4.5).

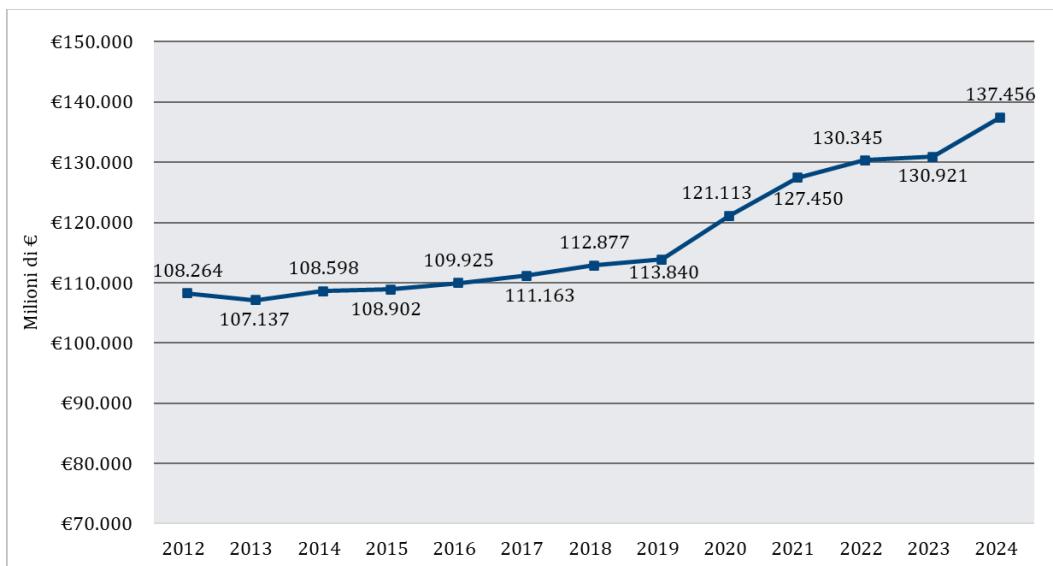


Figura 4.5. Trend spesa sanitaria pubblica 2012-2024
(dati ISTAT-SHA)

Analizzando il trend delle diverse componenti di spesa sanitaria pubblica nel periodo 2012-2024 (figura 4.6), gli aumenti più rilevanti in termini percentuali riguardano la spesa per prodotti farmaceutici e altri apparecchi terapeutici (+44,2%) e per servizi ausiliari (+42,1%). Seguono i servizi per la prevenzione delle malattie (+34,1%), la spesa per governance e amministrazione (+28,4%), quella per LTC (+25,1%) e, infine, per l'assistenza sanitaria per cura e riabilitazione (+20,6%).

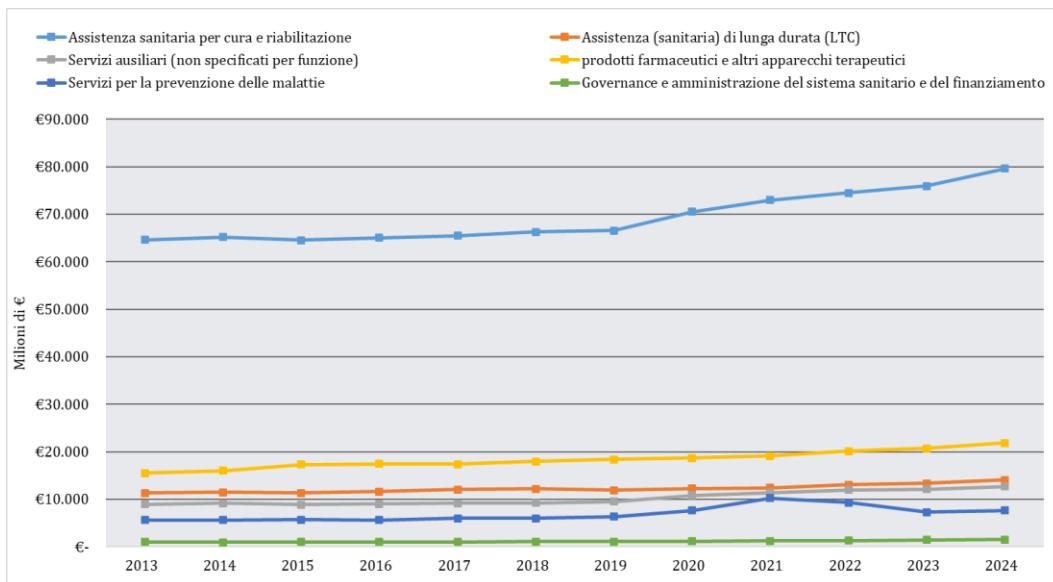


Figura 4.6. Trend spesa sanitaria privata per tipo di funzioni di assistenza sanitaria
(dati ISTAT-SHA)

Secondo i dati ISTAT-CN, il trend della spesa sanitaria in valore assoluto nel periodo 2012-2024 mostra, per i redditi da lavoro dipendente, variazioni contenute tra il 2012 e il 2020; gli incrementi più marcati si sono registrati nel 2021 (+€ 2.137 milioni) e nel 2024 (+€ 2.282 milioni). Le altre prestazioni sociali in natura da privato evidenziano dal 2017 un andamento in lieve ma costante crescita. I consumi intermedi, dopo un incremento sostanzialmente lineare tra 2013 e 2018, hanno accelerato dal 2021, registrando un'impennata nel 2024 (+€ 3.247) (figura 4.7).

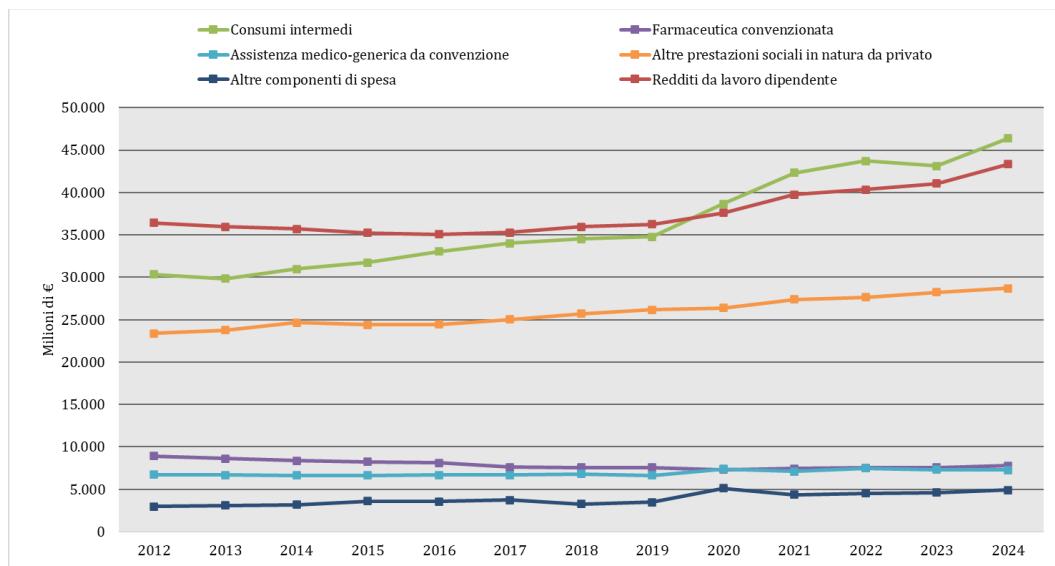


Figura 4.7. Trend aggregati di spesa sanitaria 2012-2024 in valore assoluto
(dati ISTAT-CN)

Tuttavia, nonostante gli aumenti in valore assoluto, l'analisi dell'incidenza percentuale sul totale della spesa sanitaria dimostra che, a partire dal 2020, i redditi da lavoro dipendente e le altre prestazioni sociali in natura da privato hanno registrato una lieve flessione, seguita da una fase di sostanziale stabilizzazione. Al contrario, la quota di spesa destinata ai consumi intermedi ha segnato un netto incremento nel biennio 2020-2021, per poi mantenersi su livelli elevati con lievi oscillazioni (figura 4.8).

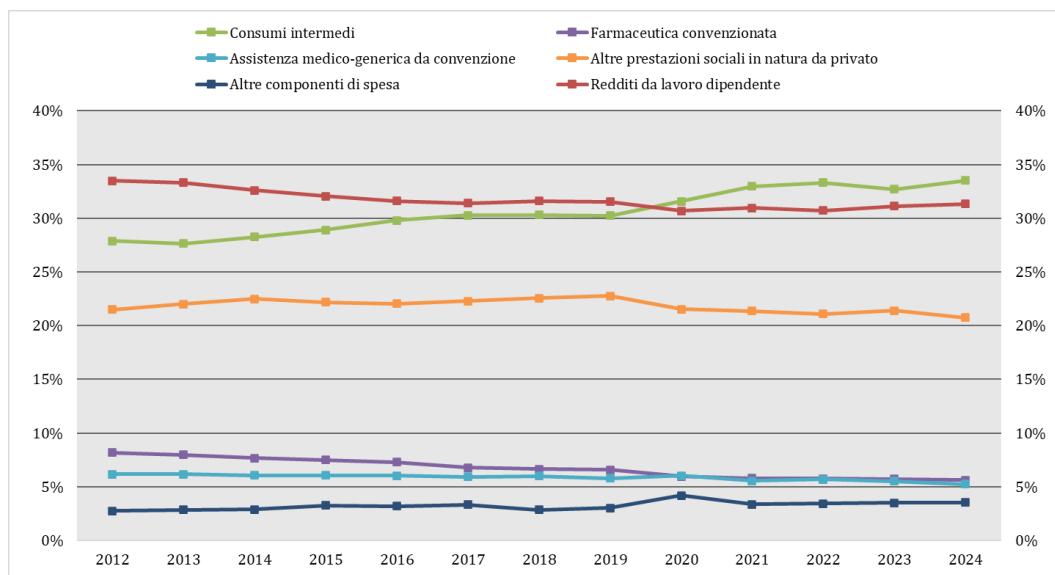


Figura 4.8. Trend aggregati di spesa sanitaria 2012-2024 in percentuale sul totale
(dati ISTAT-CN)

Queste dinamiche si riflettono sulla composizione percentuale della spesa totale da cui emergono alcune considerazioni per il periodo 2012-2024 (figura 4.9). Innanzitutto, l'evidente disinvestimento sul personale sanitario (cfr. § 7.5): la quota di spesa destinata al lavoro dipendente è scesa dal 33,5% del 2012 al 31,3% nel 2024 e quella per l'assistenza convenzionata è diminuita dal 6,2% al 5,3%. In secondo luogo, la spesa per le prestazioni acquisite dal privato si è mantenuta dal 2012 intorno al 21%, per poi ridursi dal 21,4% del

2022 al 20,8% del 2024. I consumi intermedi hanno invece registrato una crescita marcata dal 2012 al 2024, passando dal 27,9% al 33,5%, mentre la spesa farmaceutica convenzionata nello stesso periodo è scesa dall'8,2% al 5,6%. Infine, le altre componenti di spesa si sono mantenute sostanzialmente stabili intorno al 3%.

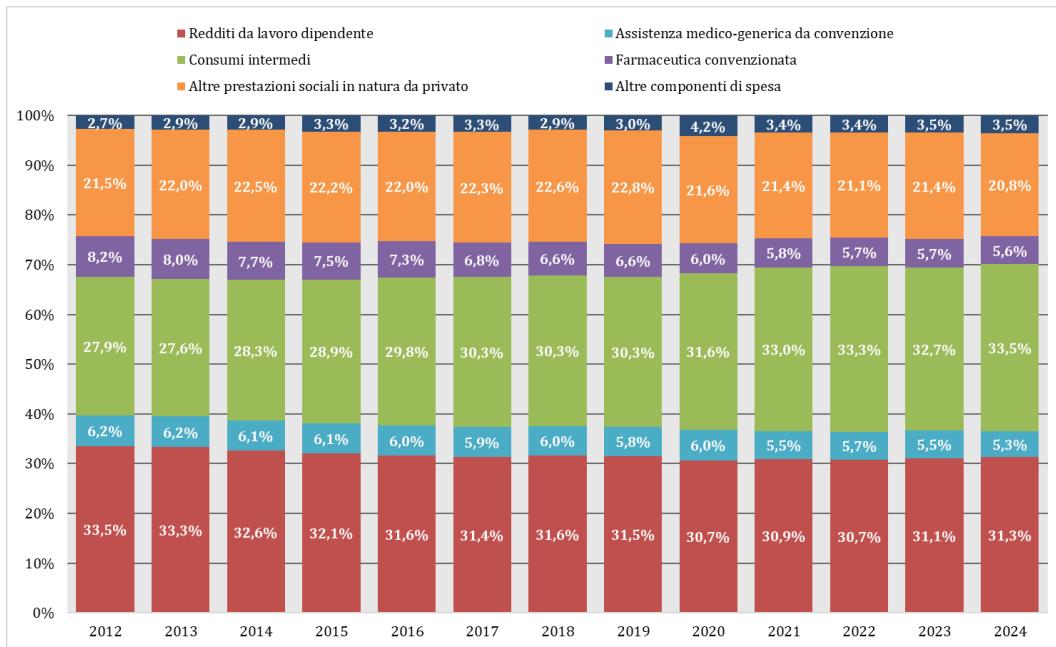


Figura 4.9. Composizione percentuale della spesa sanitaria 2012-2024
(dati ISTAT-CN)

4.2. Spesa sanitaria privata

Secondo la classificazione ISTAT-SHA la spesa sanitaria privata include sia quella sostenuta direttamente dalle famiglie (out-of-pocket), sia quella intermediata da fondi sanitari, assicurazioni e altri "terzi paganti" (tabella 4.5).

Metodi, aggregati e fonti	Categorie incluse	Valore
Spesa sanitaria privata della popolazione residente (spesa diretta delle famiglie + regimi di finanziamento volontari) stimata secondo il Sistema dei Conti per la Sanità (SHA 2011) ⁶⁴ secondo la classificazione: ICCHA. Fonti: ISTAT, Ministero della Salute, Banca d'Italia, Agenzia delle Entrate, Agenzia Italiana del Farmaco (AIFA).	Assicurazioni sanitarie volontarie (HF.2.1)	€ 4.734
	Istituzioni senza scopo di lucro (HF.2.2)	€ 698
	Imprese (HF.2.3)	€ 929
	Spesa delle famiglie (HF.3)	€ 41.299
	Totale	€ 47.660

Tabella 4.5. Spesa sanitaria privata ISTAT-SHA anno 2024 (dati in milioni)

⁶⁴ Istituto Nazionale di Statistica. IstatData. Conti nazionali. Sistema dei conti della sanità. Edizione maggio 2024. Disponibile a: https://esploradati.istat.it/databrowser/#/it/dw/categories/IT1,DATAWAREHOUSE,1.0/UP_ACC_HEALTH. Ultimo accesso: 30 settembre 2025.

4.2.1. Spesa sanitaria out-of-pocket

La spesa out-of-pocket in Italia può essere analizzata attraverso quattro dataset istituzionali, che si differenziano per metodi di raccolta, fonti e livello di dettaglio analitico. Questo comporta, da un lato, differenze significative nei valori assoluti, dall'altro una mancata corrispondenza dei singoli capitoli di spesa. In dettaglio:

- **ISTAT-SHA.** Rileva la spesa sanitaria privata della popolazione residente (spesa diretta delle famiglie + regimi di finanziamento volontari) secondo il Sistema dei Conti per la Sanità - *System of Health Accounts (SHA)* 2011, classificazione *International Classification for Health Accounts (ICHA)*. I dati provengono da diverse fonti: ISTAT, Ministero della Salute, Banca d'Italia, Agenzia delle Entrate, Agenzia Italiana del Farmaco (AIFA).
- **ISTAT COICOP.** Rileva la spesa per consumi finali delle famiglie residenti e non residenti sul territorio economico, stimata secondo il Sistema dei Conti Nazionali (SEC 2010) e classificata secondo COICOP 2018 (*Classification of Individual Consumption by Purpose*). I dati sono disponibili a livello nazionale per le voci di spesa COICOP 2018 con dettaglio limitato a 3 cifre, che consente solo l'analisi delle macro-categorie: servizi ospedalieri, servizi ambulatoriali, prodotti medici, apparecchi e materiale terapeutico e altri servizi sanitari. Non è tuttavia possibile nettar tale spesa dai rimborsi previsti in caso di coperture indirette, né considerare la spesa per polizze assicurative individuali. Le fonti utilizzate sono: ISTAT, Ministero della Salute, Banca d'Italia, Agenzia delle Entrate, AIFA.
- **ISTAT indagine campionaria.** La spesa per consumi delle famiglie residenti sul territorio economico secondo l'indagine campionaria ISTAT fornisce dati fino alla classificazione COICOP 2018 a 5 cifre, rappresentando la fonte con il massimo livello di dettaglio analitico. Tuttavia, la modalità di rilevazione comporta alcune criticità che portano a sottostimare specifiche voci di spesa, come i ricoveri ospedalieri e le prestazioni di diagnostica ambulatoriale. Inoltre, ai sensi dell'art. 9 del Regolamento UE 2016/679, le informazioni sulla salute raccolte sono considerate dati sensibili: l'esercizio del diritto alla privacy su alcuni o tutti i quesiti somministrati contribuisce non solo a sottostimare la spesa out-of-pocket rispetto ad altre fonti, ma anche a modificarne la distribuzione tra le categorie di spesa. Un ulteriore limite riguarda la disponibilità dei dati: l'ISTAT non fornisce il valore totale della spesa per consumi, ma solo il valore mensile per famiglia, che deve quindi essere moltiplicato per il numero delle famiglie per ottenere il totale.
- **Sistema Tessera Sanitaria (TS).** Raccoglie i dati delle spese sanitarie sostenute dalle persone fisiche, trasmessi a fini fiscali per la predisposizione della dichiarazione dei redditi.

Rispetto all'utilizzo delle fonti sopra riportate è utile precisare che:

- i benchmark internazionali (OCSE, Eurostat, OMS) si basano sui dati rilevati tramite il sistema SHA e trasmessi dall'ISTAT;
- la scomposizione della spesa a livello di Regioni e Province autonome è disponibile solo per l'indagine campionaria sulle famiglie dell'ISTAT e per il Sistema TS;
- esistono differenze tra i due sistemi di classificazione ISTAT (SHA e COICOP) (box 4.2).

Box 4.2. Spesa out-of-pocket: il sistema SHA e il sistema COICOP

La classificazione SHA (*System of Health Accounts*) e quella COICOP (*Classification of Individual Consumption by Purpose*) differiscono sia per finalità e sia per struttura.

Dal punto di vista dello scopo, la classificazione SHA fornisce un quadro analitico dettagliato delle spese sanitarie all'interno di un sistema economico, con un focus su funzioni sanitarie, schemi di finanziamento e tipologia di fornitori. COICOP, invece, è utilizzata principalmente per classificare la spesa per il consumo individuale di beni e servizi, includendo tra le sue categorie anche beni medici e servizi sanitari.

Quanto alla struttura, la classificazione SHA distingue le spese sanitarie in funzioni specifiche (cura preventiva, riabilitativa e diagnostica) e in schemi di finanziamento (spesa pubblica, assicurazioni obbligatorie e volontarie, spesa out-of-pocket). COICOP, invece, adotta una classificazione aggregata per beni e servizi sanitari legati alla spesa diretta dei consumatori.

Il sistema SHA è impiegato per l'analisi delle politiche sanitarie, i confronti internazionali e lo studio delle modalità di gestione dei sistemi sanitari. COICOP, che offre un livello di dettaglio maggiore sulle singole voci di spesa, è invece utilizzato principalmente per analizzare la spesa delle famiglie e la composizione dei consumi.

Infine va segnalato che:

- SHA e l'indagine campionaria sulla spesa delle famiglie si riferiscono esclusivamente alle famiglie residenti, mentre la spesa per consumi finali delle famiglie secondo il Sistema dei Conti Nazionali include sia le famiglie residenti sia quelle non residenti;
- la spesa per consumi finali delle famiglie secondo i Conti Nazionali è una stima elaborata integrando fonti diverse;
- tutte le informazioni sulla salute rilevate nell'indagine campionaria sulla spesa delle famiglie sono considerate dati sensibili ai sensi dell'art. 9 del Regolamento UE 2016/679: l'esercizio del diritto alla privacy da parte dei rispondenti, su alcuni o tutti i quesiti somministrati, può pertanto determinare una sottostima della spesa.

4.2.1.1. ISTAT-SHA

Secondo le stime dei conti ISTAT-SHA, la spesa delle famiglie per l'anno 2024 ammonta a € 41.299 milioni (figura 4.10), di cui:

- € 18.941 milioni per l'assistenza sanitaria per cura (HC.1) e riabilitazione (HC.2), non scorporata
- € 4.198 milioni per l'assistenza sanitaria a lungo termine (HC.3)
- € 2.677 milioni per servizi ausiliari (HC.4)
- € 15.416 milioni per prodotti farmaceutici e altri apparecchi terapeutici (HC.5)
- € 67 milioni per i servizi di prevenzione delle malattie (HC.6)

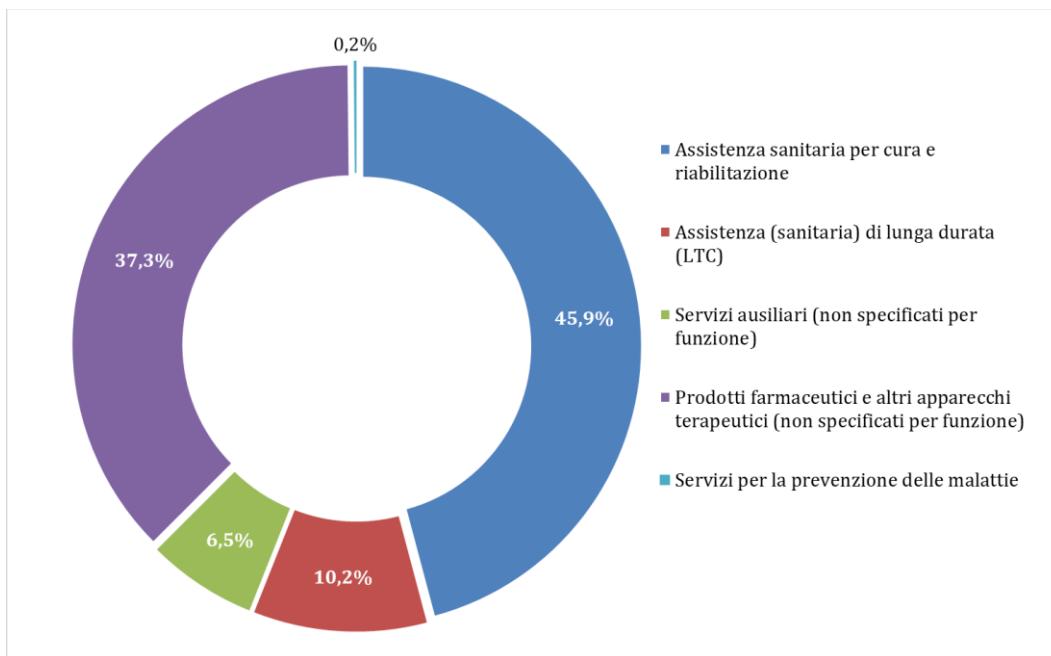


Figura 4.10. Spesa sanitaria delle famiglie per funzione di spesa
 (dati ISTAT-SHA, anno 2024)

Trend 2012-2024. Nel periodo 2012-2024 la spesa out-of-pocket ha registrato un incremento medio annuo del 2,4%, pari ad un aumento totale di € 8.890 in 10 anni. Dal 2012 al 2019 la spesa è progressivamente cresciuta, salvo una flessione nel 2019, seguita da un netto incremento nel periodo 2021-2023. Nel 2024, invece, la spesa sanitaria a carico dei cittadini ha subito una nuova contrazione (-2,5%), corrispondente a -€ 1.065 milioni rispetto al 2023 (figura 4.11). Tale flessione è in parte attribuibile al ricalcolo dei dati ISTAT-SHA (§ 4.1): per il 2023 la stima è infatti passata da € 40.641 milioni dell'edizione di maggio 2024 a € 42.364 milioni dell'edizione di giugno 2025. Complessivamente, il ricalcolo ISTAT della spesa out-of-pocket è stato pari a +€ 1.285 milioni per il 2022 e +€ 1.723 per il 2023.

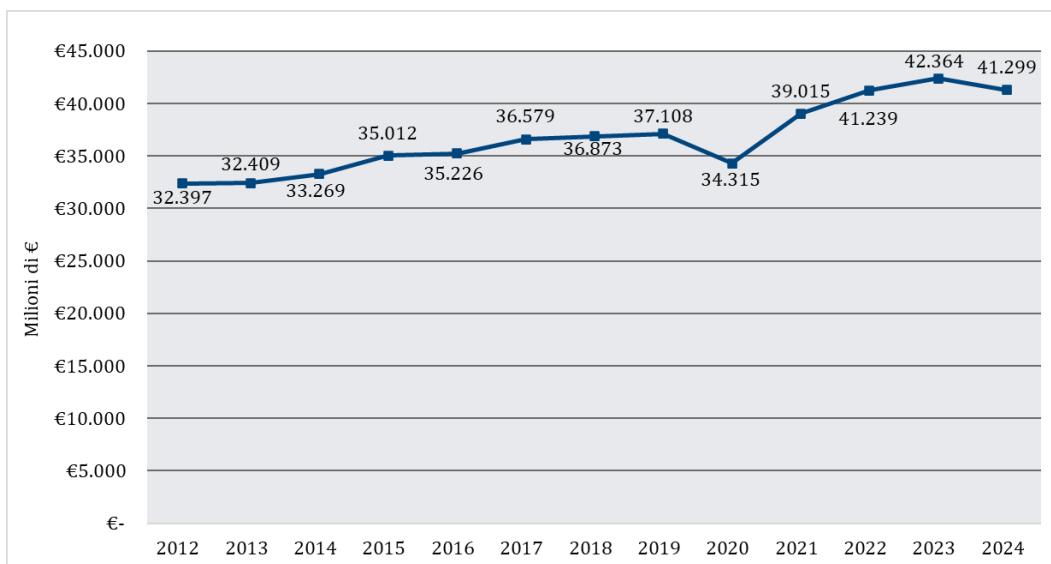


Figura 4.11. Trend spesa sanitaria out-of-pocket 2012-2024
 (dati ISTAT-SHA)

Analizzando il trend delle diverse componenti della spesa out-of-pocket nel periodo 2012-2024 (figura 4.12), gli incrementi più consistenti riguardano l'assistenza sanitaria per cura e riabilitazione (+€ 5.596 milioni) e i prodotti farmaceutici e altri apparecchi terapeutici (+€ 2.690 milioni), seppur con andamenti differenti. La spesa per la LTC, così come quella per i servizi ausiliari e per la prevenzione delle malattie, hanno invece registrato variazioni contenute. Nel 2024, rispetto al 2023, si osserva un calo in tutte le componenti di spesa, più marcato per l'assistenza sanitaria per cura e riabilitazione (-€ 430 milioni) e per la LTC (-€ 509 milioni).

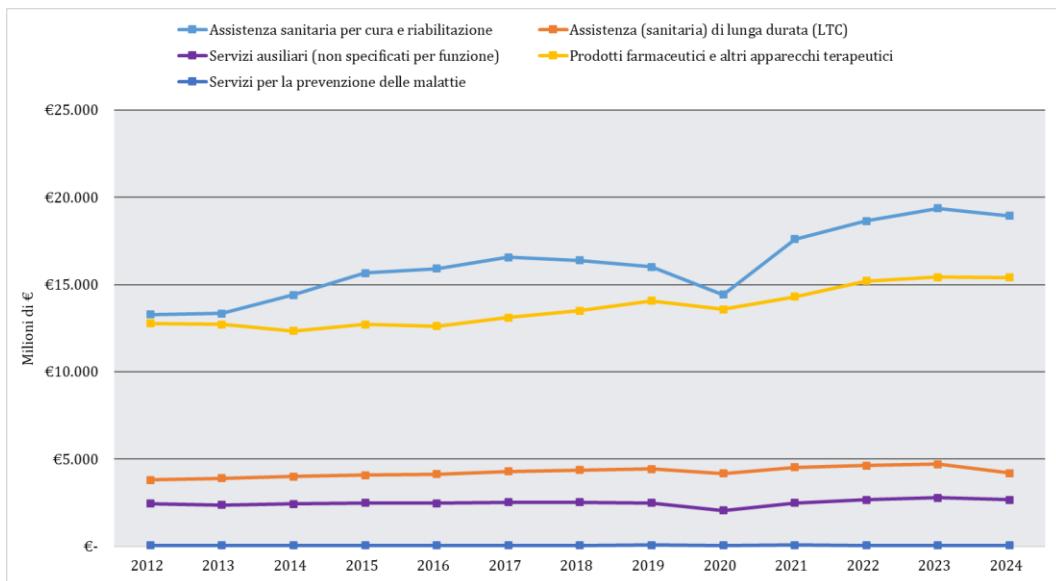


Figura 4.12. Trend spesa sanitaria privata per tipo di funzioni di assistenza sanitaria
(dati ISTAT-SHA)

4.2.1.2. Sistema Tessera Sanitaria

Secondo quanto previsto dal DL n. 175 del 2014, il Sistema Tessera Sanitaria (TS) può essere utilizzato per trasmettere all'Agenzia delle Entrate le spese sanitarie sostenute dai cittadini, ai fini della predisposizione della dichiarazione dei redditi precompilata. La rilevazione tiene conto del diritto del cittadino di opporsi alla trasmissione dei dati, diritto che può essere esercitato al momento dell'erogazione della prestazione, prima dell'invio del documento tramite il Sistema TS, oppure con comunicazione diretta all'Agenzia delle Entrate. Nel 2023 queste ultime due modalità di opposizione sono state utilizzate complessivamente per 5.052 documenti, di cui 3.818 tramite Sistema TS e 1.234 tramite comunicazione all'Agenzia delle Entrate.

I dati del Sistema TS sono pubblicati nel report “Il Monitoraggio della Spesa Sanitaria”⁶⁵ della Ragioneria Generale dello Stato (RGS), che riporta le spese sanitarie sostenute dai cittadini, comprensive del pagamento dei ticket, articolate per tipologia di soggetti erogatori, categoria di spesa, Regione e Provincia autonoma. Nel tempo, le categorie di soggetti erogatori obbligati a trasmettere i dati al Sistema TS i dati sono state progressivamente ampliate. Poiché i dati relativi al 2024 non sono ancora disponibili, la tabella 4.6 riporta le spese trasmesse al Sistema TS per soggetto erogatore per l'anno 2023 e la tabella 4.7 la composizione per tipologia di spesa.

⁶⁵ Ministero dell'Economia e delle Finanze. Dipartimento della Ragioneria Generale dello Stato. Il monitoraggio della spesa sanitaria. Rapporto n° 11. Roma, dicembre 2024. Disponibile a: www.rgs.mef.gov.it/_Documenti/VERSIONE-I/Attivit-i/Spesa-soci/Attivit-monitoraggio-RGS/2024/IMDSS-RS2024.pdf. Ultimo accesso: 30 settembre 2025.

Soggetti erogatori	Milioni di €
Strutture pubbliche	2.227,98
Strutture private accreditate	7.616,24
Strutture private autorizzate (non accreditate)	7.229,04
Strutture sanitarie militari	1,29
Farmacie pubbliche e private	12.155,56
Parafarmacie	708,05
Professionisti sanitari	10.617,52
Medici	2.597,11
Odontoiatri	5.876,40
Psicologi	1.198,09
Tecnici radiologi	1,45
Infermieri	14,89
Ostetrici	12,95
Iscritti agli elenchi speciali ad esaurimento ⁶⁶	47,42
Altri professionisti sanitari*	869,21
Ottici	2.540,00
Totale	43.095,68

*Tecnici (sanitario di laboratorio biomedico, audiometrista, audioprotesista, ortopedico, di neurofisiopatologia, di fisiopatologia cardiocircolatoria e perfusione cardiovascolare, della riabilitazione psichiatrica, della prevenzione ambiente e luoghi di lavoro), Dietista, Igienista dentale, Fisioterapista, Logopedista, Podologo, Ortottista e assistente di oftalmologia, Terapista della neuro e psicomotricità dell'età evolutiva, Terapista occupazionale, Educatore professionale, Assistente sanitario, Biologo

Tabella 4.6. Spesa sanitaria trasmessa al Sistema TS per soggetto erogatore
(modificata da: Sistema TS, anno 2023)

Tipologia di spesa	Miliardi di €	Percentuale
Visite specialistiche e interventi ^a	20,26	47,0%
Altre spese ^b	6,68	15,5%
Farmaci	6,08	14,1%
Dispositivi medici	4,48	10,4%
Ticket	3,06	7,1%
Prestazioni sanitarie	2,16	5,0%
Chirurgia estetica	0,22	0,5%
Servizi sanitari	0,08	0,2%
Cure termali	0,03	0,1%
Protesica integrativa	0,04	0,1%
TOTALE	€ 43,10	100%

^aPrestazione di assistenza specialistica ambulatoriale esclusa chirurgia estetica e medicina estetica. Visita medica generica e specialistica o prestazioni diagnostiche e strumentali. Prestazione chirurgica ad esclusione della chirurgia estetica e della medicina estetica. Ricoveri ospedalieri, ad esclusione della chirurgia estetica e della medicina estetica, al netto del comfort. Certificazione medica. (Cfr. Allegato A del DM 19/10/2020)

^bSpese per le quali non è prevista alcuna agevolazione fiscale ai fini della dichiarazione precompilata.

Tabella 4.7. Spesa sanitaria trasmessa al Sistema TS per la dichiarazione dei redditi precompilata per tipologia di spesa
(dati Sistema TS, anno 2023)

⁶⁶ Gazzetta Ufficiale della Repubblica Italiana. Decreto del Ministero della Salute del 9 agosto 2019. Disponibile a: www.gazzettaufficiale.it/eli/id/2019/09/10/19A05560/sg. Ultimo accesso: 30 settembre 2025.

La composizione per tipologia di spesa evidenzia che visite specialistiche e interventi, in linea con gli anni precedenti, rappresentano quasi la metà del totale (47%), mentre un ulteriore 25% è costituito da farmaci e dispositivi medici.

Parametrando la spesa sanitaria trasmessa al Sistema TS alla popolazione residente ISTAT al 1° gennaio 2023, il valore nazionale è di € 730 pro-capite, con un range che varia da € 1.023 della Lombardia a € 377 della Basilicata (Figura 4.13).

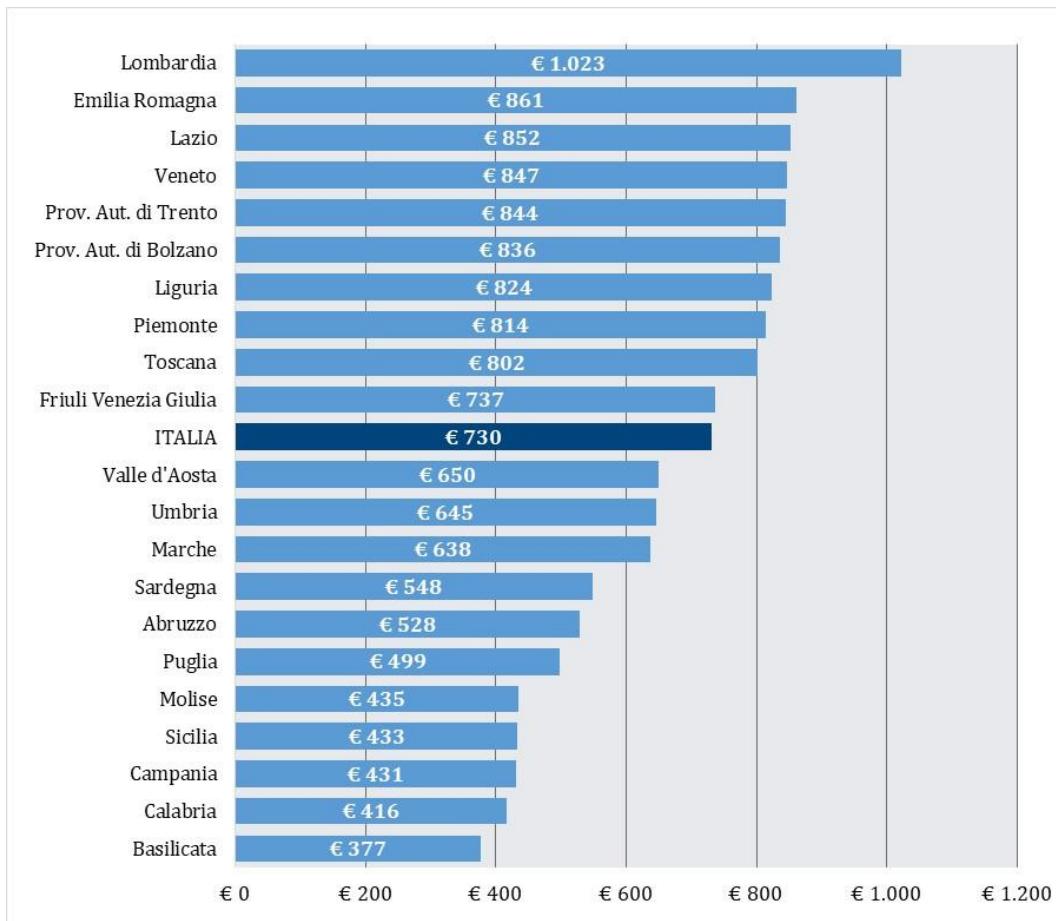


Figura 4.13. Spesa sanitaria pro-capite trasmessa al Sistema TS per la dichiarazione dei redditi
(dati Sistema TS e ISTAT, anno 2023)

Tale distribuzione regionale, al netto della mancata raccolta e trasmissione dei dati da parte dei soggetti erogatori (sostanzialmente riconducibile all'economia sommersa), conferma che l'entità della spesa out-of-pocket è influenzata non solo dalla capacità di spesa individuale, ma anche da fenomeni di consumismo sanitario e dall'accessibilità alle cure. Le Regioni con le migliori performance nell'erogazione dei LEA, infatti, si collocano tutte sopra la media nazionale, mentre quelle in Piano di Rientro, ad eccezione del Lazio, risultano tutte al di sotto. In altri termini, la variabilità della spesa out-of-pocket tra le Regioni è determinata da molteplici fattori: qualità e accessibilità dei servizi sanitari pubblici, capacità di spesa delle famiglie, consumismo sanitario e, in misura minore, eventuali rimborsi da parte di assicurazioni e fondi sanitari.

4.2.1.3. Fenomeni di contenimento della spesa out-of-pocket

La spesa out-of-pocket è “arginata” da fenomeni documentati da varie indagini ISTAT: limitazione delle spese per la salute, temporanea indisponibilità economica e, soprattutto, rinuncia alle cure.

Limitazione delle spese per la salute. Secondo gli ultimi dati ISTAT disponibili sul cambiamento delle abitudini di spesa⁶⁷, nel 2023 il 15,7% delle famiglie ha dichiarato di avere ridotto in quantità e/o qualità la spesa per visite mediche e accertamenti periodici preventivi. Tale riduzione si riflette direttamente sull’entità della spesa out-of-pocket: proiettando i dati dell’indagine campionaria ISTAT sull’intera popolazione, si stima che nel 2023 ben 4,14 milioni di famiglie abbiano limitato le spese per la salute.

Indisponibilità economiche temporanee per le spese per la salute. Secondo l’indagine ISTAT sulle condizioni di vita⁶⁸, nel 2024 il 4,4% delle famiglie ha dichiarato di non disporre di risorse economiche in alcuni periodi dell’anno per far fronte a spese per la salute. Anche questo fenomeno contribuisce a contenere la spesa out-of-pocket: proiettando i dati dell’indagine campionaria ISTAT sull’intera popolazione, si stima che nel 2024 circa 1,16 milioni di famiglie non siano riuscite, in alcuni periodi dell’anno, a sostenere le spese per la salute a causa di indisponibilità economica.

Rinunce a prestazioni sanitarie. Secondo gli indicatori sul Benessere Equo e Sostenibile (BES) dell’ISTAT⁶⁹, nel 2024 il 9,9% della popolazione ha dichiarato di aver rinunciato ad una o più prestazioni sanitarie, il secondo valore più alto mai registrato dal 2017, dopo l’11,1% del 2021. Si tratta di un dato in forte aumento rispetto al 7,6% del 2023 (4,5 milioni di persone) e al 7% del 2022 (4,1 milioni di persone) (figura 4.14) e corrisponde a oltre 5,84 milioni di persone (4,48 nel 2023). Secondo la definizione ISTAT, rientrano in questa categoria le persone che dichiarano di aver rinunciato nell’ultimo anno a visite specialistiche (escluse quelle odontoiatriche) o a esami diagnostici pur avendone necessità, a causa di almeno uno dei seguenti motivi: tempi di attesa troppo lunghi, problemi economici (impossibilità di pagare, costi eccessivi), difficoltà di accesso (struttura lontana, mancanza di trasporti, orari scomodi).

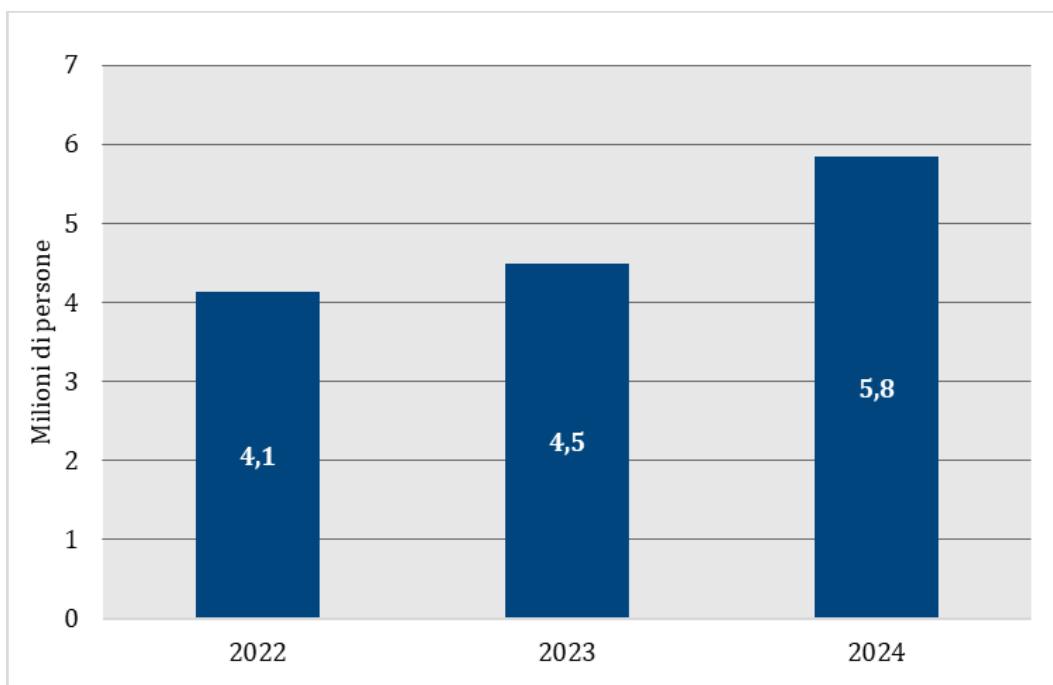
⁶⁷ Istituto Nazionale di Statistica. IstatData. Condizioni economiche delle famiglie e disuguaglianze. Cambiamenti nelle abitudini di spesa (dal 2018). Disponibile a:

https://esploradati.istat.it/databrowser/#/it/dw/categories/IT1.HOU.1.0/HOU_CONSEXP/DCCV_SPEMEFAM/DCCV_SPEMEFAM_COICOP_2018/IT1.31_740_DF_DCCV_SPEMEFAM_COICOP_2018.1.1.0. Ultimo accesso: 30 settembre 2025.

⁶⁸ Istituto Nazionale di Statistica. IstatData. Condizioni economiche delle famiglie e disuguaglianze. Disagio economico. Famiglie che hanno difficoltà nel pagamento di alcune spese. Disponibile a:

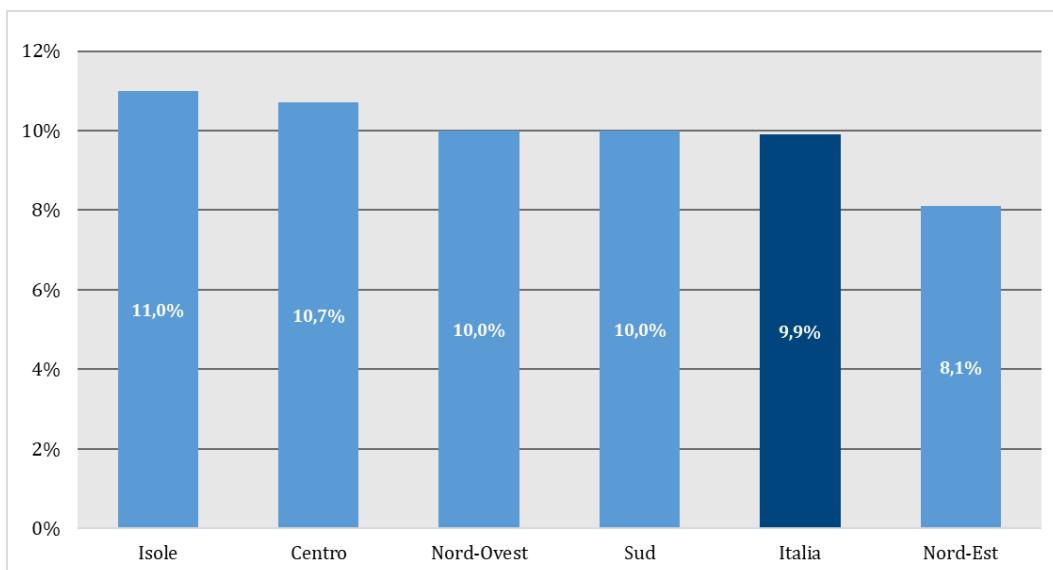
https://esploradati.istat.it/databrowser/#/it/dw/categories/IT1.HOU.1.0/HOU_ECDISTR/DCCV_NOSOLDI/IT1.34_219_DF_DCCV_NOSOLDI_2.1.0. Ultimo accesso: 30 settembre 2025.

⁶⁹ Istituto Nazionale di Statistica. Indicatori BES 2024. Roma, 9 aprile 2025. Disponibile a: <https://www.istat.it/statistiche-per-temi/focus/benessere-e-sostenibilita/la-misurazione-del-benessere-bes/gli-indicatori-del-bes/>. Ultimo accesso: 30 settembre 2025.



**Figura 4.14. Popolazione che ha rinunciato alle prestazioni sanitarie
(dati ISTAT)**

Nel 2024 le rinunce alle prestazioni sanitarie, per uno o più motivi, non mostrano differenze rilevanti tra le aree geografiche, a conferma che il problema è diffuso in tutto il Paese: si passa dall'11% delle Isole all'8,1% del Nord-Est (figura 4.15).



**Figura 4.15. Persone che hanno rinunciato alle prestazioni sanitarie per area geografica
(dati ISTAT, anno 2024)**

Questo fenomeno non solo è cresciuto, ma si è esteso a tutto il Paese, coinvolgendo anche fasce di popolazione che prima della pandemia si trovavano in una posizione di “vantaggio relativo”, come i residenti al Nord e le persone con livelli di istruzione più elevati. Le differenze regionali, tuttavia, restano significative: 11 Regioni si collocano sopra la media nazionale (9,9%), con la Sardegna che raggiunge il valore più elevato (17,2%). Al contrario, 10 Regioni si posizionano al di sotto della media, con la Provincia autonoma di Bolzano che registra il valore minimo (5,3%) (Figura 4.16).

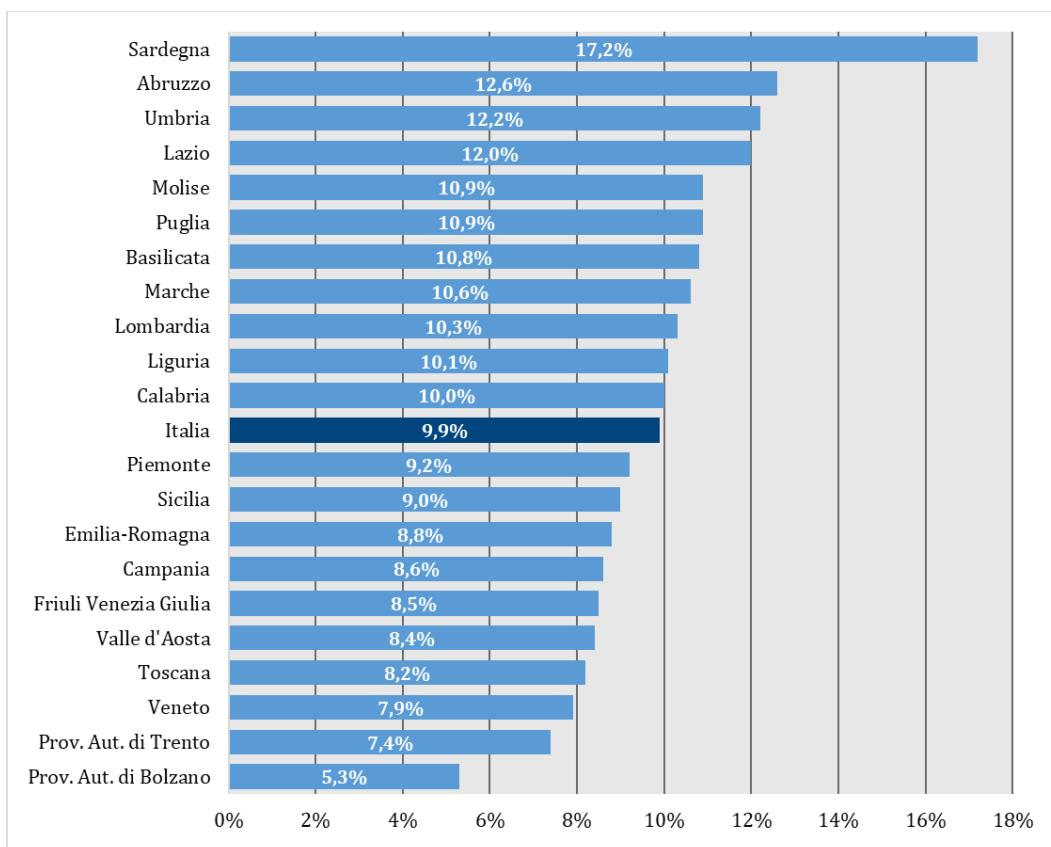


Figura 4.16. Percentuale di persone che hanno rinunciato ad una o più prestazioni sanitarie
 (dati ISTAT, anno 2024)

Dal 2023 al 2024 la percentuale di persone che in Italia hanno rinunciato alle cure è aumentata di 2,3 punti percentuali. Dodici Regioni si collocano al di sopra della media nazionale, con incrementi particolarmente marcati in Basilicata (+4,1), Sardegna (+3,5), Abruzzo (+3,4), Friuli Venezia Giulia (+3,4), Lombardia (+3,1), Umbria (+3) ed Emilia-Romagna (+3), dove la crescita è pari o superiore ai 3 punti percentuali. Altre cinque Regioni (Calabria, Campania, Toscana, Puglia, Liguria) registrano incrementi superiori alla media nazionale ma inferiori ai 3 punti percentuali. Le restanti nove Regioni mostrano aumenti inferiori alla media nazionale, mentre nessuna Regione registra una riduzione rispetto al 2023. Va inoltre rilevato che, ad eccezione di Molise e Sicilia, in tutte le Regioni del Mezzogiorno la percentuale di rinunce alle cure tra 2023 e 2024 è cresciuta più della media nazionale (tabella 4.8).

Regioni	2023	2024	Variazione (punti percentuali)
Basilicata	6,7%	10,8%	+4,1
Sardegna	13,7%	17,2%	+3,5
Abruzzo	9,2%	12,6%	+3,4
Friuli Venezia Giulia	5,1%	8,5%	+3,4
Lombardia	7,2%	10,3%	+3,1
Umbria	9,2%	12,2%	+3,0
Emilia-Romagna	5,8%	8,8%	+3,0
Calabria	7,3%	10,0%	+2,7
Campania	5,9%	8,6%	+2,7
Toscana	5,6%	8,2%	+2,6
Puglia	8,4%	10,9%	+2,5
Liguria	7,8%	10,1%	+2,3
ITALIA	7,6%	9,9%	+2,3
Valle d'Aosta	6,3%	8,4%	+2,1
Sicilia	7,0%	9,0%	+2,0
Prov. Aut. di Trento	5,4%	7,4%	+2,0
Molise	9,0%	10,9%	+1,9
Lazio	10,5%	12,0%	+1,5
Marche	9,7%	10,6%	+0,9
Veneto	7,4%	7,9%	+0,5
Piemonte	8,8%	9,2%	+0,4
Prov. Aut. di Bolzano	5,1%	5,3%	+0,2

Tabella 4.8. Persone che hanno rinunciato alle prestazioni sanitarie per Regione
 (dati ISTAT, anno 2024 vs 2023)

Considerato che le variazioni percentuali descrivono solo in parte – dal punto di vista della percezione pubblica – l’impatto sanitario del fenomeno, il gap 2023-2024 è stato espresso anche in termini di numero di persone che, in ciascuna Regione, hanno rinunciato a una o più prestazioni sanitarie (tabella 4.9). L’ampliarsi di un fenomeno che coinvolge milioni di persone anche nelle ricche Regioni del Nord tradizionalmente ai vertici delle classifiche LEA, evidenzia come la capacità di erogazione delle prestazioni sanitarie non riesca più a soddisfare la domanda di salute. Quando i cittadini non sono in grado di sostenere i costi della sanità privata, la rinuncia alle prestazioni cure rimane l’unica alternativa.

Regioni	2023	2024	Variazione
Abruzzo	116.801	159.966	43.165
Basilicata	35.727	57.589	21.863
Calabria	134.215	183.857	49.641
Campania	330.040	481.076	151.035
Emilia-Romagna	258.212	391.771	133.558
Friuli Venezia Giulia	60.925	101.542	40.617
Lazio	600.048	685.769	85.721
Liguria	117.713	152.423	34.710
Lombardia	720.868	1.031.242	310.374
Marche	143.826	157.171	13.345
Molise	26.030	31.525	5.495
Piemonte	374.143	391.149	17.006
Prov. Aut. di Bolzano	27.414	28.489	1.075
Prov. Aut. di Trento	29.439	40.343	10.903
Puglia	326.816	424.082	97.267
Sardegna	215.152	270.118	54.966
Sicilia	335.815	431.762	95.947
Toscana	204.990	300.163	95.174
Umbria	78.482	104.074	25.592
Valle d'Aosta	7.741	10.322	2.580
Veneto	359.064	383.325	24.261
ITALIA	4.481.813	5.838.152	1.356.338

Tabella 4.9. Persone che hanno rinunciato alle prestazioni sanitarie per Regione
 (dati ISTAT, anno 2024 vs 2023)

Il netto aumento delle rinunce a visite specialistiche ed esami registrato nel 2024 è dovuto soprattutto ai lunghi tempi d'attesa: la percentuale di popolazione che dichiara di aver rinunciato per questo motivo è salita infatti dal 4,2% del 2022 (2,5 milioni di persone) al 4,5% del 2023 (2,7 milioni di persone), fino a schizzare al 6,8 % nel 2024 (4 milioni di persone). Anche le difficoltà economiche continuano a pesare: la quota di chi rinuncia per motivi economici è aumentata dal 3,2% del 2022 (1,9 milioni di persone) al 4,2% del 2023 (2,5 milioni di persone), fino al 5,3% del 2024 (3,1 milioni di persone) (figura 4.17).

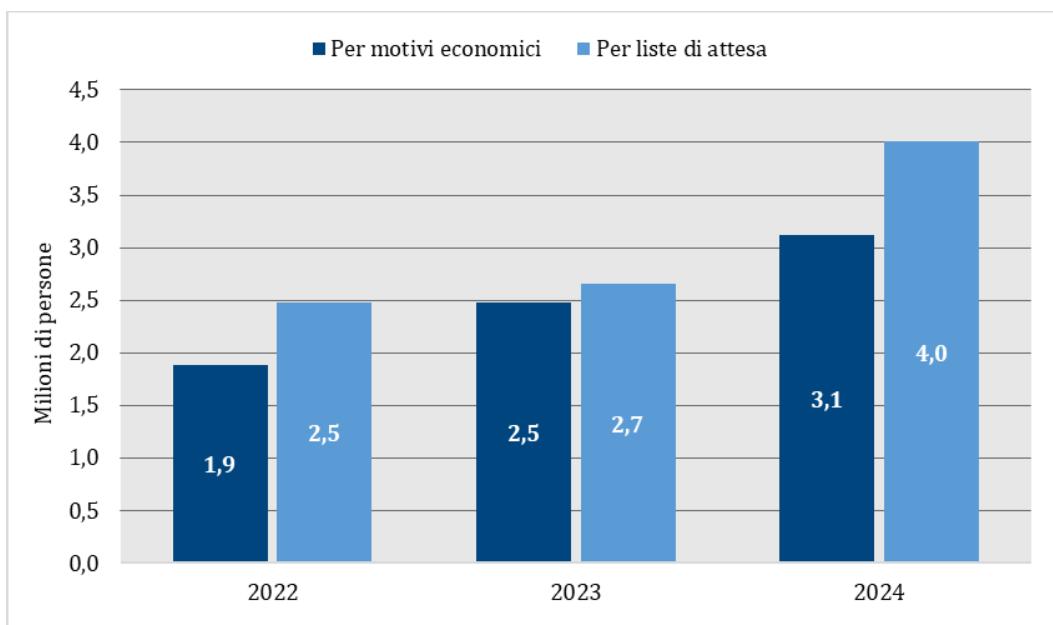


Figura 4.17. Popolazione che ha rinunciato a prestazioni sanitarie per motivi economici o per liste d'attesa
(elaborazione GIMBE su dati ISTAT)

Mentre tra il 2022 e il 2023 l'aumento delle rinunce alle prestazioni era dovuto soprattutto a motivazioni economiche, tra il 2023 e il 2024 il netto incremento è stato determinato in larga misura dalle lunghe liste di attesa: le rinunce legate ai tempi d'attesa sono cresciute del 7,1% tra il 2022 e il 2023 e del 51% tra il 2023 e il 2024; quelle dovute a ragioni economiche, invece, sono aumentate del 31,2% tra il 2022 e il 2023 e del 26,1% tra il 2023 e il 2024 (figura 4.18).

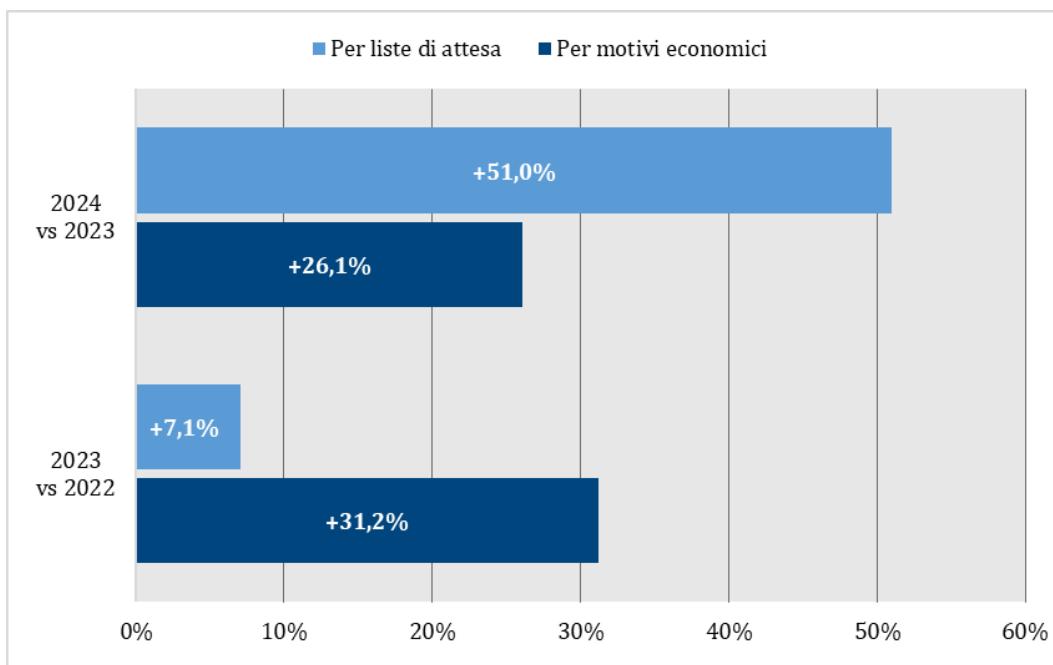


Figura 4.18. Incremento percentuale delle rinunce a prestazioni sanitarie per motivi economici o per liste d'attesa
(elaborazione GIMBE su dati ISTAT, anno 2025)

I dati dimostrano che il vero problema non risiede soltanto nel potere di spesa dei cittadini, ma nella capacità del SSN di garantire le prestazioni in tempi compatibili con i bisogni di salute. Va inoltre ricordato che il questionario ISTAT consente risposte multiple: il cittadino può indicare contemporaneamente sia i motivi economici sia i lunghi tempi d'attesa come cause della rinuncia. La combinazione di questi due fattori rende il fenomeno ancora più allarmante: quando i tempi del pubblico diventano insostenibili, molte persone sono costrette a rivolgersi al privato; ma se i costi superano la capacità di spesa, la prestazione diventa un lusso e alla fine, per una persona su 10, l'unica scelta possibile è rinunciare.

Infine, l'impatto dell'indebolimento della sanità pubblica sulla salute individuale e collettiva non può essere valutato solo misurando l'entità della spesa out-of-pocket e dei fenomeni che la contengono, ma bisogna considerare anche il livello di povertà assoluta della popolazione. Secondo i più recenti dati ISTAT sulla povertà in Italia⁷⁰, nel 2023 l'incidenza nazionale della povertà assoluta per le famiglie – ovvero il rapporto tra le famiglie con spesa al di sotto della soglia di povertà e il totale delle famiglie residenti – è pari all'8,4%, corrispondente a quasi 2,2 milioni di famiglie: a livello territoriale, l'incidenza raggiunge il 10,2% nelle Isole e nel Sud, l'8% nel Nord-Ovest, il 7,9% nel Nord-est e il 6,7% nel Centro. L'aumento del numero di famiglie che vivono sotto la soglia della povertà assoluta, se incide in maniera residuale sull'entità della spesa out-of-pocket, amplifica il fenomeno di rinuncia alle cure, condizionando il peggioramento dello stato di salute e riducendo l'aspettativa di vita delle persone più povere. Infatti, se nel 2023 l'Italia si collocava al 5° posto tra i paesi OCSE per aspettativa di vita alla nascita⁷¹, le stime ISTAT per il 2024⁷² dimostrano che, a fronte di un'età media di 83,4 anni a livello nazionale (+0,3 anni rispetto al 2023), si registrano notevoli differenze regionali: dagli 84,7 anni della Provincia autonoma di Trento agli 81,7 anni della Campania, con una differenza di ben 3 anni (figura 4.19). Più in generale, in tutte le 8 Regioni del Mezzogiorno l'aspettativa di vita è pari (Abruzzo) o inferiore alla media nazionale, rappresentando una spia indiretta delle gravi criticità dei servizi sanitari regionali e della maggiore incidenza della povertà assoluta.

⁷⁰ Istituto Nazionale di Statistica. Comunicato stampa "Stabile la povertà assoluta". Roma, 25 marzo 2024. Disponibile a: www.istat.it/wp-content/uploads/2024/10/REPORT_POVERTA_2023.pdf. Ultimo accesso: 30 settembre 2025.

⁷¹ Life expectancy at birth. In: Health at a Glance 2023: OECD Indicators. OECD Publishing, Paris. Disponibile a: [https://data-explorer.oecd.org/vis?lc=en&ac=false&tm=DF_LE&pg=0&snb=1&vw=tb&dff\[ds\]=dsDisseminateFinalDMZ&dff\[id\]=DSD_HEALTH_STAT%40DF_LE&dff\[agl\]=OECD.ELS.HD&dff\[vsl\]=&pd=2015%2C&dq=A...Y0.....&ly\[rw\]=REF AREA&ly\[cl\]=TIME PERIOD&ly\[rs\]=MEASURE%2CSEX&to\[TI\]](https://data-explorer.oecd.org/vis?lc=en&ac=false&tm=DF_LE&pg=0&snb=1&vw=tb&dff[ds]=dsDisseminateFinalDMZ&dff[id]=DSD_HEALTH_STAT%40DF_LE&dff[agl]=OECD.ELS.HD&dff[vsl]=&pd=2015%2C&dq=A...Y0.....&ly[rw]=REF AREA&ly[cl]=TIME PERIOD&ly[rs]=MEASURE%2CSEX&to[TI]). Ultimo accesso: 30 settembre 2025.

⁷² Istituto Nazionale di Statistica. IstatData. Indicatori demografici. Speranza di vita alla nascita. Disponibile a: https://esploradati.istat.it/databrowser/#/it/dw/categories/IT1_POP_1,0/POP_POPULATION/DCIS_INDEMOG1/IT1.22_293_DF_DCIS_INDEMOG1_1,1,0. Ultimo accesso: 30 settembre 2025.

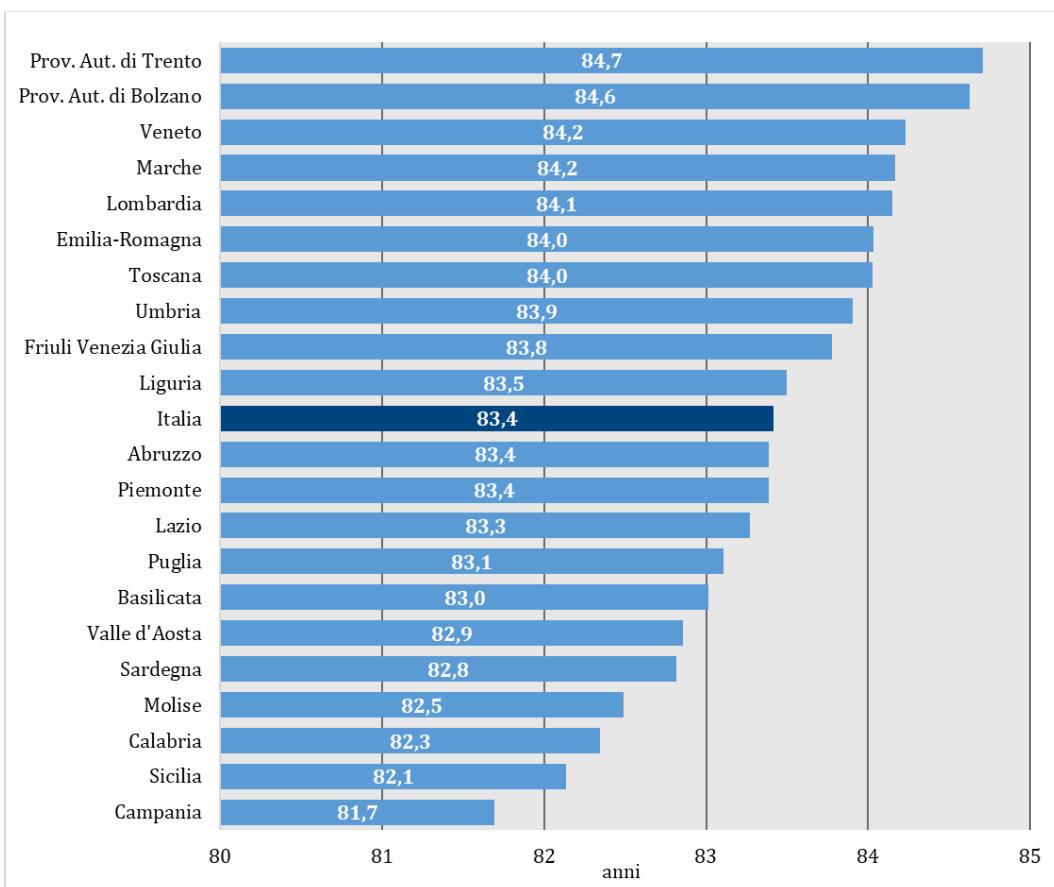


Figura 4.19. Aspettativa di vita alla nascita
(dati ISTAT, 2024)

In conclusione, oggi l'entità della spesa out-of-pocket non è un indicatore affidabile per misurare la riduzione delle tutele pubbliche. Da un lato, infatti, è sottostimata dai bisogni di salute non soddisfatti, in quanto “arginata” da fenomeni legati alle difficoltà economiche delle famiglie: limitazione delle spese per la salute, indisponibilità economica temporanea e, soprattutto, rinuncia alle prestazioni sanitarie. Dall'altro, risulta “gonfiata” dalla spesa dal valore basso, spesso indotta da fenomeni di consumismo sanitario e trainata dalla capacità di spesa individuale. In altre parole, ci sono famiglie che alimentano quel 40% di spesa out-of-pocket destinato a servizi e prestazioni senza alcun impatto sulla salute, mentre altre famiglie, a causa delle difficoltà economiche, non riescono neppure a soddisfare bisogni di salute reali non garantiti da un SSN in affanno.

La distribuzione regionale della spesa out-of-pocket conferma che i cittadini spendono di più nelle Regioni più ricche, non in quelle dove la sanità pubblica offre meno tutele. Di conseguenza, nel Mezzogiorno, la combinazione di insufficiente offerta pubblica e minore capacità di spesa delle famiglie incide negativamente sullo stato di salute e sull'aspettativa di vita alla nascita, che in tutte le Regioni meridionali si colloca al di sotto della media nazionale. Infine, lo status di povertà assoluta richiede urgenti politiche di contrasto, non solo per garantire un tenore di vita dignitoso a tutte le persone, ma anche per ridurre le diseguaglianze sociali nell'accesso alle cure. L'impossibilità di far fronte ai bisogni di salute con risorse proprie rischia infatti di compromettere la salute e la vita delle fasce più povere della popolazione, in particolare nel Mezzogiorno.

4.2.2. Spesa sanitaria intermediata

L'intermediazione della spesa sanitaria privata è affidata ai cosiddetti "terzi paganti" (fondi sanitari, casse mutue, assicurazioni, etc.), che popolano un ecosistema molto complesso e articolato, noto come "secondo pilastro" (box 4.3).

Box 4.3. L'ecosistema dei terzi paganti

Tipologia di soggetti

- Fondi sanitari*
 - Tipo A
 - Tipo B
- Polizze assicurative (rami danni e vita)
 - Individuali
 - Collettive

Modalità di rimborso

- Diretto: il terzo pagante paga direttamente l'erogatore della prestazione, con eventuale quota a carico dell'iscritto/assicurato
- Indiretta: l'iscritto/assicurato paga l'erogatore e richiede al terzo pagante il rimborso (totale o parziale) secondo quanto previsto dal regolamento, statuto o contratto

Modelli di gestione (fondi sanitari)

- Fondo autogestito
- Fondo autogestito con servizi amministrativi esterni
- Fondo affidato in gestione ad una o più compagnie assicurative

*Auto-assicurati o assicurati tramite una polizza collettiva

La complessità di questo ecosistema rende impossibile calcolare con precisione l'entità della spesa intermediata, anche a causa delle criticità che condizionano la tracciabilità dei flussi economici:

- L'analisi può essere condotta considerando i premi incassati dai terzi paganti oppure i rimborsi erogati.
- I rimborsi possono essere effettuati con due modalità che possono generare sovrapposizioni tra spesa intermediata e spesa delle famiglie:
 - rimborso diretto all'erogatore, con esclusione dell'importo rimborsato dalla spesa out-of-pocket;
 - rimborso totale o parziale all'assicurato/iscritto al fondo che ha anticipato la spesa all'erogatore, con conseguente inclusione dell'importo nella spesa out-of-pocket.
- Il report del Ministero della Salute⁷³, unica fonte ufficiale sui fondi sanitari integrativi, fornisce informazioni economiche parziali: in particolare riporta esclusivamente l'importo delle risorse erogate dai fondi, ovvero quelle utilizzate per rimborsare o pagare direttamente le prestazioni agli iscritti, ma non include i valori relativi alle quote versate.

⁷³ Ministero della Salute. I fondi sanitari integrativi in Italia. 3° Rapporto 2021-2023. Roma, luglio 2024. Disponibile a: www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_3505_allegato.pdf. Ultimo accesso: 30 settembre 2025.

- Le informazioni sulle quote versate ai fondi sanitari integrativi sono parzialmente ricavabili dai report ANIA⁷⁴, che tuttavia non indicano quale percentuale del totale dei premi incassati per polizze assicurative collettive relative al ramo malattia (danni + vita) sia effettivamente destinata alla “ri-assicurazione dei fondi sanitari”.
- I dati ISTAT-COICOP sulla spesa privata non consentono di distinguere le spese rimborsate o sostenute direttamente dai “terzi paganti”, né di considerare in modo autonomo la spesa per polizze assicurative individuali.
- Non è noto il numero di fondi sanitari “ri-assicurati” né il valore economico di tale ri-assicurazione: di conseguenza non è possibile scorporarlo dalla voce “assicurazioni sanitarie volontarie (HF.2.1)” del sistema ISTAT-SHA.

Tenendo conto di questi limiti, che impediscono di integrare le diverse fonti informative, il presente Rapporto si limita ad analizzare il dato ISTAT-SHA⁷⁵, secondo cui nel 2024 i regimi di finanziamento volontari (HF.2) ammontano complessivamente a € 6.361 milioni, così ripartiti:

- € 4.734 milioni per le assicurazioni sanitarie volontarie (HF.2.1);
- € 698 milioni per le istituzioni senza scopo di lucro (HF.2.2), definiti come “accordi e programmi di finanziamento non obbligatori con diritto a prestazioni a carattere non contributivo basati su donazioni/trasferimenti provenienti dalla cittadinanza, dalle amministrazioni pubbliche o da imprese”;
- € 929 milioni per le imprese (HF.2.3), definiti come “accordi mediante i quali le imprese forniscono direttamente, oppure finanziano, i servizi sanitari per i propri dipendenti senza il coinvolgimento di un regime previdenziale per la promozione della salute nei luoghi di lavoro”.

Va ribadito che, sebbene ISTAT-SHA escluda esplicitamente i fondi sanitari integrativi dai regimi di finanziamento volontari (HF.2), le analisi effettuate suggeriscono due possibili sovrapposizioni con questa tipologia di spesa intermediata. In primo luogo, poiché una quota crescente di fondi sanitari è oggi ri-assicurata, HF.2.1 li include sotto forma di polizze collettive, senza tuttavia contabilizzare i fondi auto-assicurati. In secondo luogo, è plausibile che la voce HF.2.3 (Imprese) – che si riferisce ad “accordi mediante i quali le imprese finanziano i servizi sanitari per i propri dipendenti” – includa anche prestazioni sanitarie intermediate dal welfare aziendale, la cui erogazione avviene tramite i fondi sanitari. Di conseguenza la spesa sanitaria intermediata risulterebbe sottostimata per la mancata contabilizzazione dei fondi sanitari non ri-assicurati, la cui entità non è stimabile, e al tempo stesso sovrastimata per la quota sostenuta dall’INAIL.

Secondo le stime dei conti ISTAT-SHA la spesa intermediata per l’anno 2024 ammonta a € 6.361 milioni (figura 4.20) così ripartiti:

- € 2.218 milioni per l’assistenza sanitaria per cura (HC.1) e riabilitazione (HC.2)
- € 270 milioni per l’assistenza sanitaria a lungo termine (HC.3)
- € 398 milioni per servizi ausiliari (HC.4)
- € 402 milioni per prodotti farmaceutici e altri apparecchi terapeutici (HC.5)
- € 959 milioni per i servizi di prevenzione delle malattie (HC.6)

⁷⁴ Associazione Nazionale fra le Imprese Assicuratrici. ANIA Pubblicazioni. Disponibile a: www.ania.it/pubblicazioni. Ultimo accesso: 30 settembre 2025.

⁷⁵ Istituto Nazionale di Statistica. IstatData. Conti nazionali. Sistema dei conti della sanità. Edizione giugno 2025. Disponibile a: https://esploradati.istat.it/databrowser/#/it/dw/categories/IT1,DATAWAREHOUSE,1.0/UP_ACC_HEALTH. Ultimo accesso: 30 settembre 2025.

- € 2.114 milioni per governance e amministrazione del sistema sanitario e del finanziamento (HC.7)

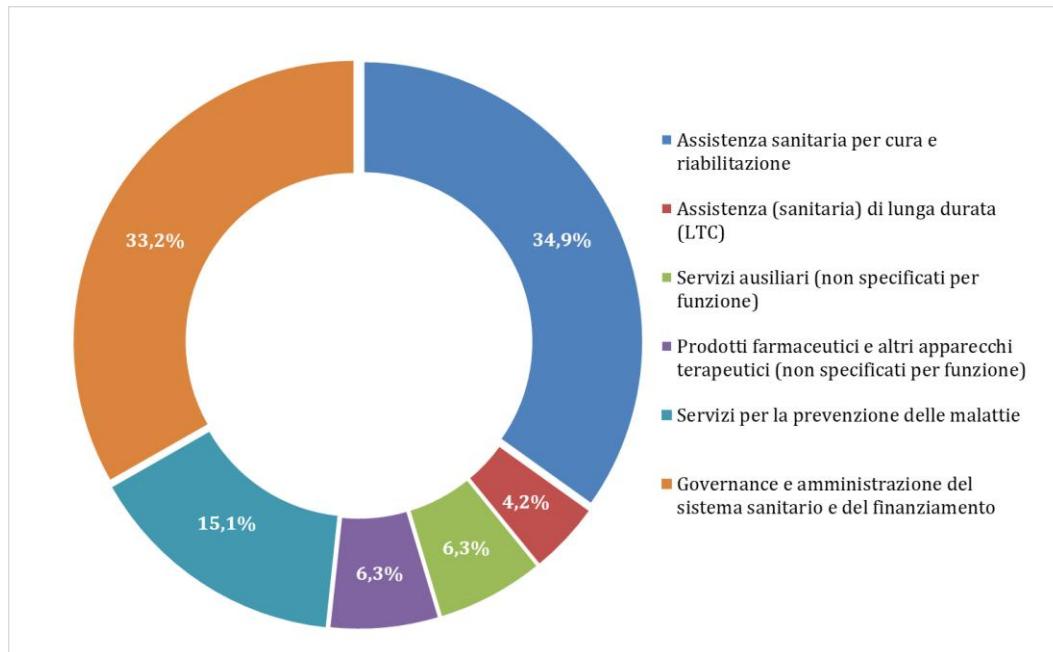


Figura 4.20. Spesa sanitaria intermediata per funzione di spesa
 (dati ISTAT-SHA, anno 2024)

La distribuzione della spesa intermediata per funzione di spesa conferma che i costi dell'*expense ratio* si collocano in linea con la letteratura internazionale, oscillando tra il 30% e il 35%. Queste risorse sono assorbite dai costi di gestione, che comprendono oneri di ri-assicurazione, mantenimento del fondo di garanzia e utili delle compagnie assicurative. La quota rimanente è destinata alle diverse funzioni assistenziali: poco più di un terzo all'assistenza sanitaria per cura e riabilitazione (34,9%), il 15,1% ai servizi di prevenzione e solo il 6,3% a prodotti farmaceutici e altri apparecchi terapeutici.

Trend 2012-2024. Nel periodo 2012-2024 la spesa sanitaria intermediata è cresciuta complessivamente di € 3.402 milioni, con un trend in costante aumento, interrotto soltanto da una lieve flessione nel 2020. Particolarmente significativo è l'andamento del triennio 2021-2024, quando l'incremento ha raggiunto € 2.064 milioni, pari a quasi il 68% dell'aumento registrato nell'intero periodo. Nel 2024, rispetto al 2023, si osserva un incremento della spesa intermediata pari a € 490 milioni (+8,3%) (figura 4.21).

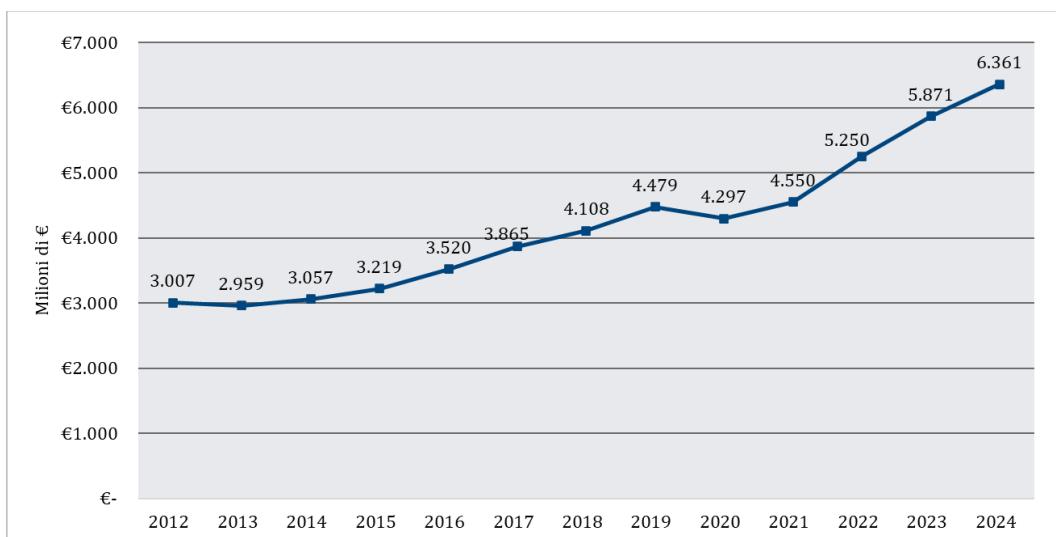


Figura 4.21. Trend spesa sanitaria intermediata 2012-2024
(dati ISTAT-SHA)

Va tuttavia segnalato come l'incremento registrato nel 2024 rispetto al 2023 sia influenzato anche dal ricalcolo dei dati ISTAT-SHA (§ 3.1) che per l'anno 2023 sono passati da € 5.221 milioni dell'edizione di maggio 2024 a € 5.871 milioni dell'edizione di giugno 2025 (+€ 650 milioni).

Analizzando il trend delle diverse componenti della spesa intermediata nel periodo 2012-2024 (figura 4.22), gli aumenti più significativi in termini percentuali riguardano la spesa destinata a governance e amministrazione (+149%) e all'assistenza sanitaria per cura e riabilitazione (+109%); la spesa per LTC, pur collocandosi al secondo posto per incremento percentuale (+115,6%), registra il valore assoluto più basso; le altre componenti di spesa mostrano variazioni percentuali inferiori al 100%. Questi trend da un lato dimostrano che la spesa intermediata viene sempre più utilizzata per finanziare servizi e prestazioni sanitarie, dall'altro confermano come *l'expense ratio* – soprattutto da quando le compagnie assicurative hanno assunto un ruolo centrale nella gestione dei fondi sanitari integrativi – sia progressivamente aumentata, arrivando a incidere per circa un terzo della spesa intermediata.

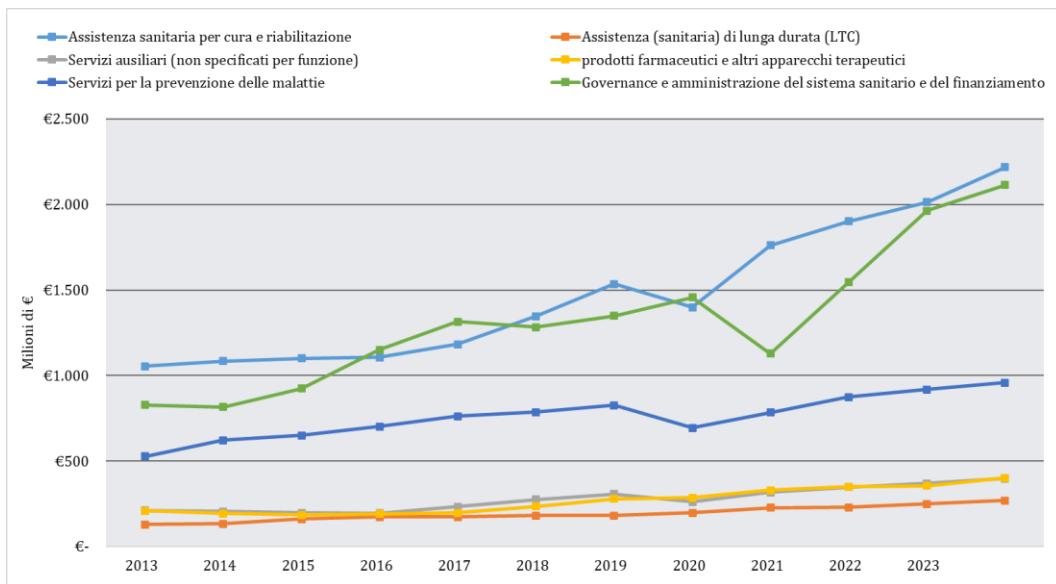


Figura 4.22. Trend spesa sanitaria intermediata per tipo di funzioni di assistenza sanitaria
(dati ISTAT-SHA)

4.2.2.1. Fondi sanitari integrativi

I fondi sanitari integrativi rappresentano una realtà estremamente complessa, costituita da centinaia di soggetti (fondi, casse, enti) caratterizzati da una forte eterogeneità in termini di coperture, premi, modalità di gestione delle attività ed erogazione delle prestazioni, spesso con livelli variabili di interconnessione.

All’Anagrafe del Ministero della Salute dei fondi sanitari integrativi possono iscriversi:

- **Fondi sanitari integrativi del SSN** (tipo A), istituiti o adeguati ai sensi dell’art. 9 del DL 502/92 e successive modificazioni, così denominati perché deputati a potenziare le prestazioni non coperte dal SSN.
- **Enti, casse e società di mutuo soccorso aventi esclusivamente fine assistenziale** (tipo B), di cui all’art. 51 comma 2, lettera a) del DPR 917/1986, che godono di maggiore libertà nella definizione delle prestazioni e dei servizi coperti.

Con i decreti Turco e Sacconi tali differenze sono state sostanzialmente superate: per poter usufruire dei benefici fiscali, infatti, tutti i soggetti iscritti all’Anagrafe sono obbligati a destinare almeno il 20% delle risorse alla copertura di prestazioni integrative, in particolare di assistenza odontoiatrica e per la non autosufficienza. Pertanto, sebbene la terminologia continui a definire questi fondi come “integrativi”, legittimando la percezione che il loro obiettivo sia quello di integrare i LEA, in realtà possono esercitare una funzione sostitutiva delle prestazioni LEA sino all’80% delle coperture, mantenendo i benefici fiscali.

Il Ministero della Salute negli ultimi anni ha pubblicato tre report sui fondi sanitari integrativi, l’ultimo dei quali nel 2024⁷⁶ con dati relativi all’anno 2023: vengono attestati 324 fondi sanitari, di cui 13 di tipo A e 311 di tipo B per un totale di 16.272.852 iscritti, di cui l’82,6% sono lavoratori, il 14,3% familiari di lavoratori e il 3,2% pensionati e loro familiari (tabella 4.10).

Categoria	N.	%
Lavoratori	13.436.172	82,6%
Familiari dei lavoratori	2.320.156	14,3%
Pensionati e loro familiari	516.524	3,2%
TOTALE	16.272.852	100,0%

Tabella 4.10. Iscritti ai fondi sanitari per categoria
(dati Anagrafe fondi sanitari, anno 2023)

I dati relativi al periodo 2013-2023 mostrano un lieve aumento del numero di fondi attestati dal Ministero della Salute: quelli di tipo B sono passati da 273 nel 2013 a 311 nel 2023 e quelli di tipo A da 3 nel 2013 a 13 nel 2023 (figura 4.23). È importante sottolineare che l’anno di attestazione è successivo all’anno fiscale di riferimento.

⁷⁶ Ministero della Salute. I fondi sanitari integrativi in Italia. 3° Rapporto 2021-2023. Roma, Luglio 2024. Disponibile a: www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_3505_allegato.pdf. Ultimo accesso: 30 settembre 2025.

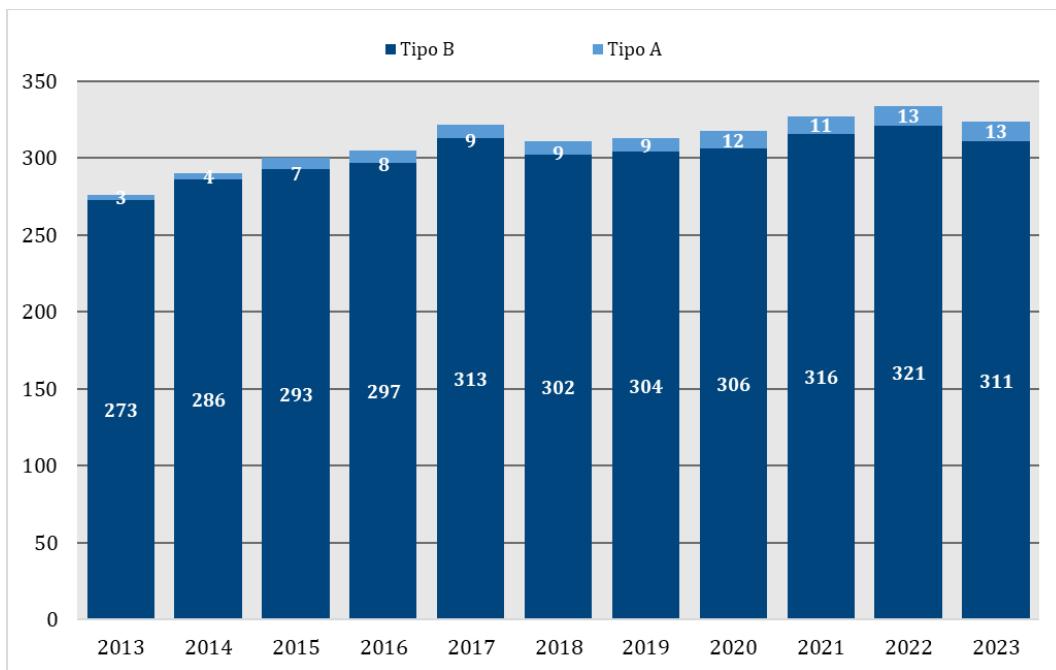


Figura 4.23. Numero fondi sanitari per anno di attestazione
(dati Anagrafe fondi sanitari)

All'aumento del numero dei fondi nel periodo 2013-2023 corrisponde un incremento ancor più significativo sia del numero di iscritti (da 5.831.943 a 16.272.852), sia dell'ammontare complessivo delle risorse erogate per tutte le prestazioni: da € 1.914 milioni a € 3.423 milioni (figura 4.24).

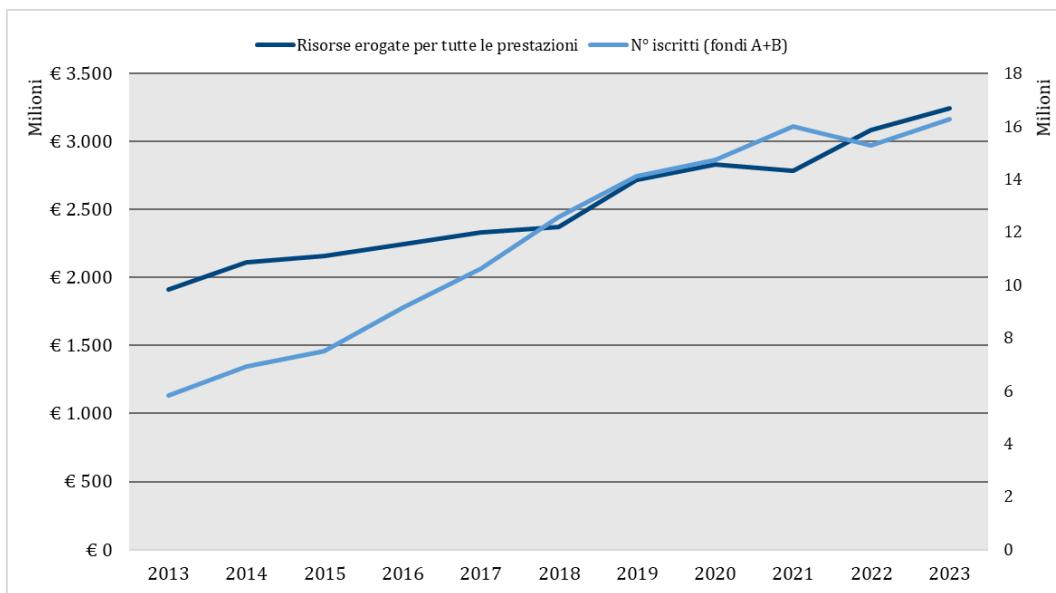


Figura 4.24. Numero iscritti ai fondi sanitari e risorse erogate per tutte le prestazioni:
fondi sanitari tipo A + tipo B
(dati Anagrafe fondi sanitari, Ministero della Salute)

Nel periodo 2013-2023 il numero di iscritti è aumentato del 179%, mentre le risorse erogate complessivamente per le prestazioni sono cresciute del 69%: il valore medio delle risorse erogate per iscritto ha subito una marcata riduzione dal 2013 al 2018, per poi stabilizzarsi negli anni successivi (figura 4.25).

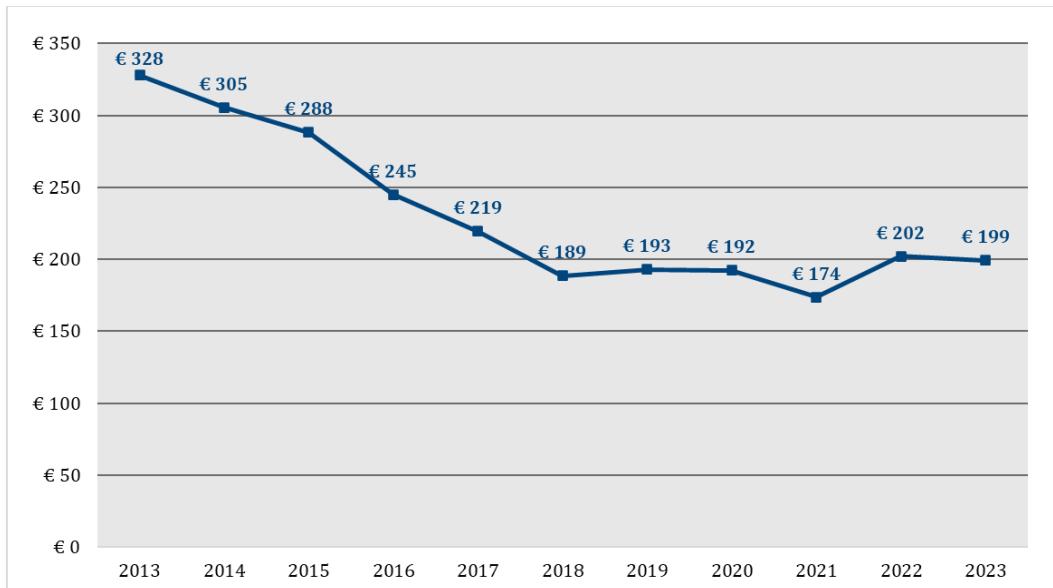


Figura 4.25. Risorse erogate per iscritto dai fondi sanitari
(dati Anagrafe fondi sanitari)

Per accedere alle agevolazioni fiscali, i fondi sanitari di tipo B sono tenuti per legge a destinare almeno il 20% del totale delle risorse complessive a prestazioni extra-LEA (cd. vincolate): la figura 4.26 mostra che, nel periodo 2013-2023, a fronte di un consistente incremento dell'ammontare totale delle risorse erogate dai fondi, la quota destinata alle prestazioni vincolate si mantiene pressoché stabile intorno al 30%, attestandosi al 32,9% nel 2023.

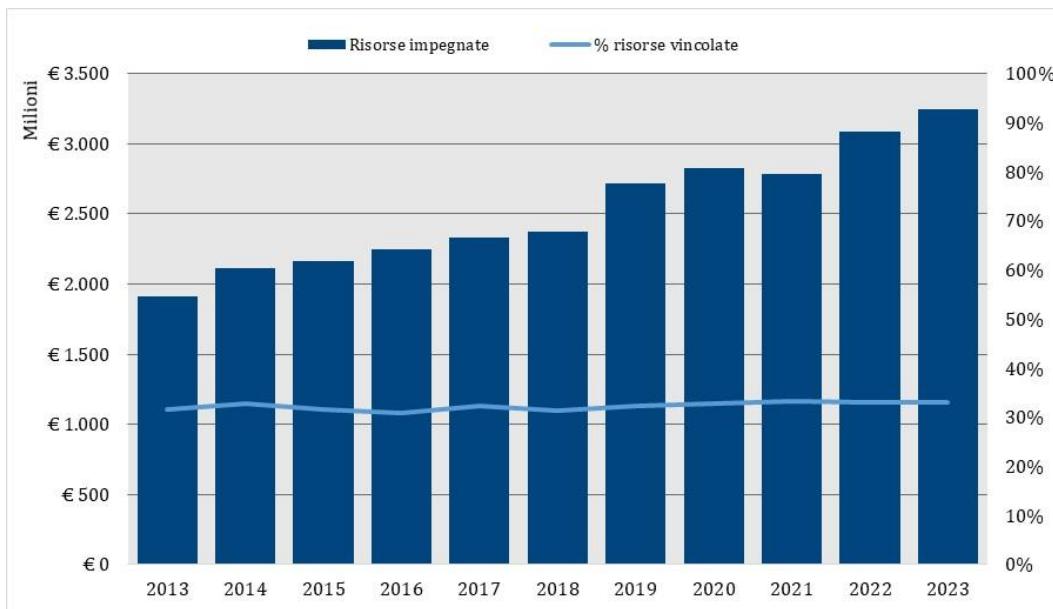


Figura 4.26. Risorse erogate dai fondi sanitari di tipo B: valore assoluto e % risorse vincolate
(dati Anagrafe fondi sanitari, Ministero della salute)

Le risorse erogate dai fondi di tipo B a ciascun iscritto, sia per tutte le prestazioni che per quelle vincolate, si sono nettamente ridotte dal 2013 al 2018 per poi stabilizzarsi (figura 4.27).

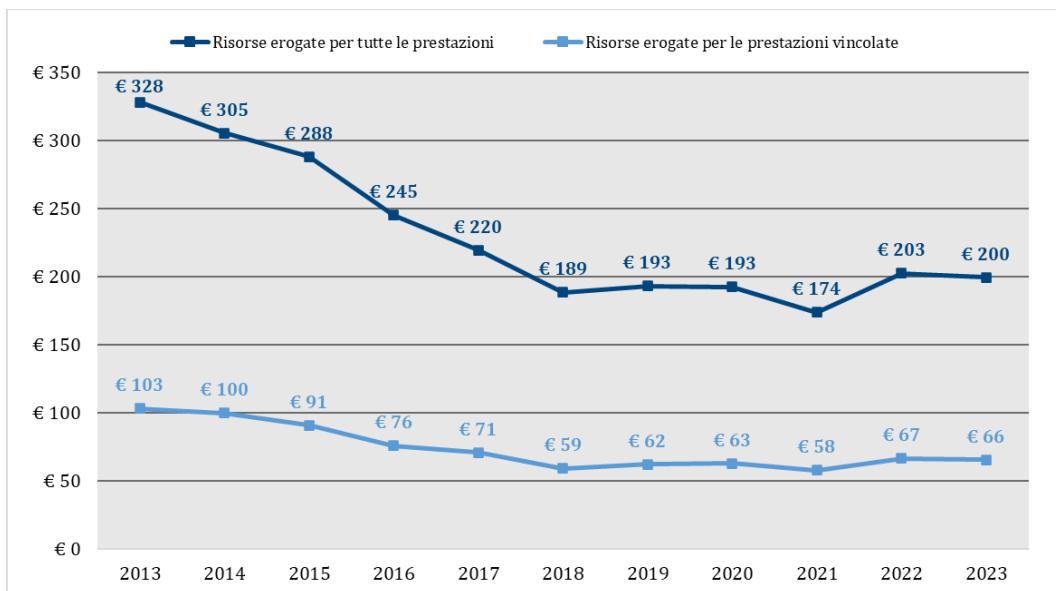


Figura 4.27. Risorse erogate per iscritto dai fondi sanitari di tipo B
(dati Anagrafe fondi sanitari, Ministero della Salute)

Come già rilevato, il report del Ministero della Salute fornisce esclusivamente i dati relativi alle risorse erogate da fondi sanitari, senza includere i contributi versati. In questo modo risulta impossibile stimarne la sostenibilità, che si basa sul rapporto tra risorse raccolte ed erogate, oltre che sull'entità del fondo di garanzia, altro dato non disponibile. Tuttavia, una recente indagine campionaria condotta da Itinerari Previdenziali⁷⁷ su un campione di 51 fondi, che rappresentano circa il 68% degli iscritti, consente di elaborare alcune stime (tabella 4.11).

Anno	N° iscritti	Contributi*	Prestazioni*	Differenza*
2020	8.310.666	2.182,92	1.759,70	423,22
2021	9.821.920	2.466,65	2.079,00	387,65
2022	10.864.553	2.698,52	2.295,00	403,52
2023	11.804.382	3.002,47	2.600,67	401,80
2024	11.965.267	3.134,99	2.783,16	351,83

* milioni di €

Tabella 4.11. Indagine Itinerari previdenziali: iscritti, contributi versati e risorse erogate

Il trend 2020-2024 (figura 4.28) mostra un progressivo incremento sia dei contributi versati, sia delle risorse erogate dai fondi sanitari. La differenza tra queste due voci, pari a € 423,22 milioni del 2020 – anno in cui la pandemia aveva ridotto l'erogazione di prestazioni – è scesa a € 387,65 milioni nel 2021, per poi risalire a € 403,52 milioni nel 2022 e stabilizzarsi a € 401,80 milioni nel 2023. Nel 2024, invece, si è registrata una netta flessione (-€ 49,97 milioni), che ha portato a registrare il valore più basso dell'intero periodo (€ 351,83 milioni).

⁷⁷ Centro Studi e Ricerche Itinerari Previdenziali. Dodicesimo Report Annuale. Investitori istituzionali italiani: iscritti, risorse e gestori per l'anno 2024. Milano, 2025. Disponibile a: www.itinerariprevidenziali.it/site/home/biblioteca/pubblicazioni/dodicesimo-report-sugli-investitori-istituzionali-italiani.html. Ultimo accesso: 30 settembre 2025.

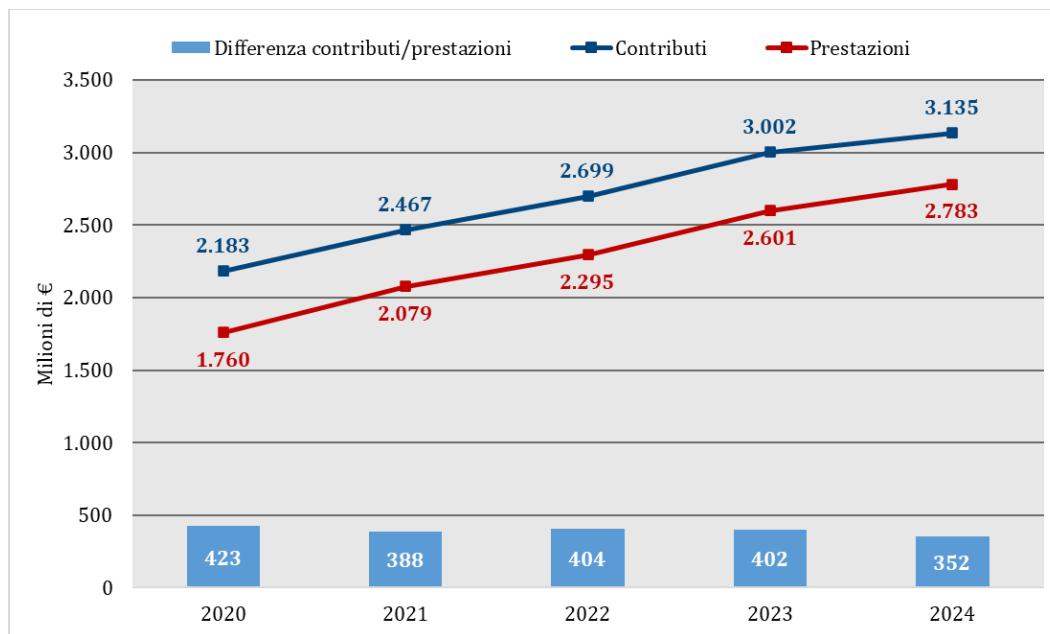


Figura 4.28. Indagine Itinerari previdenziali: contributi, prestazioni, differenza contributi/prestazioni

Tuttavia, parametrando gli indicatori economici (contributi versati e risorse erogate) al numero degli iscritti, in costante crescita (tabella 4.12), emergono due aspetti rilevanti. In primo luogo, il valore medio delle risorse erogate per ciascun iscritto è rimasto stabile nel periodo 2020-2022, per poi aumentare nel 2023 e 2024. In secondo luogo, la differenza tra il valore medio tra contributi versati e quello delle risorse erogate per singolo iscritto mostra un andamento decrescente, fino a raggiungere nel 2024 il minimo storico, nonostante l'aumento dei contributi versati per iscritto rispetto agli anni precedenti.

Anno	N° iscritti	Contributi per iscritto	Prestazioni per iscritto	Differenza
2020	8.310.666	€ 262,66	€ 211,74	€ 50,92
2021	9.821.920	€ 251,14	€ 211,67	€ 39,47
2022	10.864.553	€ 248,38	€ 211,24	€ 37,14
2023	11.804.382	€ 254,35	€ 220,31	€ 34,04
2024	11.965.267	€ 262,01	€ 232,60	€ 29,40

Tabella 4.12. Indagine Itinerari previdenziali: iscritti, contributi e prestazioni per iscritto

Se questo trend dovesse ulteriormente consolidarsi nei prossimi anni, si assisterebbe a una progressiva erosione delle risorse destinate al fondo di garanzia e, più in generale, alle spese di funzionamento dei fondi sanitari, compromettendone la sostenibilità a medio-lungo termine (figura 4.29).

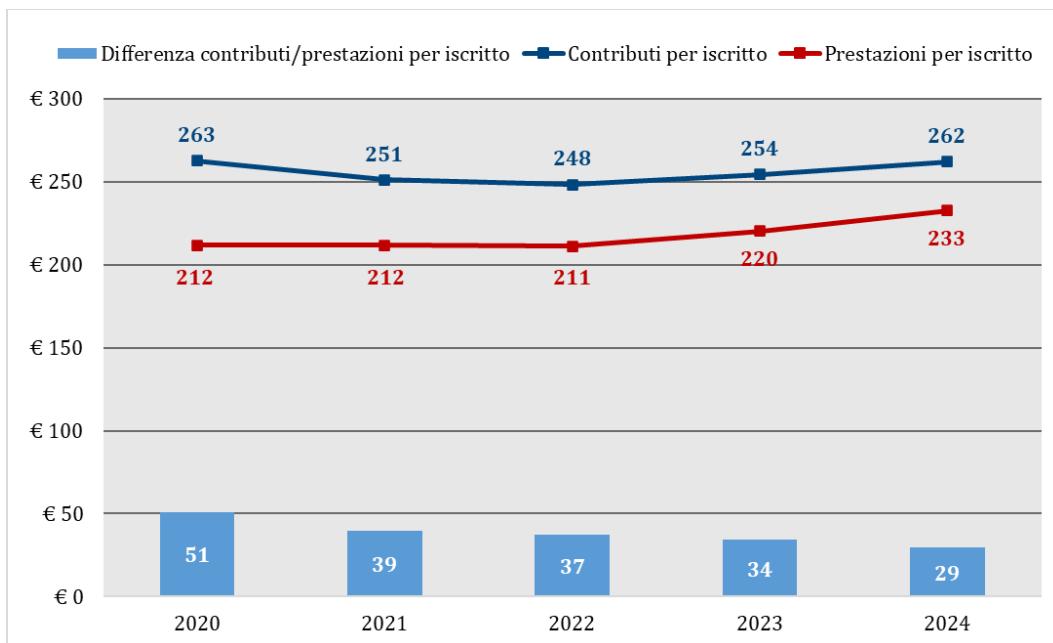


Figura 4.29. Indagine Itinerari previdenziali: contributi, prestazioni e differenza contributi/prestazioni per iscritto

Questo dato richiama inevitabilmente l'attenzione sul ruolo della sanità integrativa in un contesto di crisi del SSN. È del tutto evidente che, se ai fondi sanitari viene trasferito un numero crescente di bisogni di salute non soddisfatti dalla sanità pubblica, anche la loro sostenibilità finisce per essere messa a rischio. Con l'aumento della percentuale di iscritti che richiederanno rimborsi ai fondi, proporzionale all'incapacità del SSN di garantire prestazioni in tempi adeguati, si delinea infatti uno scenario critico. Nell'impossibilità di incrementare il valore dei contributi, nemmeno il secondo pilastro sarà in grado di rispondere a bisogni non soddisfatti, con conseguente aumento della spesa out-of-pocket e della diffusione di polizze assicurative individuali, per chi dispone di adeguate risorse economiche. Parallelamente cresceranno i fenomeni di riduzione di spese per la salute e di rinuncia alle cure, con effetti diretti sul peggioramento degli esiti di salute. In definitiva, il secondo pilastro può essere sostenibile solo se integra un sistema pubblico efficace: diversamente, rischia di crollare insieme al SSN, spalancando definitivamente le porte alla privatizzazione della sanità e a un ulteriore aumento delle diseguaglianze.

4.3. Benchmark internazionali

La fonte utilizzata è l'*OECD Data Explorer*⁷⁸ – aggiornato al 30 luglio 2025 – che per il 2024 riporta i dati provvisori per 21 dei 38 paesi dell'area OCSE e quelli stimati per i restanti 17 paesi. Le differenze tra dati definitivi, provvisori e stimati sono illustrate nella nota metodologica riportata nel box 4.4.

⁷⁸ Organisation for Economic Co-operation and Development. OECD Data Explorer. Health expenditure and financing. Last updated September 3, 2025. Disponibile a: <a href="https://data-explorer.oecd.org/vis?fs[0]=Topic%2C0%7CHealth%23HEA%23&pg=0&fc=Topic&bp=true&snb=79&dffs]=dsDisseminateFin alDMZ&df[id]=DSD SHA%40DF SHA&df[ag]=OECD.ELS.HD&df[vs]=1.0&dq=.A EXP HEALTH.PT_B1GQ_T..T..T...&pd=2015%2 C&to[TIME PERIOD]=false. Ultimo accesso: 30 settembre 2025.</p>

Box 4.4. Tipologie e caratteristiche dei dati OCSE

Dato definitivo. Un dato è considerato definitivo quando è fornito direttamente dall'autorità statistica nazionale o competente (es. Ministero della Salute, ISTAT, etc.), è stato validato sia dall'autorità nazionale sia dall'OCSE e non è soggetto ad ulteriori revisioni.

Dato provvisorio (*provisional*). Un dato è considerato provvisorio quando è fornito dall'autorità nazionale o da una fonte ufficiale, ma non ancora è consolidato. Può pertanto subire lievi modifiche al momento della validazione definitiva. Di norma si tratta dei dati più recenti, in attesa di validazione o consolidamento da parte dell'autorità nazionale.

Dato stimato (*estimated*). Un dato è considerato stimato quando non è fornito dall'autorità nazionale o da una fonte ufficiale ma viene calcolato o stimato dall'OCSE utilizzando metodi statistici o modelli previsionali basati su modelli, trend storici o indicatori ausiliari. È meno affidabile rispetto al dato provvisorio, ma consente di mantenere complete le serie temporali e di disporre di valori per i benchmark internazionali.

Sono stati analizzati i dati relativi alla spesa sanitaria sia in termini di percentuale del PIL, che in \$ pro-capite a prezzi correnti e parità di potere d'acquisto. Sono stati inoltre effettuati benchmark tra i paesi dell'area OCSE per le principali componenti: spesa totale, spesa pubblica, spesa privata (totale, out-of-pocket e intermediata). I dati dell'Italia sono stati confrontati non solo con i singoli paesi dell'area OCSE, ma anche con la media OCSE e con la media dei paesi europei (media EU), intesi come appartenenti sia all'area OCSE sia all'Unione Europea.

4.3.1. Spesa sanitaria totale

In Italia la spesa sanitaria totale nel 2024 incide per l'8,4% sul PIL, un valore stabile rispetto al 2023 ma inferiore sia alla media OCSE (9,3%) sia alla media EU (9,1%). All'interno dell'Unione Europea questo dato colloca l'Italia dietro Germania, Austria, Francia, Svezia, Belgio, Finlandia, Portogallo, Olanda, Slovenia, Danimarca e Spagna (figura 4.30).

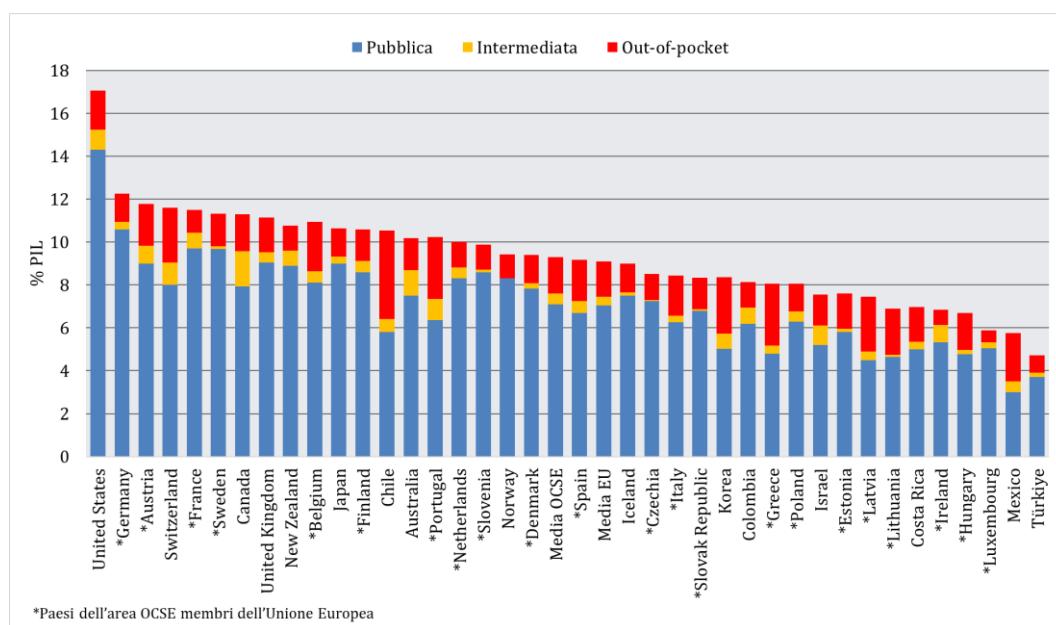


Figura 4.30. Spesa sanitaria nei paesi OCSE in percentuale del PIL
(dati OCSE, anno 2024 o più recente disponibile)

La posizione del nostro Paese peggiora ulteriormente se si considera la spesa sanitaria pro-capite totale in \$ a prezzi correnti e parità di potere d'acquisto; con \$ 5.164 l'Italia si colloca al di sotto sia della media OCSE (\$ 5.910) sia della media EU (\$ 5.927). Questo dato ci posiziona tra i paesi dell'Unione Europea che spendono meno, davanti soltanto a Repubblica Ceca, Polonia, Repubblica Slovacca, Lituania, Estonia, Grecia, Lettonia e Ungheria (figura 4.31).

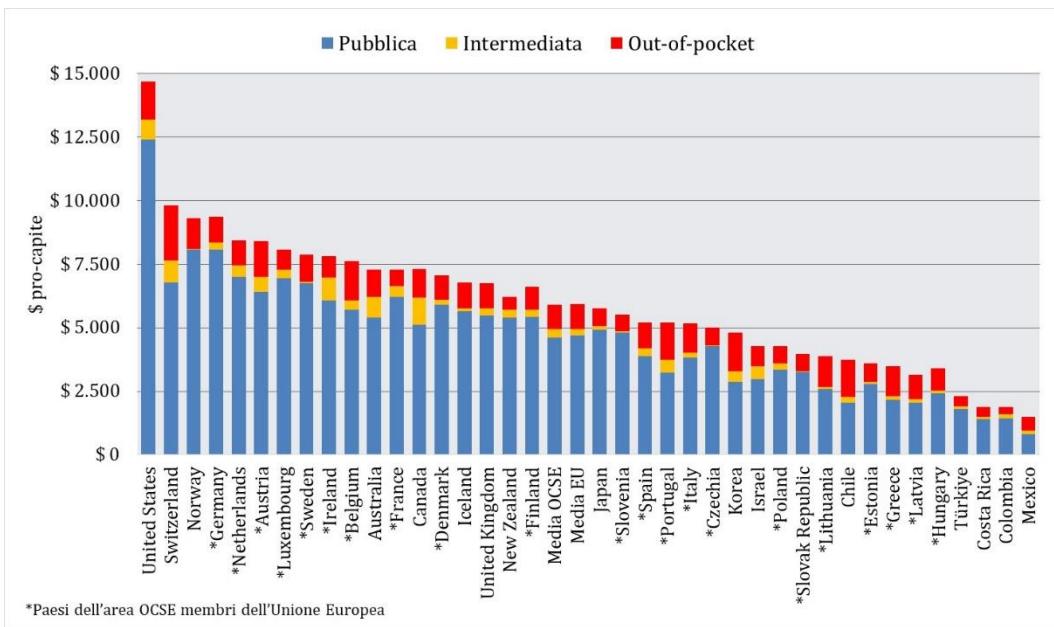


Figura 4.31. Spesa sanitaria nei paesi OCSE in \$ pro-capite
(dati OCSE, anno 2024 o più recente disponibile)

4.3.2. Spesa sanitaria pubblica

Nel dataset OCSE, la spesa sanitaria pubblica include per ciascun paese diversi schemi di finanziamento, di cui uno è solitamente prevalente: fiscalità generale (es. Italia, Regno Unito), assicurazione sociale obbligatoria (es. Germania, Francia), assicurazione privata obbligatoria (es. USA, Svizzera). Nel 2024 in Italia la spesa sanitaria pubblica si attesta al 6,3% del PIL, un valore nettamente inferiore sia alla media OCSE del 7,1% che alla media EU del 6,9%. Sono 13 i paesi europei dell'area OCSE che investono una percentuale del PIL maggiore dell'Italia, con un gap che va dai +4,3 punti percentuali della Germania (10,6% del PIL) ai +0,1 del Portogallo (6,4% del PIL) (figura 4.32).

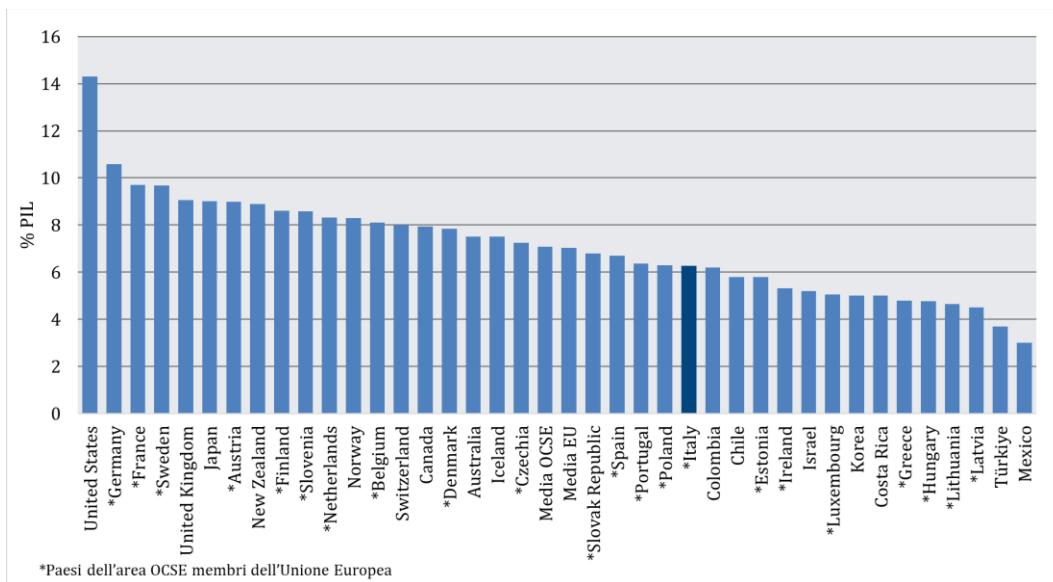


Figura 4.32. Spesa sanitaria pubblica nei paesi OCSE in percentuale del PIL
(dati OCSE, anno 2024 o più recente disponibile)

Nel 2024 anche la spesa sanitaria pubblica pro-capite, pari a \$ 3.835, rimane in Italia ben al di sotto sia della media OCSE (\$ 4.625) con una differenza di \$ 790, sia soprattutto della media dei paesi EU (\$ 4.689) con una differenza di \$ 854. Tra gli Stati membri dell'Unione Europea ben 13 paesi investono più dell'Italia: si va dai +\$ 58 della Spagna (\$ 3.893) ai +\$ 4.245 della Germania (\$ 8.080). La spesa pubblica pro-capite è più bassa solo nei paesi dell'Europa dell'Est, – con l'eccezione di Slovenia e Repubblica Ceca – (Estonia, Lituania, Repubblica Slovacca, Polonia, Ungheria, Lettonia) e in quelli dell'Europa meridionale, fatta eccezione per la Spagna (Portogallo, Grecia) (figura 4.33).

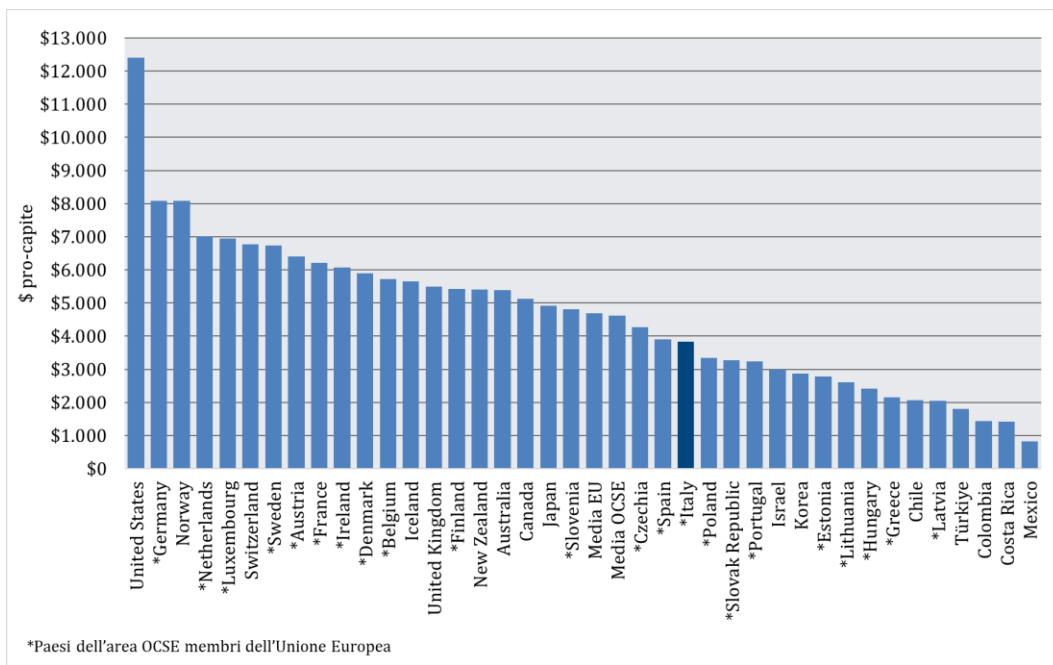


Figura 4.33. Spesa sanitaria pubblica pro-capite nei paesi OCSE
(dati OCSE, anno 2024 o più recente disponibile)

Gap con i paesi del G7. Il trend della spesa sanitaria pubblica pro-capite dei paesi del G7 nel periodo 2008-2024 restituisce un quadro impietoso (figura 4.34): al netto di singole oscillazioni, in tutti gli altri Paesi la crescita è stata superiore a quella dell'Italia. Già nel 2008, quando tutti i paesi del G7 – ad eccezione degli USA – avevano una spesa pubblica pro-capite compresa tra \$ 2.250 e \$ 3.500, l'Italia era fanalino di coda insieme al Giappone. Nel 2024 il divario si è ulteriormente ampliato: l'Italia rimane ultima con una spesa pro-capite di \$ 3.835, mentre la Germania l'ha più che doppiata raggiungendo i \$ 8.080. Particolarmente significativo è il caso del Regno Unito, che condivide con l'Italia il modello Beveridge: pur avendo speso poco più del nostro Paese nel 2008 e mantenuto un trend di crescita contenuto fino al 2019, dal 2020 ha incrementato in modo consistente le risorse pubbliche destinate alla sanità, superando Canada e Giappone e posizionandosi poco al di sotto della Francia.

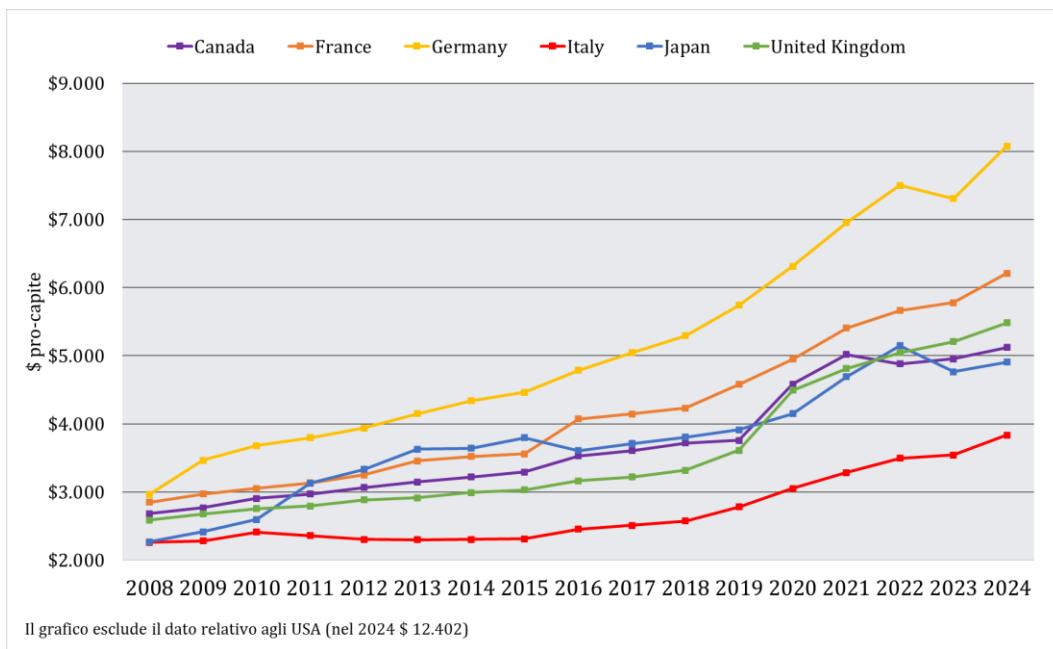


Figura 4.34. Trend spesa pubblica pro-capite 2008-2024: paesi del G7
(dati OCSE)

Inoltre, anche tra il 2019 e il 2024, quando tutti i paesi del G7 hanno aumentato la spesa pubblica pro-capite per fronteggiare la pandemia, l'Italia ha investito molto meno, mantenendosi penultima, poco sopra il Giappone. Infatti, nel 2024 rispetto al 2019, la spesa sanitaria pubblica pro-capite italiana è cresciuta di soli \$ 1.053 rispetto ai \$ 1.874 del Regno Unito ed ai \$ 2.336 della Germania (tabella 4.13).

Paese	\$
Stati Uniti	3.423
Germania	2.336
Regno Unito	1.874
Canada	1.364
Francia	1.084
Italia	1.053
Giappone	996

Tabella 4.14. Incremento della spesa sanitaria pubblica pro-capite nei paesi del G7: 2024 vs 2019
(dati OCSE)

Gap con la media dei paesi EU. Sino al 2011 la spesa sanitaria pro-capite in Italia era sostanzialmente allineata alla media dei paesi europei. Successivamente, a causa di tagli e definanziamenti, il divario si è progressivamente ampliato sino a raggiungere \$ 430 nel 2019. Il gap è poi aumentato ulteriormente sia negli anni della pandemia quando gli altri paesi hanno investito molto più dell'Italia, sia nel 2023 quando la spesa sanitaria in Italia è rimasta stabile, sia nel 2024 quando l'incremento è stato inferiore a quello della media EU (figura 4.35). Nel 2024 il gap con la media dei paesi europei dell'area OCSE ammonta a \$ 854 pro-capite: parametrando il dato a una popolazione residente ISTAT al 1° gennaio 2025 di quasi 59 milioni di abitanti, il gap complessivo è di \$ 50,3 miliardi. Ovvero, al cambio dollaro/euro del 30 settembre 2025, il gap pro-capite è di € 727, pari a un totale di € 42,9 miliardi.

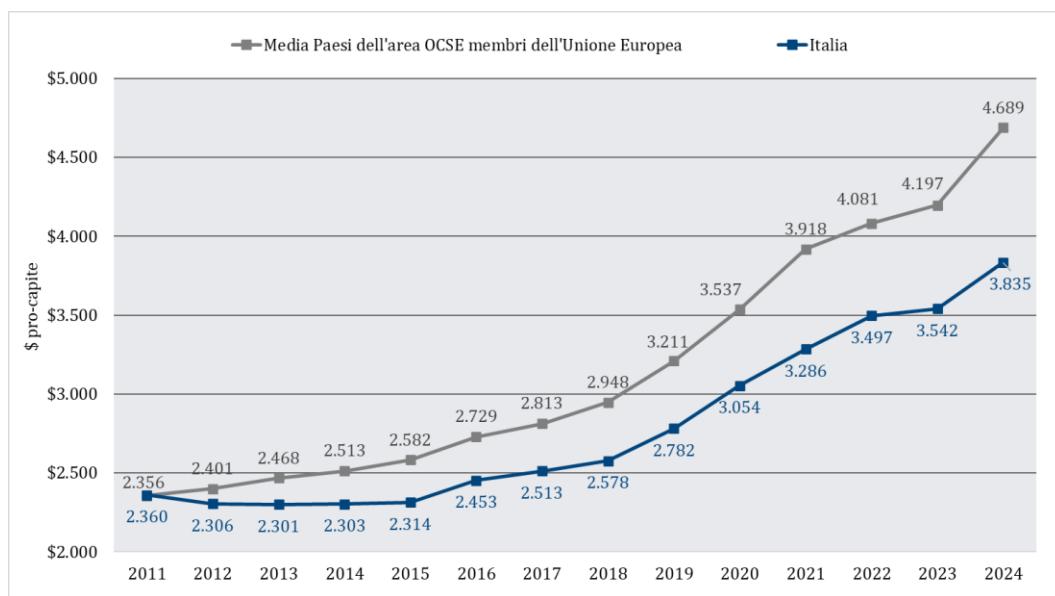


Figura 4.35. Trend spesa pubblica pro-capite 2008-2024: media paesi europei area OCSE vs Italia
(dati OCSE)

Il progressivo aumento del gap della spesa sanitaria rispetto alla media dei paesi europei da \$ 95 nel 2012 a \$ 429 nel 2019 consegue inizialmente all'entità del definanziamento pubblico 2010-2019 (§ 2.1). Successivamente il gap si è ampliato negli anni dell'emergenza pandemica, quando l'Italia ha sì incrementato la spesa, ma in misura inferiore rispetto agli altri paesi europei. Dopo una lieve riduzione nel 2022, il divario ha ripreso a crescere fino a sfiorare nel 2024 i \$ 900 pro-capite (figura 4.36).

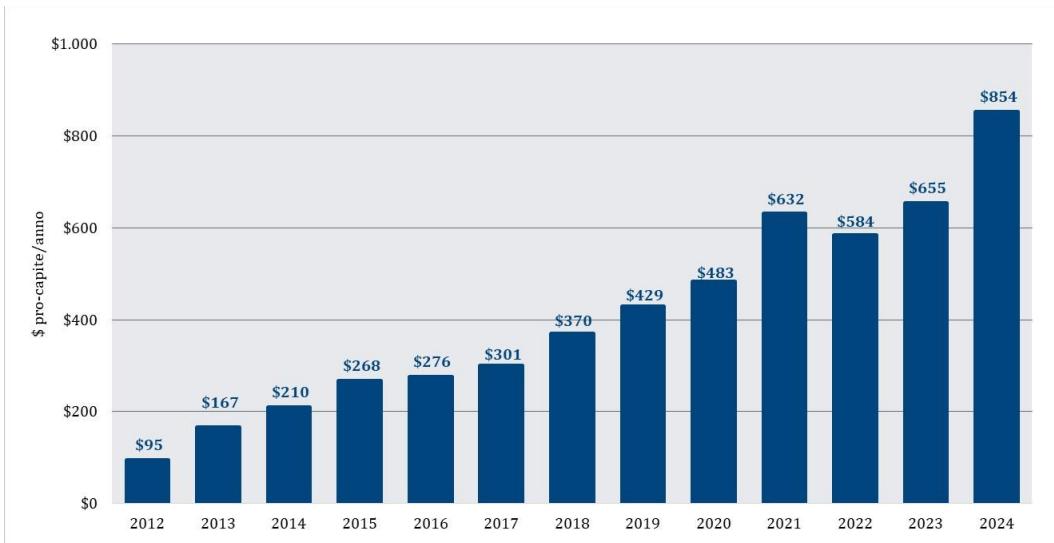


Figura 4.36. Spesa sanitaria pubblica pro-capite 2012-2024: gap annuale dell'Italia vs media paesi EU
(elaborazione GIMBE su dati OCSE)

Complessivamente, nel periodo 2012-2024, la spesa sanitaria italiana è stata inferiore di \$ 316 miliardi rispetto alla media dei paesi europei, con un divario medio annuo di circa \$ 24 miliardi (figura 4.37).

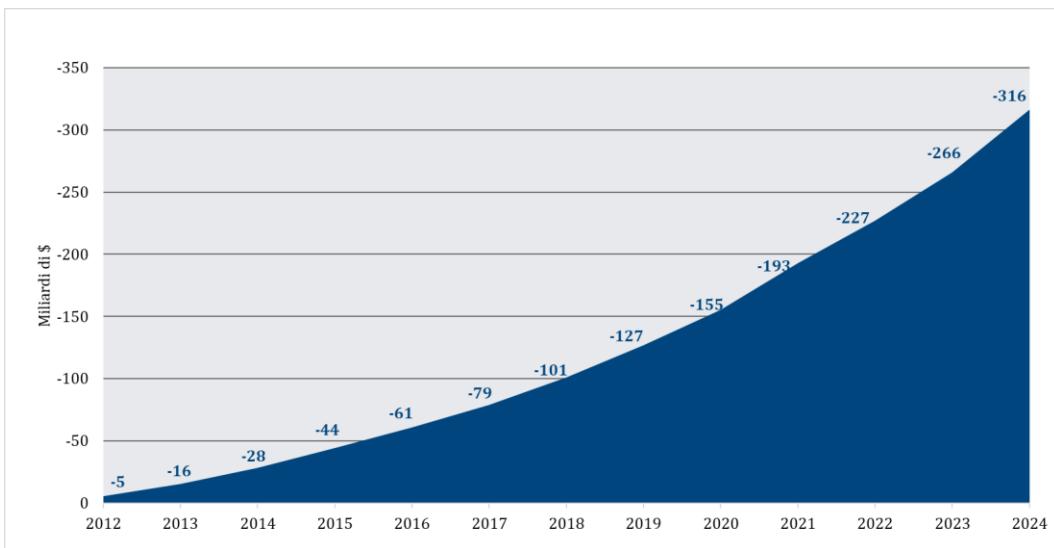


Figura 4.37. Gap cumulativo della spesa sanitaria pubblica totale 2011-2024 dell'Italia vs media paesi EU
(elaborazione GIMBE su dati OCSE)

4.3.3. Spesa sanitaria privata

Spesa privata totale pro-capite. In Italia, la spesa sanitaria privata pro-capite nel 2024, pari a \$ 1.330, supera sia la media OCSE (\$ 1.286) con una differenza di \$ 44, sia la media EU (\$ 1.238) con una differenza di \$ 91 (figura 4.38): rispetto al 2023 (\$ 1.258) si registra un aumento di \$ 72. Tra gli Stati membri dell'Unione Europea solo 6 paesi spendono più del nostro: Grecia, Paesi Bassi, Irlanda, Belgio, Portogallo e Austria, mentre altri 15 spendono meno, dai - \$ 8 della Spagna ai - \$ 639 della Repubblica Slovacca.

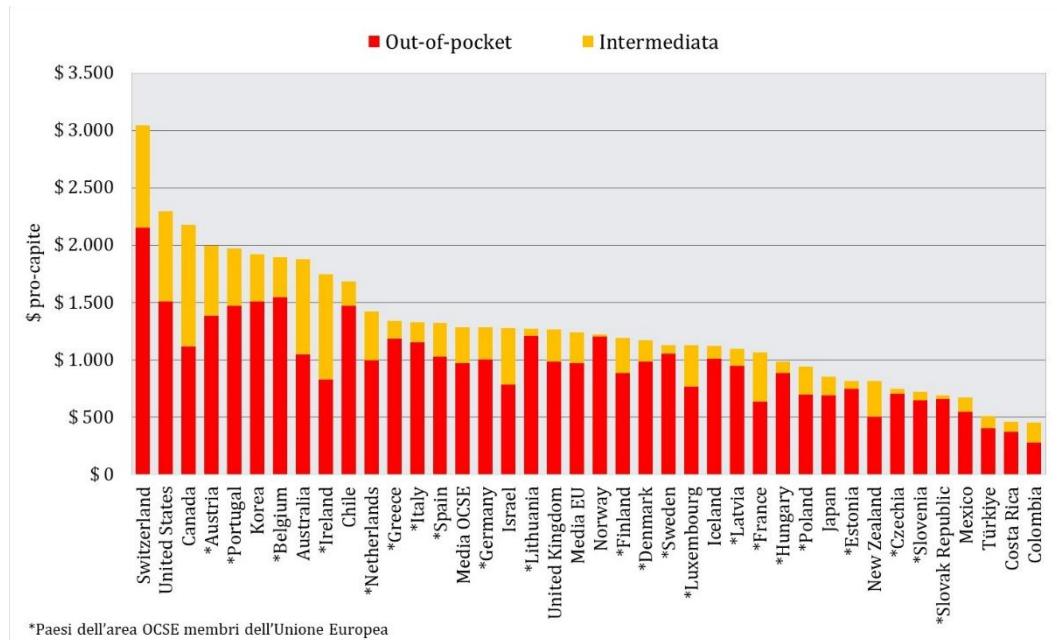


Figura 4.38. Spesa sanitaria privata totale pro-capite nei paesi OCSE
(dati OCSE, anno 2024 o più recente disponibile)

Spesa out-of-pocket pro-capite. In Italia, la spesa sanitaria out-of-pocket pro-capite nel 2024, pari a \$ 1.152, è superiore sia alla media OCSE che alla media dei paesi europei entrambe pari a \$ 972, con una differenza di \$ 180. Tra gli Stati membri dell'Unione Europea solo 5 paesi spendono più del nostro (Grecia, Lituania, Austria, Portogallo e Belgio), mentre altri 16 spendono meno: dai -\$ 99 della Svezia ai -\$ 518 della Francia (figura 4.39). Rispetto al 2023 la spesa sanitaria out-of-pocket pro-capite è aumentata di \$ 37 (\$ 1.152 vs \$ 1.115).

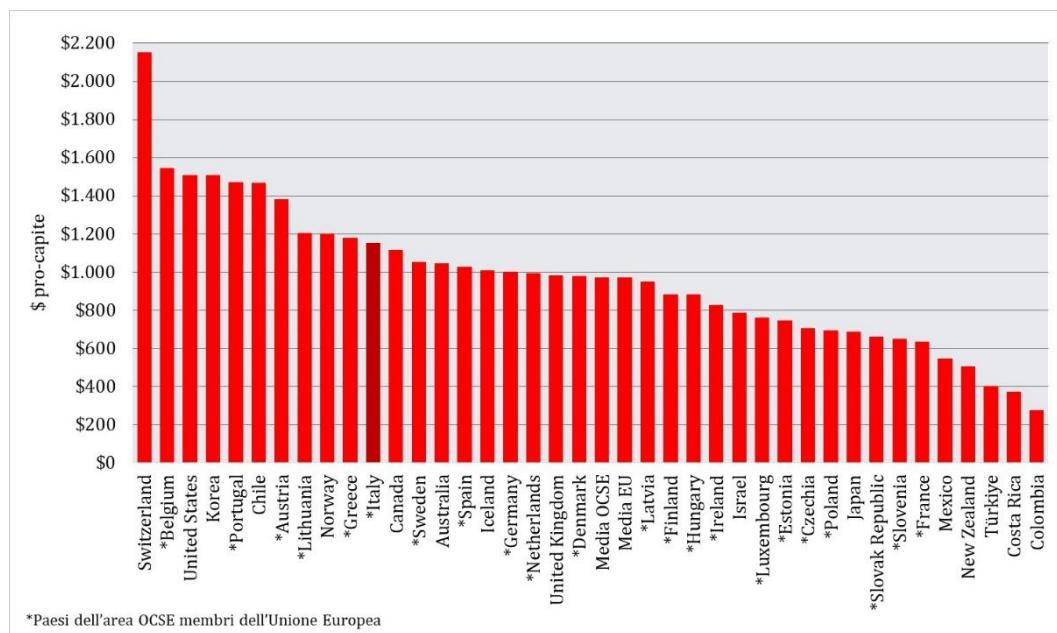


Figura 4.39. Spesa sanitaria out-of-pocket pro-capite nei paesi OCSE
(dati OCSE, anno 2024 o più recente disponibile)

Spesa sanitaria intermediata pro-capite. In Italia, la spesa sanitaria intermediata pro-capite nel 2024, pari a \$ 177, è inferiore sia alla media OCSE (\$ 314) con una differenza di \$ 137, sia alla media EU (\$ 266) con una differenza di \$ 87 (figura 4.40). Rispetto al 2023 è aumentata di

ben \$ 44 (\$ 177 vs \$ 143), mentre negli ultimi 10 anni è quasi triplicata rispetto al valore di \$ 65 registrato nel 2014.

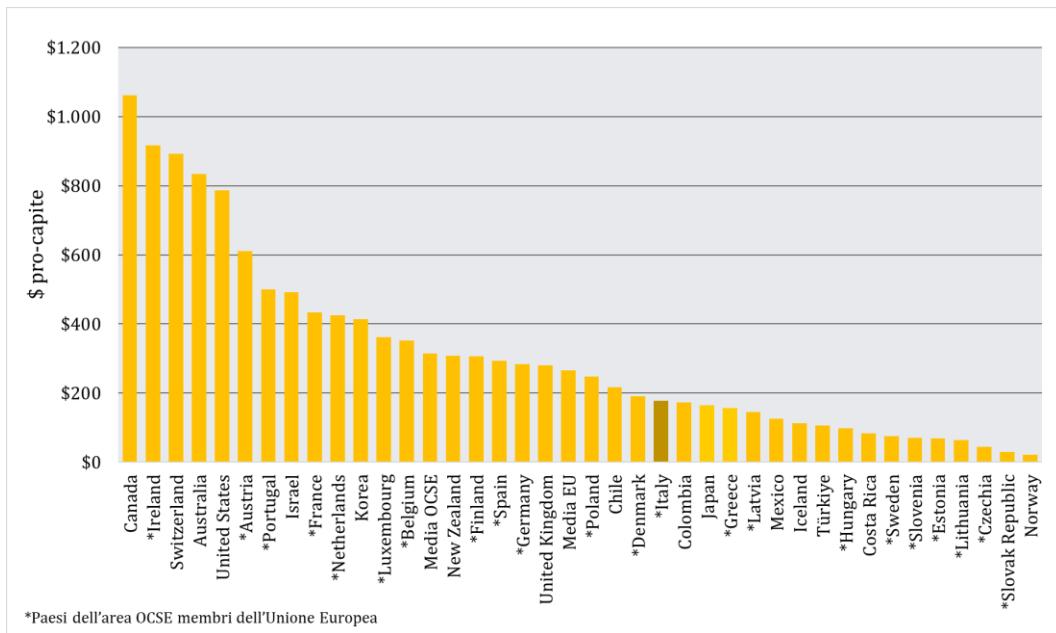


Figura 4.40. Spesa sanitaria intermediata pro-capite nei paesi OCSE
(dati OCSE, anno 2024 o più recente disponibile)

4.4. Il valore della spesa sanitaria

La spesa sanitaria viene analizzata tramite indicatori standard utili ai confronti internazionali e nazionali: spesa in valore assoluto, rapporto spesa sanitaria/PIL, spesa pro-capite e composizione percentuale tra spesa pubblica, out-of-pocket e intermediata. Questi indicatori presuppongono che l'intero ammontare della spesa sanitaria, nelle sue tre componenti (pubblica, out-of-pocket e intermediata), contribuisca a migliorare la salute individuale e collettiva. Tuttavia, poiché non tutta la spesa sanitaria produce salute l'approccio tradizionale deve essere integrato con i principi della *value-based healthcare* (VBHC). Infatti, il *value for money* (ovvero il ritorno delle risorse in termini di salute) è ridotto da tutte le “attività che consumano risorse senza generare valore”⁷⁹, ovvero gli sprechi e le inefficienze (cfr. 6).

In relazione all'impatto di sprechi e inefficienze, la spesa sanitaria è stata classificata in quattro categorie di *value for money* (box 4.5).

⁷⁹ Ohno T. Toyota Production System: Beyond Large-scale Production, Productivity Press Inc, 1995.

Box 4.5. *Value for money* della spesa sanitaria

- **Spesa dal valore assente** (*no value expenditure*). Spesa che non si traduce in servizi e prestazioni sanitarie e, di conseguenza, non ha alcun impatto sugli esiti di salute.
- **Spesa dal valore negativo** (*negative value expenditure*). Spesa per servizi e prestazioni sanitarie che, indipendentemente dal costo, peggiorano gli esiti di salute e, a cascata, generano ulteriori costi.
- **Spesa dal valore basso** (*low value expenditure*). Spesa per servizi e prestazioni sanitarie che, rispetto al costo, determinano benefici marginali o nulli sugli esiti di salute o hanno un profilo rischio-beneficio non noto.
- **Spesa dal valore elevato** (*high value expenditure*). Spesa per servizi e prestazioni sanitarie che, rispetto al costo, determinano benefici (più o meno) rilevanti in termini di salute.

Fatta eccezione per la spesa dal valore assente, è impossibile tracciare confini netti e rigorosi tra le altre categorie, perché il *value for money* di ciascuna prestazione sanitaria varia in base alla popolazione e ai sottogruppi di pazienti. Tale variabilità dipende da criteri di appropriatezza definiti sulla base delle migliori evidenze scientifiche o, in loro assenza, tramite processi di consenso formale tra esperti. Ad esempio, la risonanza magnetica (RM) nei pazienti con lombalgia acuta ha un valore elevato in presenza di segni di allarme (*red flags*) e nei pazienti senza tali segni se eseguita dopo 4-6 settimane dall'insorgenza dei sintomi, come raccomandato dalle linee guida; il valore si riduce invece se la RM viene eseguita a 2-3 settimane e diventa addirittura negativo se eseguita entro una settimana, in quanto aumenta il rischio di eventi avversi legati a sovra-diagnosi e sovra-trattamento (figura 4.41).

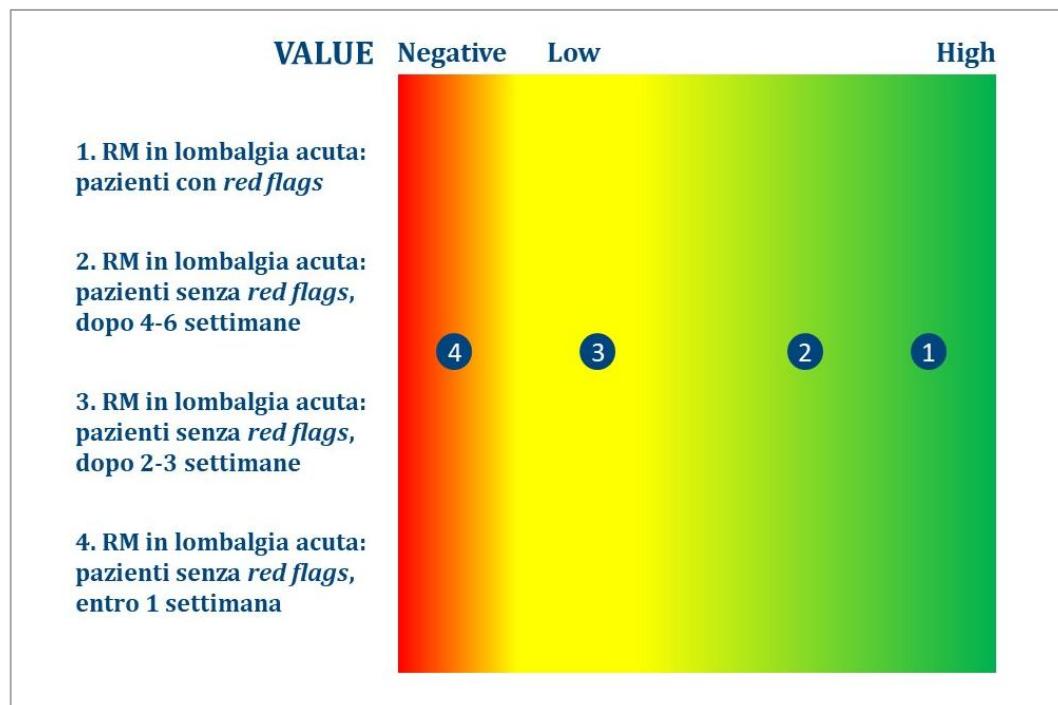


Figura 4.41. Variabilità del *value for money* della risonanza magnetica nella lombalgia acuta

Per stimare il *value for money* della spesa sanitaria sono stati considerati alcuni presupposti generali:

- Ciascuna componente della spesa sanitaria (pubblica, out-of-pocket, intermediata) risponde a driver differenti ed è destinata a voci di spesa solo parzialmente sovrapponibili.
- Le dinamiche tra le componenti della spesa sanitaria non seguono il principio dei vasi comunicanti, per cui non sono possibili compensazioni quantitative dirette. Ad esempio, la riduzione della spesa pubblica può essere compensata solo parzialmente da un aumento di quella privata: la spesa out-of-pocket e quella intermediata, infatti, permettono unicamente l'acquisto di beni e servizi, ma non il finanziamento di spese strutturali quali il personale sanitario o l'informatizzazione dei servizi.
- Le tre componenti della spesa sanitaria sono influenzate in misura variabile dalle diverse categorie di sprechi e inefficienze che consumano risorse senza generare valore. Di conseguenza, lo stesso importo di spesa pubblica, out-of-pocket e intermediata può avere un differente *value for money*, ovvero non genera lo stesso ritorno in termini di salute.
- Le categorie *low value expenditure* e *negative value expenditure* sono state unite nella categoria "spesa dal valore basso" (*low/negative value expenditure*), perché interventi sanitari con benefici marginali o nulli, se ampiamente utilizzati, peggiorano il profilo rischio/beneficio a livello di popolazione a causa dell'aumento degli effetti avversi, che a loro volta incrementano i costi sanitari. Questa categoria include anche la spesa necessaria per gestire i fenomeni di sovra-diagnosi e sovra-trattamento, oggi così diffusi^{80,81,82} da richiedere piani nazionali specifici per la loro prevenzione⁸³.
- Esiste un disallineamento tra bisogni di salute e servizi e prestazioni erogati (figura 4.42): da un lato esistono bisogni non soddisfatti, che configurano il sotto-utilizzo (*underuse*) di servizi e prestazioni sanitarie efficaci e appropriati; dall'altro una quota rilevante della spesa sanitaria viene assorbita da servizi e prestazioni sanitarie inefficienti e inappropriate, espressione del loro sovra-utilizzo (*overuse*), fenomeno amplificato da una crescente domanda indotta dalla medicalizzazione della società. Questo disallineamento, oltre a ridurre il valore della spesa pubblica, alimenta anche le disuguaglianze: infatti chi ha minori capacità di accesso ai servizi sanitari (fragili, anziani, residenti in aree disagiate, etc.) non riesce ad esigere prestazioni dal valore elevato, mentre altri consumano risorse pubbliche per prestazioni dal valore basso.

⁸⁰ Brodersen J, Kramer BS, Macdonald H, Schwartz LM, Woloshin S. Focusing on overdiagnosis as a driver of too much medicine. BMJ 2018 Aug 17;362:k3494.

⁸¹ Davies L, Petitti DB, Martin L, Woo M, Lin JS. Defining, Estimating, and Communicating Overdiagnosis in Cancer Screening. Ann Intern Med 2018;169:36-43.

⁸² Pathirana T, Clark J, Moynihan R. Mapping the drivers of overdiagnosis to potential solutions. BMJ 2017;358:j3879.

⁸³ Maher CG, McCaffery KJ, Scott IA. Moynihan R, Barratt AL, Buchbinder R, Carter SM, Dakin T, Donovan J, Elshaug AG, Glasziou PP. Australia is responding to the complex challenge of overdiagnosis. Med J Aust 2018;209:332-334.



Figura 4.42. Relazione tra bisogni di salute ed erogazione di servizi e prestazioni

Spesa pubblica. Si stima che circa il 19% della spesa sanitaria pubblica sia assorbito da sprechi e inefficienze. Di questa quota, il 50% circa non si traduce in servizi (*no value expenditure*), essendoerosodafrodi e abusi, acquisti a costi eccessivi, inefficienze amministrative, inefficienze organizzative; un ulteriore 30% è destinato a servizi e prestazioni non necessari (*overuse*) e alla gestione degli effetti avversi derivanti da sovra-diagnosi e sovra-trattamento (*low/negative value expenditure*); il restante 20% è impiegato per fronteggiare il peggioramento degli esiti di salute dovuto alla mancata erogazione (*underuse*) di prestazioni efficaci e appropriate (*low/negative value expenditure*). In relazione a queste stime, il posizionamento della spesa pubblica rispetto a bisogni e offerta è rappresentato nella figura 4.43.

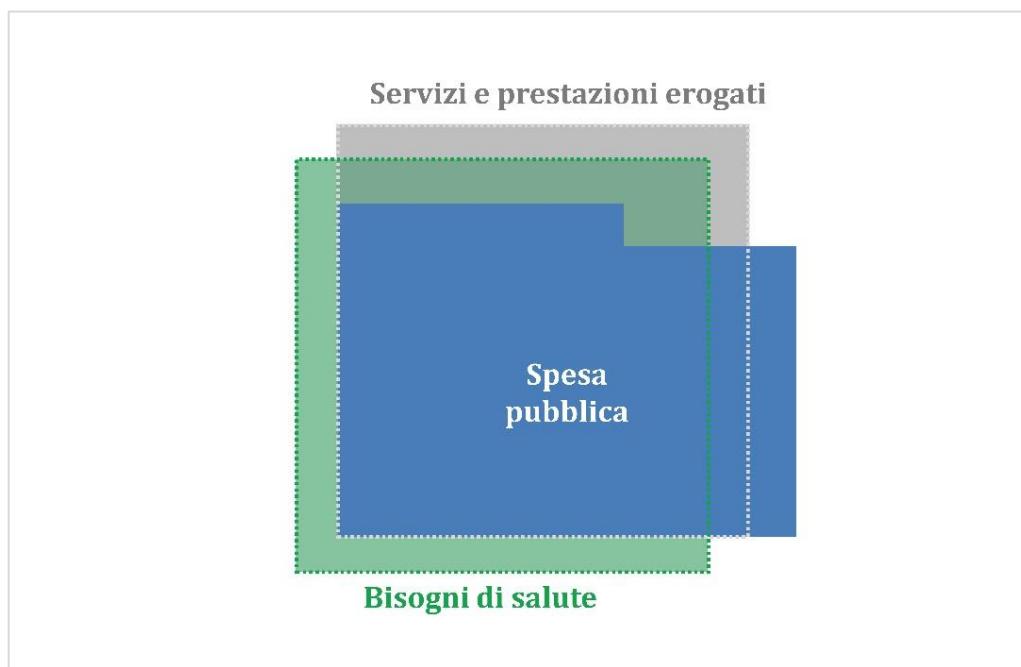


Figura 4.43. Value for money della spesa pubblica

Spesa out-of-pocket. Un recente report GIMBE⁸⁴ ha documentato che il 60% della spesa out-of-pocket è destinato a beni e servizi che soddisfano reali bisogni di salute (*high value expenditure*) e riguarda sia prestazioni extra-LEA, sia prestazioni già garantite dal SSN. Il rimanente circa 40% viene utilizzato dai cittadini per acquistare beni e servizi inefficaci e/o inappropriati, che non determinano alcun miglioramento degli esiti di salute o addirittura li peggiorano (*low/negative value expenditure*) oppure per accedere a prestazioni fruite a condizioni migliorative (es. stanze singole, servizi alberghieri) prive di impatto sulla salute. Secondo tali stime, il posizionamento della spesa out-of-pocket, rispetto a bisogni e offerta, è rappresentato nella figura 4.44, documentando che una quota rilevante si disperde in consumi che non migliorano lo stato di salute

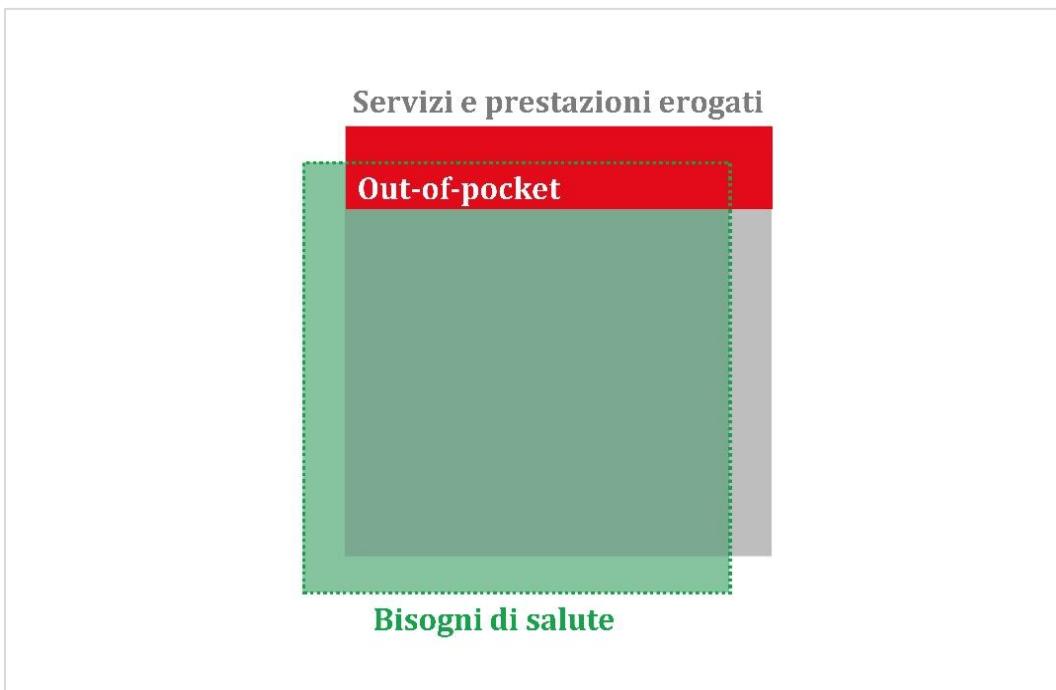


Figura 4.44. Value for money della spesa out-of-pocket

Spesa intermediata. Rispetto alla spesa intermediata dai terzi paganti (fondi sanitari, polizze individuali), oltre il 30% viene assorbito da costi di gestione (*no value expenditure*), riconducibili all'*expense ratio*: oneri di ri-assicurazione, mantenimento del fondo di garanzia, utili delle compagnie assicurative. Circa il 60% è invece destinato a prestazioni extra-LEA (es. odontoiatria, LTC), che soddisfano reali bisogni di salute non coperti dalla spesa pubblica (*high value expenditure*), oltre che a prestazioni appropriate di specialistica e diagnostica ambulatoriale. Il restante 10% riguarda prestazioni analoghe, ma inappropriate (*low/negative value expenditure*). In relazione a queste stime, il posizionamento della spesa intermediata rispetto a bisogni di salute e offerta è rappresentato nella figura 4.45.

⁸⁴ Report Osservatorio GIMBE n. 1/2025. La spesa sanitaria privata in Italia nel 2023. Fondazione GIMBE: Bologna, 18 febbraio 2025. Disponibile a: www.gimbe.org/spesa-sanitaria-privata-2023. Ultimo accesso: 30 settembre 2025.

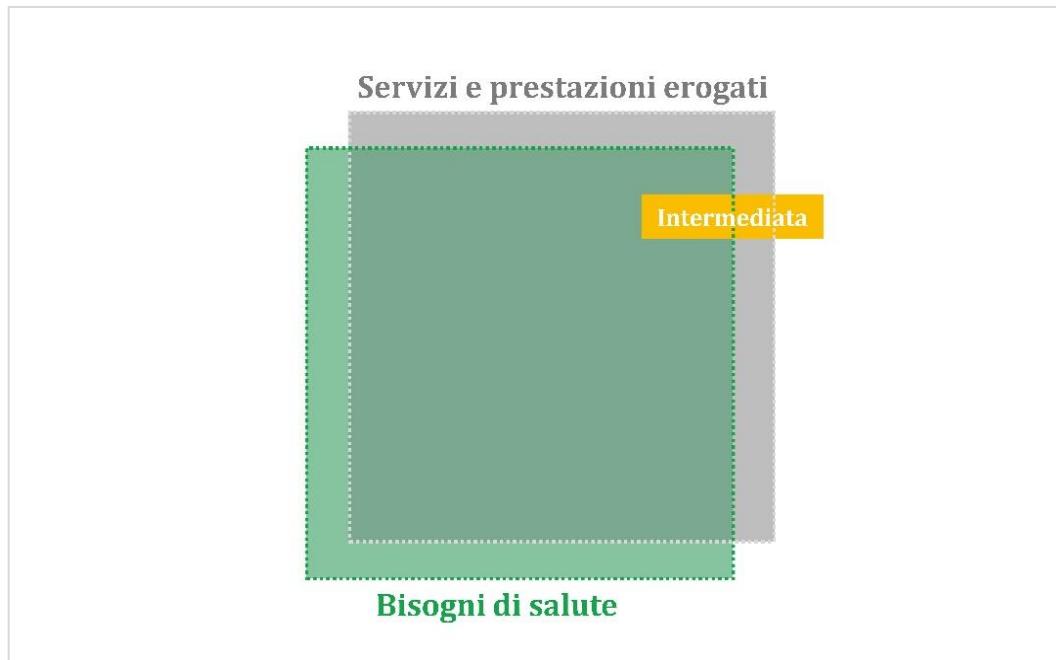


Figura 4.45. *Value for money* della spesa intermediata

Di conseguenza, accanto a una variabile sovrapposizione tra le componenti di spesa (figura 4.46), numerosi bisogni reali di salute rimangono insoddisfatti. Questa distribuzione della spesa sanitaria totale non solo determina un peggioramento degli esiti di salute per il sotto-utilizzo di servizi e prestazioni sanitarie dal valore elevato, ma genera varie categorie di sprechi e inefficienze, riducendo complessivamente il *value for money*.

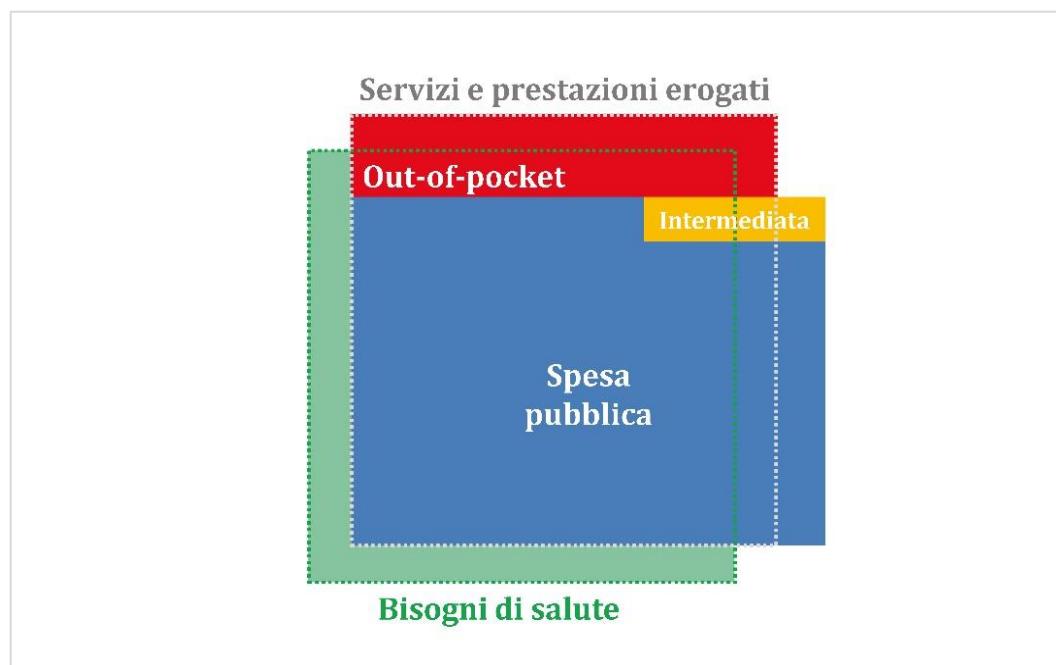


Figura 4.46. *Value for money* attuale delle tre tipologie di spesa sanitaria

Riprendendo numeri assoluti e rapporti tra le componenti della spesa sanitaria, è indispensabile avviare riforme sanitarie e fiscali, insieme ad azioni di governance a tutti i livelli, per raggiungere due irrinunciabili obiettivi (figura 4.47): ridurre al minimo i fenomeni di *overuse* e *underuse*, che determinano gravi conseguenze cliniche, sociali ed economiche;

aumentare il *value for money* di tutte le forme di spesa sanitaria, così da pervenire ad una distribuzione ottimale delle tre componenti di spesa.

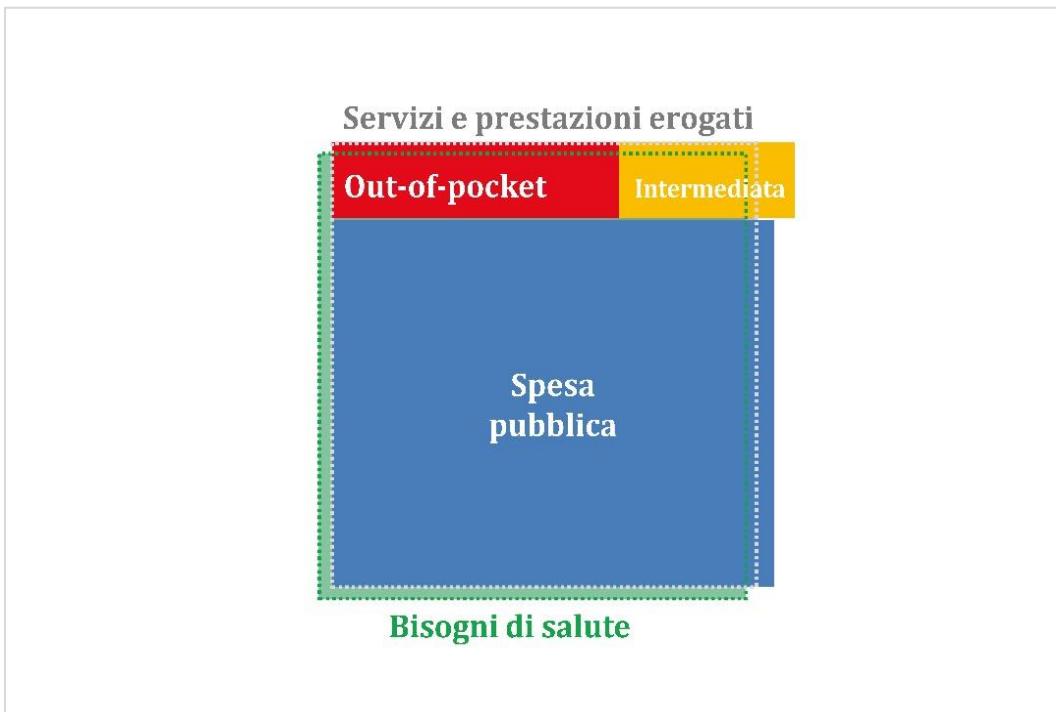


Figura 4.47. Value for money ideale delle tre tipologie di spesa sanitaria

Infine, come indicato dall'OMS⁸⁵, per non compromettere uguaglianza e accessibilità alle cure, la spesa out-of-pocket dovrebbe idealmente essere contenuta entro il 15% della spesa sanitaria totale, mentre in Italia nel 2024 ha raggiunto il 22,3%. Questo obiettivo, tuttavia, non può essere perseguito in maniera semplicistica ipotizzando di intermediare una parte consistente della spesa out-of-pocket, ma richiede un approccio di sistema basato su tre azioni. Innanzitutto, un progressivo e consistente rilancio del finanziamento pubblico per recuperare l'imponente gap con i paesi europei. In secondo luogo, un'adeguata sensibilizzazione dei cittadini per ridurre gli eccessi di medicalizzazione, accompagnata da una formazione dei medici volta a limitare le prescrizioni inappropriate. Infine, una rimodulazione del perimetro dei LEA, oggi non sostenibili per il disallineamento tra numero di prestazioni incluse e livello di finanziamento pubblico. Solo in questo modo si potrà restituire al secondo pilastro il ruolo originario d'integrazione rispetto a quanto escluso dai LEA.

Di conseguenza, l'ipotesi ventilata dalla politica che una delle soluzioni per rilanciare il SSN consista nel "mettere a sistema" la maggior parte degli oltre € 40 miliardi di spesa out-of-pocket attraverso la sanità integrativa non è supportata dai dati per almeno tre motivi. Innanzitutto le tre componenti della spesa sanitaria (pubblica, out-of-pocket e intermediata) non obbediscono alla legge dei vasi comunicanti; in secondo luogo la spesa out-of-pocket e quella intermediata sono governate da driver differenti e da interessi non sempre convergenti; infine, le analisi della Fondazione GIMBE hanno dimostrato che poco più del 60% della spesa out-of-pocket è di valore elevato e, ovviamente, non vi è alcun vantaggio nell'intermediare il rimanente 40% di spesa a basso valore.

⁸⁵ World Health Organization. Regional Office for Europe. European Health Report 2018. More than numbers — evidence for all. Disponibile a: www.euro.who.int/en/publications/abstracts/european-health-report-2018.-more-than-numbers-evidence-for-all-2018. Ultimo accesso: 30 settembre 2025.

CAPITOLO 5

I Livelli Essenziali di Assistenza

I Livelli Essenziali di Assistenza (LEA) sono le prestazioni e i servizi che il Servizio Sanitario Nazionale (SSN) è tenuto a fornire a tutti i cittadini, gratuitamente o dietro pagamento di una quota di partecipazione (ticket), con le risorse pubbliche raccolte attraverso la fiscalità generale. Il DPCM 12 gennaio 2017 sui nuovi LEA, che sostituisce integralmente il DPCM 29 novembre 2001, lascia invariati i tre macro-livelli di assistenza⁸⁶:

- **Prevenzione collettiva e sanità pubblica.** Comprende tutte le attività di prevenzione individuali e collettive, in particolare: sorveglianza, prevenzione e controllo delle malattie infettive e parassitarie, inclusi i programmi vaccinali; tutela della salute e della sicurezza degli ambienti aperti e confinati; sorveglianza, prevenzione e tutela della salute e sicurezza sui luoghi di lavoro; salute animale e igiene urbana veterinaria; sicurezza alimentare; sorveglianza e prevenzione delle malattie croniche, inclusi la promozione di stili di vita sani ed i programmi organizzati di screening; sorveglianza e prevenzione nutrizionale; attività medico-legali per finalità pubbliche.
- **Assistenza distrettuale.** Include le attività e i servizi sanitari e socio-sanitari erogati in ambito territoriale: assistenza sanitaria di base, emergenza sanitaria territoriale, assistenza farmaceutica, assistenza integrativa, assistenza specialistica ambulatoriale, protesica, termale, assistenza sociosanitaria domiciliare e territoriale e assistenza sociosanitaria residenziale e semiresidenziale.
- **Assistenza ospedaliera.** Include attività di pronto soccorso, ricovero ordinario per acuti, day surgery, day hospital, riabilitazione e lungodegenza post acuzie, attività trasfusionali, attività di trapianto di cellule, organi e tessuti, centri antiveleni.

I LEA dovrebbero essere garantiti integralmente dalla spesa pubblica, con la sola eccezione delle partecipazioni a carico dei cittadini. Tuttavia, l'assistenza socio-sanitaria nelle sue varie articolazioni (domiciliare e territoriale, residenziale e semiresidenziale) è finanziata anche dalla spesa sociale di interesse sanitario, erogata prevalentemente tramite prestazioni in denaro (figura 5.1). In altri termini, accanto ai vari "silos" dell'assistenza sanitaria, ne esiste uno parallelo che contiene varie tipologie di spesa sociale di interesse sanitario, in larga misura erogata dall'INPS tramite provvidenze in denaro e, per una quota rilevante, a carico delle famiglie, che finanziano i servizi assistenziali destinati alla *long term care* (LTC).

⁸⁶ Ministero della Salute. Cosa sono i LEA. Disponibile a: www.salute.gov.it/new/it/tema/livelli-essenziali-di-assistenza/cosa-sono-i-lea. Ultimo accesso: 30 settembre 2025.

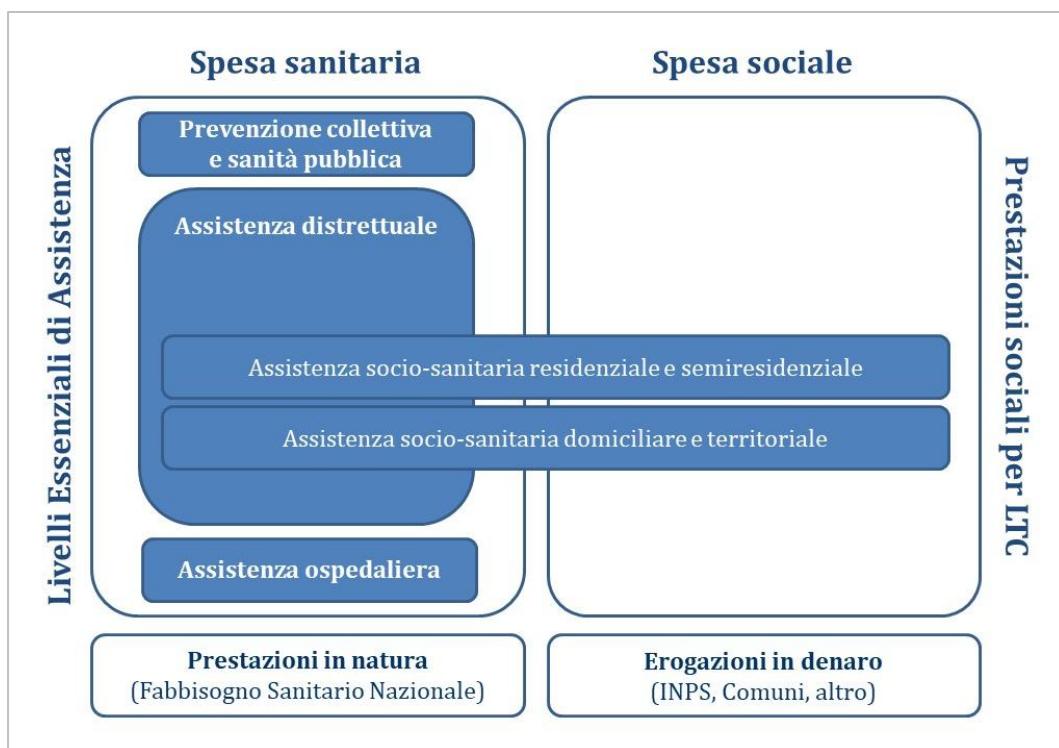


Figura 5.1. Il finanziamento pubblico dell'assistenza socio-sanitaria (modificata da⁸⁷)

5.1. Modalità di erogazione dei LEA

Considerato che il dibattito si concentra spesso su modelli regionali, strategie di management aziendale e buone pratiche, non sempre trasferibili a contesti differenti, il presente Rapporto riparte dalla semplificazione concettuale e terminologica delle modalità di erogazione dei LEA. Un denominatore comune, “sterilizzato” dalla variabilità regionale e locale, che consenta a tutti gli stakeholder di individuare con chiarezza le criticità che oggi condizionano le modalità di finanziamento, organizzazione, erogazione e valutazione dell'assistenza sanitaria e socio-sanitaria.

Questo tentativo di estrema semplificazione si fonda su alcuni presupposti generali: da un lato il modello di Donabedian⁸⁸, secondo cui la qualità di un servizio sanitario può essere misurata a tre livelli (struttura, processi, esiti); dall'altro i principi della *value-based healthcare*⁸⁹, che evidenziano come il ritorno in termini di salute (*value for money*) del denaro investito in sanità sia molto variabile.

- L'assistenza sanitaria e sociale viene erogata in setting differenti, tradizionalmente identificati in “ospedale” e “territorio”. Quest'ultimo si articola in vari ambiti clinico-assistenziali (ambulatoriale, domiciliare, residenziale, semi-residenziale, etc.) e nelle nuove strutture previste dal DM 77 (Case di Comunità, Centrali Operative Territoriali, Ospedali di Comunità), ancora ben lontane dall'essere accessibili ai cittadini in maniera uniforme in tutto il territorio nazionale, a causa dei ritardi nella realizzazione, della

⁸⁷ 20° Rapporto Sanità. C.R.E.A. Sanità. Roma, dicembre 2024. Disponibile a: www.creasanita.it/wp-content/uploads/2003/05/crea_rapporto-2024.pdf. Ultimo accesso: 30 settembre 2025.

⁸⁸ Donabedian A. Definition of Quality and Approaches to Its Assessment. Ann Arbor: Health Administration Press, 1980.

⁸⁹ Gray M. Value based healthcare. BMJ 2017;356:j437.

carenza di personale sanitario e delle differenze regionali nell'implementazione dei progetti finanziati dal PNRR (§ 8.4).

- Ciascun setting assistenziale è caratterizzato da differenti requisiti strutturali, tecnologici, organizzativi e professionali (“patrimonio STOP”), in grado di condizionare la qualità dell’assistenza sia in termini di appropriatezza dei processi che di esiti di salute.
- L’erogazione dei LEA può avvenire con varie modalità:
 - singole prestazioni: preventive, diagnostiche, terapeutiche, riabilitative, assistenziali, educazionali, palliative, etc.;
 - episodi di cura nei quali vengono erogate varie prestazioni (es. ricovero per acuti, accesso domiciliare);
 - percorsi diagnostico-terapeutici-assistenziali (PDTA) nello stesso setting assistenziale o integrati tra setting differenti.
- Indipendentemente dalle modalità di erogazione dei processi clinico-assistenziali-organizzativi, i risultati possono essere misurati in termini di:
 - Output: misurano la capacità dell’organizzazione di produrre in maniera efficiente servizi e prestazioni sanitarie.
 - Outcome: forniscono evidenze *real world* su esiti di salute, qualità di vita ed esperienza di cura dei pazienti.

Sulla base di questi presupposti emergono alcune macro-criticità che, oltre a influenzare la qualità di strutture, processi ed esiti, rendono molto complesso, se non impossibile, attuare efficaci azioni di governance o introdurre innovazioni organizzative senza ripensare profondamente l’attuale modello di finanziamento, organizzazione, erogazione e valutazione del SSN:

- Il tentativo di uniformare il “patrimonio STOP” delle organizzazioni sanitarie è stato affidato alle Regioni tramite la definizione dei requisiti minimi di accreditamento delle strutture sanitarie. Inevitabilmente, l’assenza di una governance nazionale ha generato enormi variabilità regionali su tre aspetti: innanzitutto, la definizione dei requisiti minimi di accreditamento e il loro livello di dettaglio; in secondo luogo, la scelta di accreditare o meno anche le strutture pubbliche; infine, lo svolgimento o meno di almeno due verifiche da parte degli auditor regionali per verificare la conformità dei requisiti minimi. In alcuni casi, inoltre, lo strumento dell’accreditamento è stato utilizzato in maniera opportunistica, con l’obiettivo di accreditare in maniera indiscriminata le strutture private, senza programmare la loro integrazione con quelle pubbliche né valutare i reali bisogni di salute della popolazione.
- L’appropriatezza dei processi è stata presa in considerazione quasi esclusivamente nella sua dimensione organizzativa, attraverso *policy* mirate ad erogare le stesse prestazioni in setting assistenziali a minor consumo di risorse: dal ricovero ordinario al day hospital/day surgery e da questo all’assistenza ambulatoriale, fino ai setting territoriali ove adeguatamente potenziati. Gli indicatori di appropriatezza professionale, invece, più complessi da misurare e spesso osteggiati dal mondo professionale, sono rimasti sostanzialmente esclusi dal dibattito sulla sostenibilità del SSN. Ne deriva che una quota rilevante di denaro pubblico riduce il valore complessivo della spesa sanitaria, sia per l’erogazione di prestazioni inefficaci, inappropriate, dal valore basso o addirittura negativo (*overuse*), sia per i costi della mancata erogazione (*underuse*) di prestazioni efficaci e appropriate dal valore elevato.
- Budget e sistemi premianti a tutti i livelli sono prevalentemente guidati dagli output e, in parte, dall’appropriatezza organizzativa, ma tengono conto solo marginalmente degli esiti

di salute e quasi mai dell'appropriatezza professionale. Di conseguenza, i modelli organizzativi regionali e le strategie di management delle aziende sanitarie sono fortemente condizionati da queste regole, di cui qualsiasi innovazione organizzativa (anche se basata su robuste evidenze scientifiche) non può non tenere conto.

- Le differenti modalità di erogazione dei processi vengono rimborsate secondo specifici nomenclatori tariffari (DRG, specialistica ambulatoriale, protesica, etc.) e/o devono rispettare determinati tetti di spesa (farmaci, dispositivi), con strutture rigide che ostacolano sia i processi di disinvestimento e riallocazione, sia la definizione dei budget di rete per patologia.
- Le differenti modalità di finanziamento tra diversi erogatori pubblici e privati accreditati – ad esempio rimborso a prestazione vs quota capitaria per la stessa prestazione (es. ricovero per acuti) – generano inevitabilmente comportamenti opportunistici.
- Le modalità di riparto del Fabbisogno Sanitario Nazionale (§ 3.3), basate prevalentemente basate sul criterio della popolazione residente (solo parzialmente pesata per età), continuano ad essere quasi interamente indistinte, lasciando alle Regioni la massima autonomia nell'allocazione delle risorse.
- La programmazione sanitaria, complice la legislazione concorrente e l'eterogeneità di 21 servizi sanitari regionali, non si è mai ispirata ai principi dell'*Healthcare Needs Assessment*⁹⁰: impatto di malattie e condizioni, valore degli interventi sanitari e servizi esistenti. In particolare, l'impatto di molte patologie e condizioni viene spesso sovrastimato o sottostimato per varie ragioni; il valore degli interventi sanitari raramente è oggetto di valutazioni sistematiche per decidere l'introduzione/dismissione nei LEA; i servizi esistenti orientano spesso l'offerta secondo logiche competitive (pubblico vs privato) o volte a tutelare interessi politici, industriali o corporativi. Ne consegue che l'offerta non riflette i reali bisogni di salute, che dovrebbero sempre essere allineati con la domanda di cittadini e pazienti, spesso invece inappropriata o non espressa. Ciò genera, da un lato, un'offerta sovrabbondante, opportunistica ed eccessiva rispetto ai bisogni reali, dall'altro una carenza di servizi che lascia insoddisfatti numerosi bisogni di salute. Queste distorsioni si riflettono sul valore della spesa sanitaria, alimentando fenomeni di sovra-e sotto utilizzo di servizi e prestazioni (§ 6.2).
- L'integrazione tra assistenza sanitaria e assistenza sociale rimane un obiettivo lontano, ostacolato da numerose fratture: dalle modalità di finanziamento (FSN vs provvidenze in denaro erogate dall'INPS) alla programmazione sanitaria incapace di rispondere a bisogni socio-sanitari inscindibili; dalla mancata integrazione tra i diversi attori istituzionali (Regioni, ASL, Comuni) all'assenza di percorsi socio-sanitari condivisi, fino all'erogazione di servizi non integrati secondo i bisogni clinico-assistenziali della persona. Questa frammentazione impedisce una presa in carico multiprofessionale e unitaria dei pazienti con cronicità, disabilità e non autosufficienza, ignorando che i confini tra bisogni sanitari, socio-sanitari e sociali sono molto sfumati e non possono essere incasellati in rigidi silos di finanziamento pubblico, programmazione ed erogazione dei servizi. La Missione 5 del PNRR ha previsto varie misure per l'integrazione socio-sanitaria, ma i risultati appaiono ancora più distanti rispetto a quelli della riorganizzazione dell'assistenza territoriale, lasciando irrisolto il nodo della governance integrata.
- L'attuale modello di finanziamento, organizzazione, erogazione e valutazione dei servizi sanitari si fonda su riforme disegnate oltre 30 anni fa (502/92 e 517/93) e l'ultima riforma

⁹⁰ Stevens A, Raftery J, Mant J, Simpson S. Health Care Needs Assessment: The Epidemiologically Based Needs Assessment Reviews, Third Series (1st edition). Birmingham: CRC Press, 2006.

strutturale (L. 229) risale al 1999. Di conseguenza è evidente che queste modalità sono assolutamente inadeguate a cogliere i profondi mutamenti demografici – denatalità, invecchiamento della popolazione – e le straordinarie opportunità offerte dalla trasformazione digitale, inclusa l'intelligenza artificiale.

- La trasformazione digitale, nonostante i progressi normativi e tecnologici, incontra ancora barriere rilevanti: frammentazione e scarsa interoperabilità delle piattaforme regionali, carenze infrastrutturali in diverse aree del Paese, limitata formazione dei professionisti sanitari, criticità legate alla responsabilità professionale e, infine, un livello ancora insufficiente di alfabetizzazione digitale e fiducia da parte dei cittadini sulla sicurezza dei dati contenuti nel FSE (§ 8.3.5).

5.2. Esigibilità dei nuovi LEA

Il DPCM 12 gennaio 2017 rinviava ad ulteriori atti legislativi, da concordare con le Regioni e Province autonome, l'attuazione dei nuovi LEA. Tuttavia, la mancata copertura economica ha compromesso l'uniforme esigibilità su tutto il territorio nazionale. Già in origine l'entrata in vigore dei nuovi LEA era prevista in forma progressiva e subordinata alla verifica della sostenibilità finanziaria da parte delle Regioni; ma il ritardo pluriennale nella pubblicazione dei nomenclatori tariffari per la specialistica ambulatoriale e per la protesica ha di fatto svuotato di contenuto il provvedimento. Quello che doveva rappresentare un grande traguardo politico si è trasformato in un'illusione collettiva che dura ormai da quasi 8 anni ed ha attraversato cinque diversi Governi⁹¹.

Decreto Tariffe. I nomenclatori per l'assistenza specialistica ambulatoriale e l'assistenza protesica sono stati inizialmente pubblicati in Gazzetta Ufficiale senza le relative tariffe. Il DPCM 12 gennaio 2017 (art. 64, commi 2 e 3) stabiliva infatti che la loro entrata in vigore era subordinata a successivi provvedimenti che avrebbero definito le tariffe massime delle prestazioni attraverso un *“decreto del Ministro della Salute di concerto con il Ministro dell'Economia e delle Finanze, sentita l'Agenzia per i servizi sanitari regionali, previa intesa con la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province autonome”*. Questo provvedimento, poi noto come “Decreto Tariffe”, doveva essere emanato entro il 28 febbraio 2018, come disposto dalla Legge di Bilancio 2018 (art. 1, comma 420, della legge 205/2017), scadenza mai rispettata. La pubblicazione in Gazzetta Ufficiale di nomenclatori “orfani” di tariffe ha generato dunque una vera e propria lacuna normativa, disposta dal comma 5 dello stesso art. 64: infatti, se da un lato il DPCM sui nuovi LEA ha sostituito integralmente il DPCM 29 novembre 2001, dall'altro le nuove tariffe dell'assistenza specialistica ambulatoriale e protesica sono state definite solo dopo quasi 8 anni dalla sua entrata in vigore, dopo una travagliata “gestazione” del Decreto Tariffe (box 5.1).

⁹¹ Cartabellotta A. Nuovi Lea: grande traguardo politico a rischio di illusione collettiva? Sanità 24 in: SOS Sanità, 27 gennaio 2017. Disponibile a: www.sossanita.it/doc/2017_01_nuovi-LEA-illusione_Cartabellotta.pdf. Ultimo accesso: 30 settembre 2025.

Box 5.1. L'odissea del Decreto Tariffe

- **29 dicembre 2021.** Dopo una fase di silenzio istituzionale durata quasi quattro anni, il Ministero della Salute invia alle Regioni lo schema del “Decreto Tariffe” in attuazione del DPCM sui nuovi LEA del 2017⁹². La bozza viene respinta in Conferenza Stato-Regioni, ma sulle motivazioni non è reperibile alcun documento ufficiale.
- **19 settembre 2022.** Una nuova bozza del provvedimento viene inviata alla Conferenza Stato-Regioni, insieme ai relativi allegati: relazione illustrativa e metodologica, relazione tecnica, schema delle tariffe delle prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale e di assistenza protesica⁹³.
- **28 settembre 2022.** Nel report della Conferenza Stato-Regioni, il punto 6 “Intesa [...] sullo schema di decreto concernente la definizione delle tariffe dell’assistenza specialistica ambulatoriale e protesica” viene riportato come “espunto”⁹⁴, ovvero ritirato dall’ordine del giorno per un’ulteriore ridefinizione del testo.
- **19 aprile 2023.** Viene espressa l’intesa sul provvedimento in Conferenza Stato-Regioni.
- **4 agosto 2023.** Viene pubblicato in Gazzetta Ufficiale il DM 23 giugno 2023 (cd. “Decreto Tariffe”), che aggiorna le tariffe delle prestazioni di specialistica ambulatoriale e dell’assistenza protesica e definisce le tariffe per le nuove prestazioni introdotte con i LEA nel 2017. Le disposizioni dovevano entrare in vigore dal 1° gennaio 2024 per le tariffe dell’assistenza specialistica ambulatoriale e dal 1° aprile 2024 per quelle dell’assistenza protesica.
- **31 dicembre 2023.** Un decreto del Ministro della Salute, di concerto con il Ministro dell’Economia e delle Finanze, posticipa al 1° aprile 2024 l’entrata in vigore delle tariffe per consentire alle Regioni e alle Aziende sanitarie pubbliche e private accreditate di adeguare i propri sistemi.
- **31 marzo 2024.** Un decreto del Ministro della Salute, di concerto con il Ministro dell’Economia e delle Finanze, stabilisce un ulteriore differimento dal 1° aprile 2024 al 1° gennaio 2025 dell’entrata in vigore delle nuove tariffe definite dal DM del 23 giugno 2023.
- **30 dicembre 2024.** Entrano in vigore le tariffe dell’assistenza specialistica ambulatoriale e protesica definite dal DM 25 novembre 2024.
- **22 settembre 2025.** Il TAR dichiara illegittimo il DM 25 novembre 2024 ma, per evitare un vuoto normativo e garantire la continuità del sistema, l’annullamento produrrà effetti solo dopo 365 giorni dalla sentenza.

Con l’entrata in vigore del “Decreto Tariffe”, dal 1° gennaio 2025 le prestazioni di specialistica ambulatoriale e di assistenza protesica introdotte dai nuovi LEA diventano finalmente esigibili su tutto il territorio nazionale. Si supera così una grave diseguaglianza che per anni ha penalizzato soprattutto i cittadini delle Regioni in Piano di rientro, perché tali prestazioni erano esigibili solo nelle Regioni non sottoposte a Piano di rientro con risorse proprie (extra-LEA). Tuttavia, la sentenza del TAR del Lazio del 22 settembre 2025 ha dichiarato illegittimo il DM del 25 novembre 2024: per evitare un vuoto normativo e garantire la continuità del sistema, l’annullamento produrrà effetti solo dopo 365 giorni dalla sentenza. In ogni caso, resta indispensabile monitorare l’effettiva applicazione del decreto, in particolare nelle Regioni in Piano di rientro, al fine di valutare la reale uniformità nell’esigibilità dei nuovi LEA.

⁹² Lea. Aggiornamento tariffe per visite specialistiche e protesi. Impatto da 400 milioni. Il Decreto in Conferenza Stato-Regioni. Quotidiano Sanità, 14 gennaio 2022. Disponibile a: www.quotidianosanita.it/governo-e-parlamento/articolo.php?articolo_id=101441. Ultimo accesso: 30 settembre 2025.

⁹³ Maragò E. Lea. Arriva sul tavolo delle Regioni il nuovo DM Tariffe. Ma resta il rischio bocciatura. Il testo. Quotidiano Sanità, 19 settembre 2022. Disponibile a: www.quotidianosanita.it/governo-e-parlamento/articolo.php?articolo_id=107337. Ultimo accesso: 30 settembre 2025.

⁹⁴ Conferenza Permanente per i Rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province Autonome di Trento e di Bolzano. Report seduta del 28 settembre 2022. Disponibile a: www.statoregioni.it/media/5245/report-csr-28set2022-signed.pdf. Ultimo accesso: 30 settembre 2025.

Per la specialistica ambulatoriale una prima fotografia è stata scattata da Confindustria Dispositivi Medici, che documenta un'implementazione dei nuovi LEA a macchia di leopardo⁹⁵. A fronte di un nomenclatore nazionale di 2.108 prestazioni, solo sei Regioni (Emilia-Romagna, Friuli Venezia Giulia, Lombardia, Provincia autonoma di Bolzano, Sardegna e Veneto,) hanno adeguato i propri tariffari, mentre gran parte del Centro-Sud non è intervenuta, a causa di vincoli di bilancio e/o perché in Piano di rientro. L'aggiornamento si è concentrato soprattutto su visite, diagnostica e laboratorio, con incrementi tariffari fino al 59% in chimica clinica ed ematologia, che rappresentano circa i tre quarti delle prestazioni erogate. Quanto all'ampliamento del nomenclatore, solo Piemonte, Toscana e Trentino Alto Adige hanno introdotto oltre 100 nuove prestazioni, mentre la maggioranza delle Regioni ne ha aggiunte meno di 25. Persistono criticità legate all'inadeguatezza delle tariffe minime nazionali e alla mancanza di un coordinamento Stato-Regioni, con il rischio di compromettere l'equità di accesso e alimentare la fuga verso il privato puro, a meno che la tariffazione non sappia valorizzare adeguatamente innovazione e tecnologie sanitarie.

5.3. Aggiornamento dei LEA

Sin dalla pubblicazione della Legge di Stabilità 2016, che annunciava l'aggiornamento del DPCM "Definizione dei livelli essenziali di assistenza", la Fondazione GIMBE aveva evidenziato come l'intervento della politica nella complessa normativa dei LEA fosse esclusivamente orientato ad aggiornare le prestazioni in relazione al progresso scientifico e tecnologico, senza considerare le implicazioni economiche (sostenibilità), né quelle professionali e sociali (medicalizzazione della società)⁹⁶. Per queste ragioni i nuovi LEA sono stati sin dall'inizio un "sorvegliato speciale" dell'Osservatorio GIMBE: già nel 2016, in occasione di un'audizione in 12^a Commissione Igiene e Sanità del Senato⁹⁷, veniva ribadita la loro non sostenibilità finanziaria in assenza di una metodologia esplicita per stabilire i criteri di inclusione ed esclusione prestazioni⁹⁸.

Commissione nazionale aggiornamento LEA. Al fine di consentire un aggiornamento dei LEA continuo, sistematico, oltre che basato su regole chiare ed evidenze scientifiche, il c. 556 della Legge di Stabilità 2016 ha istituito la Commissione nazionale per l'aggiornamento dei LEA e la promozione dell'appropriatezza nel SSN (cd. Commissione LEA). Nominata e presieduta dal Ministro della Salute, la Commissione include rappresentanti delle Regioni, dell'Istituto Superiore di Sanità (ISS), dell'Agenzia italiana del Farmaco (AIFA), del Ministero dell'Economia e Finanza e dell'Agenzia Nazionale per i Servizi sanitari Regionali (Agenas). I compiti della Commissione sono definiti dall'art. 2 dell'Intesa Stato-Regioni⁹⁹ di approvazione dello schema di aggiornamento dei LEA. La Commissione LEA dura in carica tre anni, è

⁹⁵ LEA, Confindustria DM: su ambulatoriale forte difformità sul territorio su tariffe e prestazioni. Confindustria DM, 11 settembre 2025. Disponibile a: www.confindustriadm.it/comunicati-stampa/lea-confindustria-dm-su-ambulatoriale-forte-difformita-sul-territorio-su-tariffe-e-prestazioni/. Ultimo accesso: 30 settembre 2025.

⁹⁶ Cartabellotta A. Livelli Essenziali di Assistenza 15 anni dopo. Evidence 2016;8(2): e1000133.

⁹⁷ Fondazione GIMBE. Audizione su schema DPCM "Definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza (LEA)" in 12^a Commissione Igiene e Sanità del Senato. Roma, 30 novembre 2016. Disponibile a: www.senato.it/application/xmanager/projects/leg17/attachments/documento_evento_procedura_commissione/files/000/00/4/592/GIMBE.pdf. Ultimo accesso: 30 settembre 2025.

⁹⁸ GIMBE: nuovi Lea non sostenibili senza un metodo rigoroso sulle prestazioni sanitarie. Quotidiano Sanità, 1° dicembre 2016. Disponibile a: www.quotidianosanita.it/governo-e-parlamento/articolo.php?articolo_id=45715. Ultimo accesso: 30 settembre 2025.

⁹⁹ Conferenza Stato-Regioni Intesa, ai sensi dell'articolo 1, comma 553 della legge 28 dicembre 2015, n. 208, tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano sullo schema di decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri di aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza (LEA). Disponibile a: <http://archivio.statoregioni.it/DettaglioDoc3fec.html?IDDoc=54685>. Ultimo accesso: 30 settembre 2025.

supportata da una segreteria tecnico-scientifica e prevede, su richiesta del presidente, la partecipazione di rappresentanti del Consiglio Superiore di Sanità, delle società scientifiche, delle federazioni dei medici e di esperti esterni, che forniscono contributi tecnico-scientifici¹⁰⁰.

La prima Commissione LEA, istituita con il DM 16 giugno 2016, si è insediata l'11 ottobre 2016 con il compito di garantire un aggiornamento continuo dei LEA, proponendo l'esclusione di prestazioni, servizi o attività divenuti obsoleti e l'inclusione di prestazioni innovative ed efficaci, al fine di mantenere allineati i LEA all'evoluzione delle conoscenze scientifiche. Il 25 gennaio 2017, la Segreteria della Conferenza delle Regioni e delle Province autonome puntualizzava che la Commissione LEA aveva già avviato i lavori attraverso tre gruppi tematici: adroterapia, modifica dei 108 DRG potenzialmente inappropriati e *delisting* delle prestazioni¹⁰¹. L'intesa di approvazione dello schema di aggiornamento dei LEA impegnava la Commissione a formulare entro il 28 febbraio 2017 la proposta di aggiornamento dei LEA per il 2017, con l'adozione del provvedimento di revisione entro il 15 marzo 2017: tuttavia, nessun aggiornamento è mai stato realizzato.

La seconda Commissione LEA, istituita con il DM 5 maggio 2020 e insediata il 28 luglio 2020, ha concluso il suo mandato triennale. Non risulta tuttavia alcuna documentazione pubblica sulle attività svolte, verosimilmente a causa della sovrapposizione del mandato con il periodo pandemico.

La terza Commissione LEA, istituita con il DM 18 marzo 2024, si è insediata il 18 luglio 2024, con l'obiettivo di garantire l'aggiornamento continuo dei LEA e di mantenere il SSN sempre al passo con le innovazioni tecnologiche e scientifiche, oltre che con le esigenze dei cittadini.

Procedura di aggiornamento dei LEA. La Commissione LEA esamina tutte le richieste di aggiornamento dei LEA, classificate in quattro categorie¹⁰²:

- inclusione nei LEA di nuove prestazioni e/o servizi;
- modifica di prestazioni e/o servizi già inclusi nei LEA (es. estensione dell'indicazione di una prestazione/servizio, introduzione o modifica di condizioni di erogabilità, trasferimento di prestazioni da un setting assistenziale a un altro, etc.);
- esclusione di prestazioni e/o servizi inclusi nei LEA;
- nuova esenzione per patologia o modifica delle prestazioni erogabili in esenzione.

Le richieste di aggiornamento possono essere avanzate, tramite moduli specifici, da:

- cittadini e associazioni di pazienti;
- Istituzioni: Ministero della Salute, Enti vigilati (AIFA, Agenas, ISS), Aziende sanitarie, Aziende ospedaliere, IRCCS, Policlinici universitari, società scientifiche, professionisti del SSN e loro associazioni, etc.;
- aziende produttrici e loro associazioni.

Per ciascuna richiesta la Commissione LEA, con il supporto della segreteria tecnico-scientifica, verifica la completezza della richiesta e l'esaustività delle evidenze scientifiche allegate,

¹⁰⁰ Ministero della Salute. Commissione Nazionale Aggiornamento LEA. Disponibile a: www.salute.gov.it/new/it/tema/livelli-essenziali-di-assistenza/commissione-nazionale-aggiornamento-lea. Ultimo accesso: 30 settembre 2025.

¹⁰¹ Camera dei Deputati. Commissione Affari Sociali. Pubblicato in Gazzetta il Decreto di aggiornamento dei Livelli essenziali di assistenza. Roma, 20 marzo 2017. Disponibile a: www.camera.it/temiap/t/news/post-0CD15-12846. Ultimo accesso: 30 settembre 2025.

¹⁰² Ministero della Salute. Aggiornamento dei LEA. Richiesta di aggiornamento dei LEA. Disponibile a: www.salute.gov.it/new/it/tema/livelli-essenziali-di-assistenza/richiesta-di-aggiornamento-dei-lea. Ultimo accesso: 30 settembre 2025.

definendone l'ordine di priorità per la valutazione. In particolare, sono ritenuti prestazioni e servizi prioritari quelli:

- con potenziale elevato impatto sulla salute della popolazione e/o destinati a soddisfare bisogni sanitari non soddisfatti;
- rilevanti rispetto alle priorità sanitarie definite a livello nazionale e/o regionale;
- supportati da robuste prove di efficacia.

Prima di deliberare modifiche dei LEA, la Commissione può organizzare incontri con i diversi portatori di interessi, in particolare con le associazioni di pazienti. Sulla base delle valutazioni effettuate in merito all'inclusione, all'esclusione o all'aggiornamento delle prestazioni e dei servizi inclusi nei LEA, la Commissione può adottare tre differenti decisioni:

- **Nessuna modifica dei LEA** per documentata inefficacia della prestazione o carenza di prove di efficacia o per mancata disponibilità di risorse economiche;
- **Aggiornamento dei LEA**: attivazione delle procedure previste per LEA iso-risorse e LEA con incremento di oneri secondo quanto stabilito dall'art. 1 della L. 208/2015 (figura 5.2);
- **Necessità di ulteriore ricerca**: proposta di inserimento della prestazione/servizio nel Programma di Generazione di Evidenze dell'ISS o nei programmi di ricerca finanziati dall'AIFA.

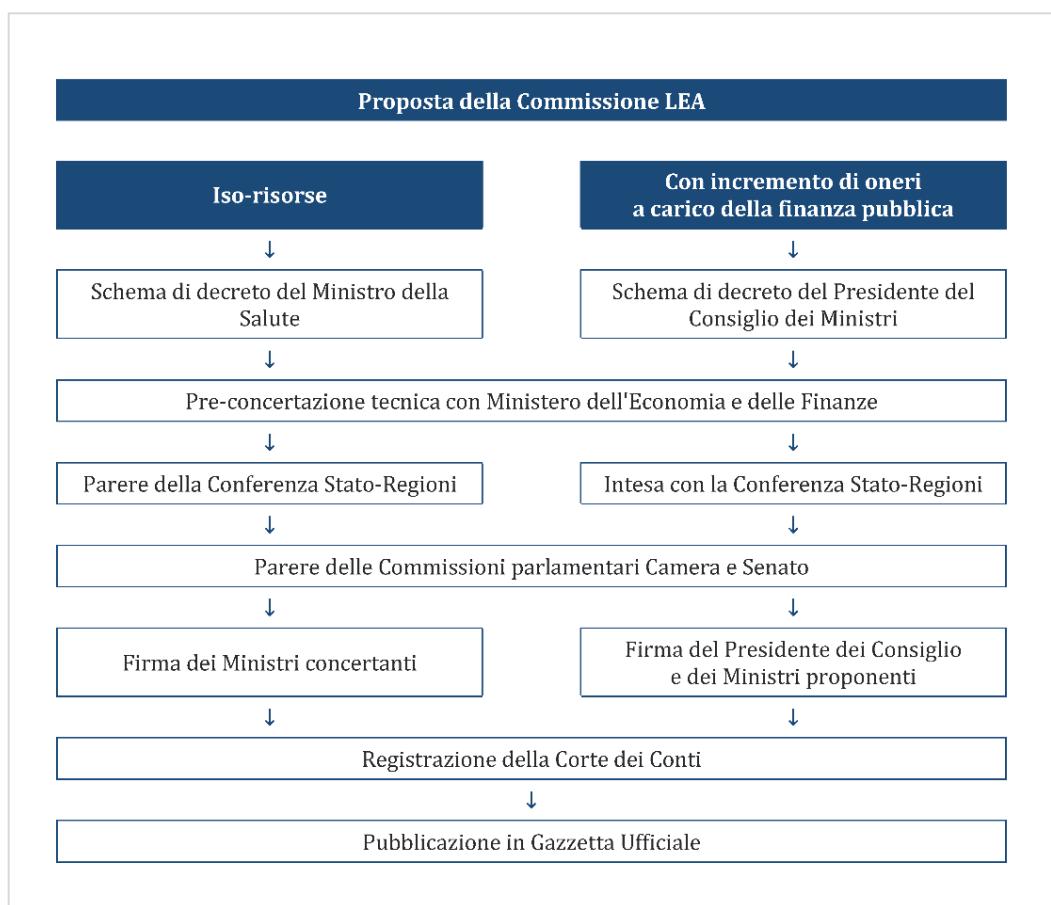


Figura 5.2. Procedure per l'aggiornamento dei LEA

Nonostante il sito del Ministero della Salute descriva un iter strutturato e trasparente sulle modalità di aggiornamento dei LEA, manca qualsiasi rendicontazione pubblica sulle richieste presentate, sulla documentazione a supporto e sull'esito finale della valutazione. In ogni caso, indipendentemente dal lavoro svolto dalle tre Commissioni LEA succedutesi nel tempo,

l'effettivo aggiornamento è rimasto subordinato al “Decreto Tariffe”, pubblicato il 4 agosto 2023, modificato dal DM 25 novembre 2024 ed entrato in vigore il 30 dicembre 2024.

Nell'aprile 2025 la Commissione LEA ha trasmesso al Ministero una proposta di aggiornamento dei LEA¹⁰³, che introduce nuove prestazioni e ampliamenti: screening neonatali, nuove esenzioni, dispositivi e test diagnostici innovativi. Al 30 settembre 2025 il testo deve ancora superare la valutazione da parte di MEF, Conferenza Stato-Regioni e Parlamento. Di conseguenza, l'aggiornamento continuo del LEA a quasi 8 anni dal DPCM 12 gennaio 2017 non è ancora operativo.

Criticità metodologiche nell'aggiornamento dei LEA. Il DPCM 12 gennaio 2017 non definisce in modo esplicito né il metodo utilizzato per inserire, o meno, nuove prestazioni nei LEA, né quello per aggiornare gli elenchi delle prestazioni, in termini di inserimento, esclusione e *delisting*. In altre parole, il “paniere LEA” è stato ampliato sottostimando la copertura finanziaria e senza adottare una metodologia rigorosa: molte prestazioni sono state incluse non sulla base di robuste prove di efficacia, ma di spinte provenienti dal mondo professionale e delle associazioni di pazienti. In assenza di un metodo rigoroso per favorire il trasferimento delle migliori evidenze scientifiche nella definizione e aggiornamento dei LEA, oggi una quota rilevante di denaro pubblico continua, dunque, ad essere sprecata sia per l'erogazione di prestazioni dal valore basso o addirittura negativo (profilo rischio-beneficio sfavorevole) incluse nei LEA, sia per i costi del mancato utilizzo di prestazioni dal valore elevato non incluse nei LEA.

Considerato che la sostenibilità del SSN può essere garantita solo destinando le risorse pubbliche prevalentemente a interventi sanitari efficaci, appropriati, dal valore elevato¹⁰⁴, la Fondazione GIMBE ha da tempo proposto e perfezionato un framework *evidence- & value-based*¹⁰⁵ che classifica le prestazioni sanitarie in quattro categorie (figura 5.3). Questo approccio integra gli strumenti di governance economico-gestionale (nomenclatori e tariffe) con un metodo rigoroso basato sulle evidenze scientifiche e sul concetto di valore¹⁰⁶, con l'obiettivo di garantire un uso appropriato delle risorse, equità di accesso e misurazione sistematica degli esiti riferiti dai pazienti¹⁰⁷:

- **Valore elevato.** Prestazioni efficaci, appropriate, dai costi adeguati rispetto alle alternative. Devono essere incluse nei LEA e interamente finanziate con risorse pubbliche.
- **Valore basso.** Prestazioni inefficaci, efficaci ma inappropriate, efficaci e appropriate, ma con costi eccessivi rispetto alle alternative; Possono essere incluse nei LEA, ma non interamente rimborsate con il denaro pubblico: la quota residua deve essere sostenuta dalla spesa privata (intermediata o out-of-pocket), in misura inversamente proporzionale al loro valore.

¹⁰³ Pronto l'aggiornamento dei Lea. Arrivano nuovi screening per la mammella e per la Sma, test di ultima generazione e si ampliano le esenzioni. Ecco la proposta del Ministero Salute. Quotidiano Sanità, Roma, 18 aprile 2025.

www.quotidianosanita.it/governo-e-parlamento/articolo.php?articolo_id=129213. Ultimo accesso: 30 settembre 2025.

¹⁰⁴ Fondazione GIMBE. Carta GIMBE per la tutela della salute. Disponibile a: www.salviamo-ssn.it/salviamo-ssn/carta. Ultimo accesso: 30 settembre 2025.

¹⁰⁵ 4° Rapporto GIMBE sulla sostenibilità del Servizio Sanitario Nazionale. Fondazione GIMBE: Roma, 11 giugno 2019. Disponibile a: www.salviamo-ssn.it/attivita/rapporto/4-rapporto-gimbe-it-IT.html. Ultimo accesso: 30 settembre 2025.

¹⁰⁶ WHO. A global review of value-based care: theory, practice and lessons learned. World Health Organization Country Office for India 2025. Disponibile a: www.who.int/publications/i/item/9789290220121. Ultimo accesso: 30 settembre 2025.

¹⁰⁷ World Health Organization. A global review of value-based care: theory, practice and lessons learned. New Delhi: World Health Organization, Country Office for India; 7 March 2025. Disponibile a: www.who.int/publications/i/item/9789290220121. Ultimo accesso: 30 settembre 2025.

- **Valore incerto.** Prestazioni dal profilo rischio-beneficio non noto in quanto le evidenze scientifiche sono assenti, di scarsa qualità o discordanti. Assimilabili a quelle a basso valore, possono essere incluse nei LEA, ma non interamente rimborsate con il denaro pubblico e con una quota a carico della spesa privata (intermediata o out-of-pocket). Contestualmente, deve essere finanziata con risorse pubbliche la ricerca comparativa indipendente, indispensabile per colmare le aree grigie.
- **Valore negativo.** Prestazioni i cui rischi superano i benefici. Devono essere rigorosamente escluse dai LEA ed è necessario impedirne l'erogazione anche tramite spesa privata.

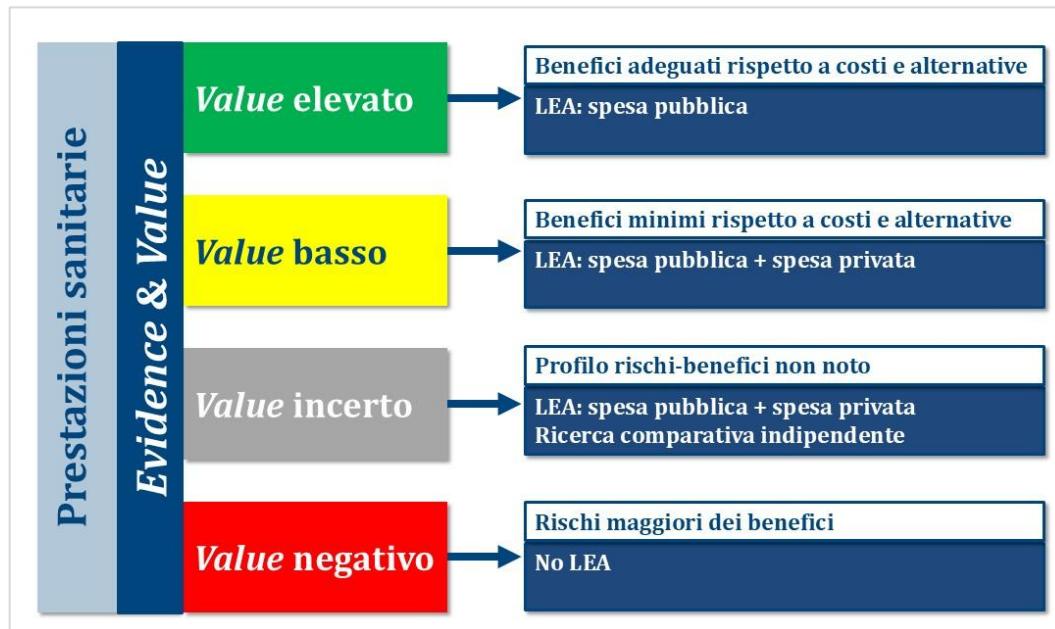


Figura 5.3. Classificazione delle prestazioni sanitarie in relazione al *value*

L'applicazione del framework GIMBE consente di allineare i LEA al concetto di valore, massimizzando il *value for money* della spesa sanitaria. Come mostra la figura 5.4, la posizione della linea tratteggiata dipende dalla disponibilità di risorse: un SSN “ricco” può permettersi di rimborsare anche prestazioni dal valore basso o incerto, mentre in un contesto di risorse limitate il finanziamento pubblico deve coprire esclusivamente prestazioni dal valore elevato, o nei casi estremi solo su quelle dal valore molto elevato. L'adozione del framework GIMBE può inoltre contribuire a ridurre le diseguaglianze territoriali e socio-economiche, migliorando l'equità di accesso alle prestazioni sanitarie.

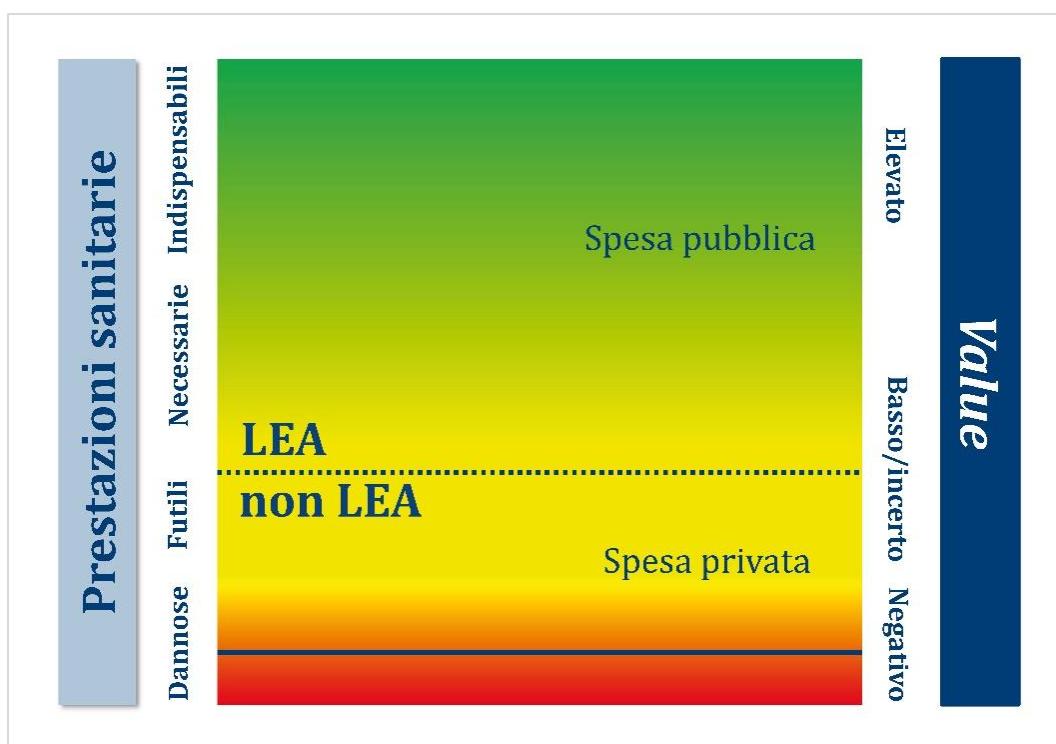


Figura 5.4. Relazione ottimale tra LEA, valore delle prestazioni e spesa sanitaria

Di conseguenza, la vera sfida della Commissione LEA non consiste tanto nell'aggiornamento dei LEA in quanto tale, bensì nella definizione e applicazione di un metodo *evidence- & value-based*, al fine di utilizzare il denaro pubblico per garantire ai cittadini servizi e prestazioni sanitarie dal valore elevato, impedire l'erogazione di prestazioni dal valore negativo, spostare sulla spesa privata (spesa out-of-pocket, spesa intermedia, partecipazione) quelle dal valore basso e avviare ricerca comparativa indipendente per le prestazioni dal valore incerto.

Le criticità rilevate dalla Fondazione GIMBE nel processo di aggiornamento dei LEA possono essere così sintetizzate:

- La metodologia utilizzata dalla Commissione LEA per l'aggiornamento delle prestazioni non è mai stata resa esplicita, né pubblicamente disponibile. Il sito del Ministero della Salute si limita a riportare che la Commissione LEA valuta l'esaurività e la robustezza delle evidenze scientifiche inoltrate dal richiedente, senza fornire ulteriori dettagli.
- L'assenza di una rendicontazione pubblica del processo di aggiornamento dei LEA non permette di comprendere quanto sia "reattivo" (indotto dalle richieste degli stakeholder) e quanto "proattivo" (proposto dalle Istituzioni).
- Le procedure per l'aggiornamento dei LEA, sia iso-risorse, sia in particolare con incremento di oneri per la finanza pubblica, rallentano il raggiungimento dell'obiettivo di "*un SSN sempre al passo con le innovazioni tecnologiche e scientifiche e con le esigenze dei cittadini*". Infatti, i tempi richiesti da complesse procedure burocratiche si sommano a quelli di valutazione tecnica della Commissione LEA, rallentando enormemente l'introduzione delle innovazioni nel SSN e ignorando l'evoluzione del progresso scientifico e il continuo turnover delle innovazioni farmacologiche e tecnologiche.
- In assenza di un consistente *delisting* dai LEA di prestazioni obsolete e dal valore basso e soprattutto negativo, non sarà possibile liberare risorse da reinvestire in prestazioni innovative da rendere universalmente disponibili.

- L'*Health Technology Assessment* (HTA), pur essendo formalmente integrato nelle politiche sanitarie, viene applicato in maniera frammentata da diversi enti centrali (Ministero della Salute, Agenas, AIFA, ISS) e dalle Regioni, con conseguente difficoltà di coordinamento e debolezza nella governance complessiva.
- Il ritardo nell'approvazione (6 anni e mezzo) e nell'entrata in vigore (quasi 8 anni) del "Decreto Tariffe" ha reso finora impossibile attuare gli aggiornamenti proposti dalla Commissione LEA.

In conclusione, l'aggiornamento continuo dei LEA e l'obiettivo di creare un SSN sempre al passo con le innovazioni tecnologiche e scientifiche e con le esigenze dei cittadini non è finora stato raggiunto.

Finanziamento dei “nuovi LEA”. La relazione tecnica del Ministero della Salute sulla valutazione di impatto dello schema di DPCM sulla revisione dei LEA aveva stimato un impatto economico di € 771,8 milioni¹⁰⁸. Le risorse per il finanziamento dei nuovi LEA sono state assegnate con la Legge di Bilancio 2016 (art. 1 comma 555), che ha stanziato € 800 milioni a valere sulla quota indistinta del FSN standard. Successivamente all'aggiornamento dei LEA sono state destinate le seguenti risorse:

- Legge di Bilancio 2022 (art. 1, comma 288): € 200 milioni annui a decorrere dal 2022, a valere sulla quota indistinta del FSN standard;
- Legge di Bilancio 2024 (art. 1, comma 235): € 50 milioni per il 2024 e € 200 milioni annui a decorrere dal 2025, a valere sul livello del FSN standard;
- Legge di Bilancio 2025 (art. 1, comma 302): € 50 milioni a decorrere dal 2025, a valere sul livello del FSN standard.

È importante sottolineare che tutte le risorse destinate ai nuovi LEA e al loro aggiornamento rientrano nel livello del FSN e non costituiscono finanziamenti aggiuntivi.

¹⁰⁸ Senato della Repubblica e Camera dei Deputati. Definizione e aggiornamento dei Livelli Essenziali di Assistenza. Roma, novembre 2016. Disponibile a: www.senato.it/service/PDF/PDFServer/BGT/00994183.pdf. Ultimo accesso: 30 settembre 2025.

5.4. Monitoraggio dei LEA

5.4.1. Verifica adempimenti LEA: il questionario LEA

Secondo quanto disposto dall’Intesa Stato-Regioni del 23 marzo 2005, le Regioni sono tenute ad una serie di adempimenti per accedere al maggior finanziamento del SSN, ovvero la quota premiale: un ammontare accantonato e distribuito sulla base di accordi nell’ambito della Conferenza delle Regioni e Province autonome, volta anche a compensare evenienze che abbiano svantaggiato qualche Regione, inclusi i meccanismi di riparto adottati per la distribuzione delle altre risorse. Sono sottoposte alla verifica di tali adempimenti tutte le Regioni ordinarie e la Sicilia, mentre sono escluse Friuli Venezia Giulia, Sardegna, Valle d’Aosta e le due Province autonome di Trento e Bolzano. La verifica degli adempimenti è affidata al Comitato LEA¹⁰⁹, che monitora l’erogazione dei LEA in condizioni di appropriatezza e di efficienza nell’utilizzo delle risorse, al fine di promuovere e garantire l’effettiva erogazione e l’uniformità sul territorio. Per la valutazione annuale degli adempimenti, il Comitato LEA predispone un questionario¹¹⁰, corredata da note esplicative per la compilazione e relativi allegati, trasmesso alle Regioni tramite il Tavolo adempimenti presso il Ministero dell’Economia e delle Finanze. Sulla base della documentazione prodotta dalle Regioni, gli adempimenti LEA vengono certificati in riunioni tecniche dedicate.

Al 30 settembre 2025, secondo quanto riportato nella pagina web del Ministero della Salute aggiornata al 14 gennaio 2025¹¹¹, i risultati della verifica degli adempimenti LEA per l’anno 2021 sono in fase di consolidamento e la verifica 2022 risulta in corso. Pertanto, gli ultimi adempimenti LEA disponibili sono relativi all’anno 2020, riportati separatamente per le Regioni in Piano di rientro¹¹² e per quelle non in Piano di rientro¹¹³.

Le Regioni oggetto di verifica sono 16: quelle a statuto ordinario e la Sicilia. Sono stati certificati 41 adempimenti, di cui alcuni articolati in più sezioni, per un totale di 128 valutazioni. Per l’anno 2020 le attività di verifica degli adempimenti LEA si sono concluse positivamente per le seguenti Regioni: Abruzzo, Basilicata, Emilia-Romagna, Lazio, Liguria, Lombardia, Marche, Piemonte, Puglia, Toscana, Umbria, Veneto. In alcuni casi, l’adempimento è stato riconosciuto chiedendo alla Regione di assolvere uno specifico impegno, il cui superamento viene accertato in occasione della verifica dell’annualità successiva. Per le Regioni Calabria, Campania, Molise e Sicilia, che presentavano criticità negli adempimenti 2020, la verifica è proseguita nell’ambito del monitoraggio dei Piani di rientro.

¹⁰⁹ Ministero della Salute. Comitato LEA: istituzione e compiti. Disponibile a: www.salute.gov.it/new/it/tema/livelli-essenziali-di-assistenza/comitato-lea/. Ultimo accesso: 30 settembre 2025.

¹¹⁰ Ministero della Salute. Questionario LEA 2022 e allegati. Disponibile a: www.salute.gov.it/new/sites/default/files/imported/C_17_pagineAree_4748_8_file.zip. Ultimo accesso: 30 settembre 2025.

¹¹¹ Ministero della Salute. Verifica adempimenti LEA. Disponibile a: www.salute.gov.it/new/it/tema/livelli-essenziali-di-assistenza/verifica-adempimenti-lea. Ultimo accesso: 30 settembre 2025.

¹¹² Ministero della Salute. Verifica adempimenti LEA. Riepilogo esiti valutazioni 2020: Regioni in Piano di Rientro. Giugno 2024. Disponibile a: www.salute.gov.it/new/sites/default/files/imported/C_17_pagineAree_4746_0_file.pdf. Ultimo aggiornamento 30 settembre 2025.

¹¹³ Ministero della Salute. Verifica adempimenti LEA. Riepilogo esiti valutazioni 2020: Regioni NON in Piano di Rientro. Giugno 2024. Disponibile a: www.salute.gov.it/new/sites/default/files/imported/C_17_pagineAree_4746_1_file.pdf. Ultimo aggiornamento 30 settembre 2025.

5.4.2. Monitoraggio dell'erogazione dei LEA

Ogni anno il Ministero della Salute pubblica un report con i risultati del monitoraggio dell'erogazione dei LEA. Il DM 12 dicembre 2001 e successivamente il DM 12 marzo 2019 hanno disposto che tale report venga pubblicato entro il 31 dicembre dell'anno successivo a quello di riferimento. Tuttavia, tale scadenza non è mai stata rispettata, rappresentando un ostacolo per la programmazione sanitaria regionale, l'avvio dei processi di miglioramento, oltre che la rendicontazione pubblica (tabella 5.1).

Anno di rilevazione	Data report	Data di pubblicazione	Mesi di ritardo*
2015	Luglio 2017	12 ottobre 2017 ¹¹⁴	9
2016	Luglio 2018	29 settembre 2018 ¹¹⁵	9
2017	Febbraio 2019	3 aprile 2019 ¹¹⁶	3
2018	Luglio 2020	5 novembre 2020 ¹¹⁷	10
2019	Maggio 2021	6 settembre 2021 ¹¹⁸	8
2020	Dicembre 2022	7 gennaio 2023 ¹¹⁹	12
2021	Maggio 2023	29 maggio 2023 ¹²⁰	5
2022	Giugno 2024	15 luglio 2024 ¹²¹	6
2023	Maggio 2025	4 agosto 2025 ¹²²	7

*Calcolati dal 31 dicembre dell'anno successivo a quello di rilevazione

Tabella 5.1. Ritardi nella pubblicazione del report sul "Monitoraggio dei LEA"

¹¹⁴ Ministero della Salute. Monitoraggio dei LEA attraverso la cd. Griglia LEA. Metodologia e Risultati dell'anno 2015. Luglio 2017. Disponibile a: www.salute.gov.it/new/sites/default/files/imported/C_17_pubblicazioni_2650_allegato.pdf. Ultimo accesso: 30 settembre 2025.

¹¹⁵ Ministero della Salute. Monitoraggio dei LEA attraverso la cd. Griglia LEA. Metodologia e Risultati dell'anno 2016. Settembre 2018. Disponibile a: www.salute.gov.it/new/sites/default/files/imported/C_17_pubblicazioni_2783_allegato.pdf. Ultimo accesso: 30 settembre 2025.

¹¹⁶ Ministero della Salute. Monitoraggio dei LEA attraverso la cd. Griglia LEA. Metodologia e Risultati dell'anno 2017. Aprile 2019. Disponibile a: www.salute.gov.it/new/sites/default/files/imported/C_17_pubblicazioni_2832_allegato.pdf. Ultimo accesso: 30 settembre 2025.

¹¹⁷ Ministero della Salute. Monitoraggio dei LEA attraverso la cd. Griglia LEA. Metodologia e Risultati dell'anno 2018. Luglio 2020. Disponibile a: www.salute.gov.it/new/sites/default/files/imported/C_17_pubblicazioni_2970_allegato.pdf. Ultimo accesso: 30 settembre 2025.

¹¹⁸ Ministero della Salute. Monitoraggio dei LEA attraverso la cd. Griglia LEA. Metodologia e Risultati dell'anno 2019. Maggio 2021. Disponibile a: www.salute.gov.it/new/sites/default/files/imported/C_17_pubblicazioni_3111_allegato.pdf. Ultimo accesso: 30 settembre 2025.

¹¹⁹ Ministero della Salute. Monitoraggio dei LEA attraverso il Nuovo Sistema di Garanzia. Metodologia e risultati dell'anno 2020. Gennaio 2023. Disponibile a: www.salute.gov.it/new/sites/default/files/imported/C_17_pubblicazioni_3288_allegato.pdf. Ultimo accesso: 30 settembre 2025.

¹²⁰ Ministero della Salute. Monitoraggio dei LEA attraverso il Nuovo Sistema di Garanzia. Metodologia e risultati dell'anno 2021. Maggio 2023. Disponibile a: www.salute.gov.it/new/sites/default/files/imported/C_17_pubblicazioni_3329_allegato.pdf. Ultimo accesso: 30 settembre 2025.

¹²¹ Ministero della Salute. Monitoraggio dei LEA attraverso il Nuovo Sistema di Garanzia. Metodologia e risultati dell'anno 2022. Luglio 2024. Disponibile a: www.salute.gov.it/new/sites/default/files/imported/C_17_pubblicazioni_3456_allegato.pdf. Ultimo accesso: 30 settembre 2025.

¹²² Ministero della Salute. Monitoraggio dei LEA attraverso il Nuovo Sistema di Garanzia. Metodologia e risultati dell'anno 2023. Maggio 2025. Disponibile a: www.salute.gov.it/new/sites/default/files/2025-08/Relazione%20NSG_31_07_2025_per_portale_copertine%20%281%29.pdf. Ultimo accesso: 30 settembre 2025.

5.4.2.1. Monitoraggio con la griglia LEA (2008-2019)

Per valutare il “Mantenimento nell’erogazione dei LEA” dal 2008 al 2019 è stata utilizzata la cd. “griglia LEA” che, nell’ultima versione, conteneva 34 indicatori ripartiti tra attività di prevenzione collettiva e sanità pubblica, assistenza distrettuale e assistenza ospedaliera. Nel dicembre 2022 la Fondazione GIMBE ha pubblicato un report¹²³ che, previa analisi di 10 monitoraggi annuali del Ministero della Salute, ha calcolato l’adempimento cumulativo 2010-2019 ed elaborato una classifica di Regioni e Province autonome per quartili. Rinviano al report originale per i dettagli sulla metodologia, le percentuali di “adempimento cumulativo” sono state calcolate come rapporto tra il punteggio totale ottenuto nel periodo 2010-2019 e il punteggio massimo raggiungibile nei 10 anni analizzati (2.250) (tabella 5.2, figura 5.5).

Regione	Adempimento cumulativo 2010-2019 (%)	Totale punti ottenuti 2010-2019
Emilia-Romagna	93,4%	2.101
Toscana	91,3%	2.055
Veneto	89,1%	2.005
Piemonte	87,6%	1.970
Lombardia	87,4%	1.966
Umbria	85,9%	1.932
Marche	84,1%	1.893
Liguria	82,8%	1.862
Friuli Venezia Giulia*	81,5%	1.833
Prov. Aut. di Trento*	78,8%	1.773
Abruzzo	76,6%	1.724
Basilicata	76,4%	1.718
Lazio	75,1%	1.689
Sicilia	69,6%	1.567
Molise	68,0%	1.530
Puglia	67,5%	1.518
Valle d’Aosta*	63,8%	1.436
Calabria	59,9%	1.347
Campania	58,2%	1.309
Prov. Aut. di Bolzano*	57,6%	1.296
Sardegna*	56,3%	1.267

*Friuli Venezia Giulia, Valle d’Aosta, Sardegna e le Province autonome di Trento e Bolzano non sono sottoposte a verifica degli adempimenti LEA.

Quartili delle percentuali di adempimento	93,4 – 86,0	85,9 – 76,7	76,6 – 67,6	67,5 – 56,3
---	-------------	-------------	-------------	-------------

**Tabella 5.2. Griglia LEA: percentuale di adempimento cumulativo 2010-2019
e totale dei punti ottenuti
(dati Ministero della Salute)**

¹²³ Report Osservatorio GIMBE n. 2/2022. Livelli Essenziali di Assistenza: le diseguaglianze regionali in sanità. Fondazione GIMBE: Bologna, dicembre 2022. Disponibile a: www.gimbe.org/LEA_2010-2019. Ultimo accesso: 30 settembre 2025.

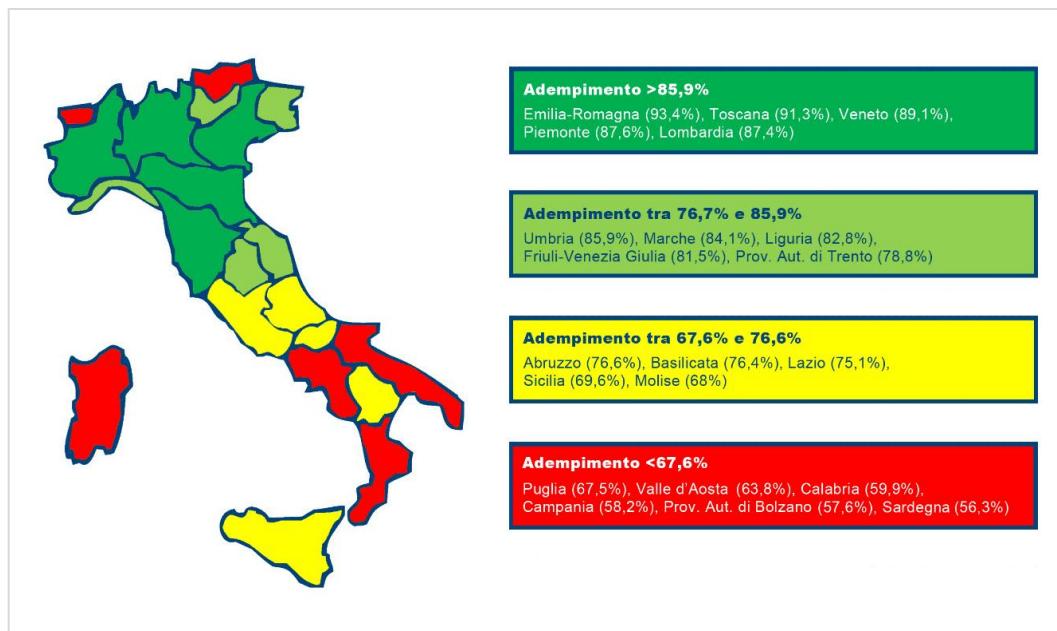


Figura 5.5. Griglia LEA: percentuale di adempimento cumulativo 2010-2019
(elaborazione GIMBE su dati Ministero della Salute)

Considerato che nel decennio 2010-2019 gli indicatori sono rimasti pressoché invariati e la modalità di attribuzione dei punteggi identica, è possibile trarre alcune considerazioni generali sul monitoraggio con la griglia LEA:

- Nel decennio 2010-2019 la percentuale cumulativa totale di adempimento delle Regioni è del 75,7% (range tra Regioni 56,3%-93,4%). Considerato che, a fronte delle risorse ripartite alle Regioni, la griglia LEA era lo strumento utilizzato per monitorare l'erogazione delle prestazioni essenziali, il 24,3% delle risorse assegnate nel periodo 2010-2019 non ha dunque prodotto servizi per i cittadini: il range varia dal 6,6% dell'Emilia-Romagna al 43,7% della Sardegna.
- La percentuale cumulativa di adempimento annuale è aumentata dal 64,1% del 2010 all'82,6% del 2019: un netto miglioramento in parte sovrastimato per il progressivo "appiattimento" della griglia LEA, la cui capacità di "catturare" gli inadempimenti si è progressivamente ridotta per la sostanziale stabilità degli indicatori.
- Nessuna Regione del Mezzogiorno si posiziona nei due quartili superiori (adempimento cumulativo $\geq 76,6\%$), documentando una "frattura strutturale" Nord-Sud.

5.4.2.2. Monitoraggio con il Nuovo Sistema di Garanzia

Dal 1° gennaio 2020 la griglia LEA è stata sostituita dal sottoinsieme di indicatori CORE del Nuovo Sistema di Garanzia (NSG), come previsto dal DM 12 marzo 2019. Il NSG, introdotto dal DM 12 marzo 2019, ha l'obiettivo primario di mettere in relazione i LEA erogati con la valutazione multidimensionale della qualità dell'assistenza (sicurezza, efficacia, appropriatezza clinica e organizzativa, equità, partecipazione di cittadini e pazienti, efficienza), tramite 88 indicatori relativi a:

- Macro-livelli di assistenza:
 - prevenzione collettiva e sanità pubblica (n. 16)
 - assistenza distrettuale (n. 33)
 - assistenza ospedaliera (n. 24)

- Contesto per la stima del bisogno sanitario (n. 4)
- Equità sociale (n. 1)
- Monitoraggio e valutazione dei percorsi diagnostico-terapeutici assistenziali (PDTA) (n. 10), relativi a 6 patologie: bronco-pneumopatia cronica ostruttiva, scompenso cardiaco, diabete, tumore della mammella nella donna, tumore del colon, tumore del retto.

La circolare ministeriale del 27 ottobre 2020 contiene le schede tecniche degli indicatori NSG¹²⁴ e la metodologia per il calcolo degli indicatori NSG-PDTA¹²⁵. All'interno del NSG è stato individuato, ai sensi dell'articolo 2, c. 4 del DM 12 marzo 2019, un sottoinsieme di 22 indicatori, denominato "CORE", da utilizzare per valutare sinteticamente l'erogazione dei LEA. Su tali indicatori CORE dal 2016 al 2019 è stata effettuata una sperimentazione: i risultati sono disponibili sul sito del Ministero della Salute 2016-2019¹²⁶. Dal 2020 gli indicatori CORE del NSG hanno formalmente sostituito la griglia LEA.

Gli altri indicatori¹²⁷ del NSG, cd. "NO CORE", non vengono utilizzati per assegnare i punteggi LEA. In ogni caso, considerato che forniscono un quadro informativo analitico sulle performance dei servizi sanitari regionali, possono essere utilizzati dalle Regioni per benchmark, attività di miglioramento e definizione di obiettivi per le Aziende sanitarie.

Nel NSG il punteggio complessivo per ciascuna area è determinato dalla media pesata dei punteggi degli indicatori CORE dell'area stessa, comprensivi di tutti i premi/penalità, ed è compreso tra 0 e 100. Per essere considerata adempiente, una Regione deve ottenere un punteggio ≥60 in tutte le tre aree; con un punteggio <60 anche in una sola area la Regione viene dunque classificata come inadempiente. In altre parole, a differenza della griglia LEA, il NSG non somma i punteggi ottenuti nei tre macro-livelli, ma valuta l'adempimento per ciascuno di essi, fissando a 60 punti la soglia minima.

Il sottoinsieme degli indicatori CORE è rimasto stabile per il periodo 2020-2022, in coerenza con le previsioni del DM 12 marzo 2019 sul primo triennio di applicazione. Dal 2023 sono stati effettuati i primi aggiornamenti per garantire la flessibilità del sistema di valutazione. In dettaglio, rispetto al triennio 2020-2022, nel 2023 sono state apportate le seguenti variazioni, che hanno portato il numero di indicatori CORE da 22 a 26, di cui 2 utilizzati ad anni alterni:

- Area prevenzione: nessuna variazione
- Area distrettuale: aggiunti gli indicatori D01C e D02C
- Area ospedaliera:
 - inseriti gli indicatori H03C, H08Zb e H23C
 - eliminato l'indicatore H01Z

Tenendo conto del meccanismo di rotazione degli indicatori D03C e D04C, per l'anno 2023 il numero di indicatori CORE è pari a 25 (box 5.2).

¹²⁴ Ministero della Salute. Schede tecniche degli indicatori NSG. Disponibile a: www.salute.gov.it/imgs/C_17_pagineAree_5238_2_file.pdf. Ultimo accesso: 30 settembre 2025.

¹²⁵ Ministero della Salute. Monitoraggio e valutazione dei Percorsi Diagnostico-Terapeutico Assistenziali. Metodologia per il calcolo degli indicatori. Aggiornato al 1° giugno 2021. Disponibile a: www.salute.gov.it/imgs/C_17_pagineAree_5238_4_file.pdf. Ultimo accesso: 30 settembre 2025.

¹²⁶ Ministero della Salute. NSG. Risultati della sperimentazione 2016-2019. Disponibile a: www.salute.gov.it/imgs/C_17_pagineAree_5238_0_file.pdf. Ultimo accesso: 30 settembre 2025.

¹²⁷ Ministero della Salute. Elenco degli indicatori NO CORE. Disponibile a: www.salute.gov.it/imgs/C_17_pagineAree_5238_1_file.pdf. Ultimo accesso: 30 settembre 2025.

Box 5.2. Nuovo Sistema di Garanzia: indicatori CORE 2023

Prevenzione collettiva e sanità pubblica (n.6)

- **P01C.** Copertura vaccinale nei bambini a 24 mesi per ciclo base (polio, difterite, tetano, epatite B, pertosse, Hib).
- **P02C.** Copertura vaccinale nei bambini a 24 mesi per la 1° dose di vaccino contro morbillo, parotite, rosolia (MPR).
- **P10Z.** Copertura delle principali attività riferite al controllo delle anagrafi animali, della alimentazione degli animali da reddito e della somministrazione di farmaci ai fini delle garanzie di sicurezza alimentare per il cittadino.
- **P12Z.** Copertura delle principali attività di controllo per la contaminazione degli alimenti, con particolare riferimento alla ricerca di sostanze illecite, di residui di contaminanti, di farmaci, di fitofarmaci e di additivi negli alimenti di origine animale e vegetale.
- **P14C.** Indicatore composito sugli stili di vita.
- **P15C.** Proporzione di persone che hanno effettuato test di screening di primo livello, in un programma organizzato, per cervice uterina, mammella, colon retto*.

*Il punteggio finale dell'indicatore è dato dalla media aritmetica dei punteggi delle 3 componenti: mammella, cervice e colon

Area distrettuale (n. 11)

- **D01C.** Proporzione di eventi maggiori cardiovascolari, cerebrovascolari o decessi (*Major Adverse Cardiac and Cerebrovascular event - MACCE*) entro 12 mesi da un episodio di infarto Miocardico Acuto (IMA).
- **D02C.** Proporzione di eventi maggiori cardiovascolari, cerebrovascolari o decessi (*Major Adverse Cardiac and Cerebrovascular event - MACCE*) entro 12 mesi da un episodio di ictus ischemico.
- **D04C*.** Tasso di ospedalizzazione standardizzato in età pediatrica (<18 anni) per asma e gastroenterite.
- **D09Z.** Intervallo Allarme-Target dei mezzi di soccorso.
- **D10Z.** Percentuale di prestazioni, garantite entro i tempi, della classe di priorità B in rapporto al totale di prestazioni di classe B.
- **D14C.** Consumo di farmaci sentinella/traccianti per 1.000 abitanti. Antibiotici.
- **D22Z.** Tasso di pazienti trattati in assistenza domiciliare integrata per intensità di cura (CIA 1, CIA 2, CIA 3).
- **D27C.** Percentuale di re-ricoveri tra 8 e 30 giorni in psichiatria.
- **D30Z.** Numero deceduti per causa di tumore assistiti dalla Rete di cure palliative sul numero deceduti per causa di tumore.
- **D33Za.** Numero di anziani non autosufficienti in trattamento socio-sanitario residenziale/semiresidenziale in rapporto alla popolazione residente, per tipologia di trattamento (intensità di cura).

*L'indicatore D03C -tasso di ospedalizzazione standardizzato in età adulta (≥ 18 anni) per complicanze (a breve e lungo termine) per diabete, broncopneumopatia cronica ostruttiva (BPCO) e scompenso cardiaco – si alterna con l'indicatore D04C nell'anno 2023 è stato inserito nel CORE l'indicatore D04C

Area ospedaliera (n. 9)

- **H02Z.** Quota di interventi per tumore maligno della mammella eseguiti in reparti con volume di attività superiore a 150 (10% tolleranza) interventi annui.
- **H03C.** Proporzione di nuovo intervento di resezione entro 120 giorni da un intervento chirurgico conservativo per tumore maligno della mammella.
- **H04Z.** Rapporto tra ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriatezza (all. B Patto per la Salute 2010-2012) e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inappropriatezza in regime ordinario.
- **H05Z.** Proporzione di colecistectomie laparoscopiche con degenza post-operatoria inferiore a 3 giorni.
- **H08Zb.** Autosufficienza di emoderivati (immunoglobuline, Fattore VIII, Fattore IX, albumina).
- **H013C.** Percentuale di pazienti (età ≥ 65 anni) con diagnosi di frattura del collo del femore operati entro 2 giorni in regime ordinario.
- **H17C/H18C*.** Percentuale parti cesarei primari in maternità di I livello o comunque con <1.000 parti (H17C) o in maternità di II livello o comunque con ≥ 1.000 parti (H18C).
- **H023C.** Mortalità a 30 giorni dal primo ricovero per ictus ischemico.

*Indicatori H17C e H18C valutati in maniera congiunta

Monitoraggio dei LEA con il Nuovo Sistema di Garanzia: anni 2020-2023. Negli anni 2020 e 2021, a causa dell'emergenza pandemica, la valutazione è stata condotta con finalità esclusivamente informative. Negli anni 2020-2023 solo 11 Regioni hanno sempre raggiunto la soglia di adempimento: Emilia-Romagna, Friuli Venezia Giulia, Lazio, Lombardia, Marche, Provincia autonoma di Trento, Piemonte, Puglia, Toscana, Umbria e Veneto. La tabella 5.3 riporta per il periodo 2020-2023, le Regioni inadempienti, con l'indicazione delle aree (prevenzione, distrettuale, ospedaliera) in cui hanno ottenuto un punteggio <60.

Regione	2020			2021			2022			2023		
	P	D	O	P	D	O	P	D	O	P	D	O
Abruzzo	Red	Green	Green	Green	Green	Green	Red	Green	Green	Red	Red	Green
Basilicata	Red	Green	Red	Green	Red	Green						
Calabria	Red	Green	Red	Green	Red	Green						
Campania	Green	Red	Red	Green	Red	Red	Green	Red	Red	Green	Red	Green
Liguria	Red	Green	Red	Green	Green							
Molise	Green	Green	Red	Green	Red	Red	Red	Red	Red	Green	Green	Green
Provincia Aut. di Bolzano	Red	Red	Green	Red	Green	Green	Red	Red	Red	Red	Green	Green
Sardegna	Green	Red	Red	Green	Red	Red	Red	Red	Red	Green	Red	Green
Sicilia	Red	Green	Green	Red	Green	Green	Red	Red	Red	Red	Red	Green
Valle d'Aosta	Green	Red	Green	Red	Red							

P: area prevenzione, D: area distrettuale, O: area ospedaliera

Adempiente
Inadempiente

Tabella 5.3. Nuovo Sistema di Garanzia: Regioni inadempienti 2020-2023
(dati Ministero della Salute)

Tenendo conto del numero di aree inadempienti negli anni 2020-2023, le dieci Regioni possono essere raggruppate in tre categorie:

- **Performance in miglioramento:** la Calabria da 3 aree di inadempimento nel 2021 è passata a un'area nel 2023; Sardegna e Campania sono migliorate progressivamente sino a risultare adempienti nel 2023.
- **Performance in peggioramento:** la Sicilia è passata da un'area di inadempimento negli anni 2020-2021 a due aree nel 2022-2023; l'Abruzzo, adempiente nel 2021, è risultato inadempiente in un'area nel 2022 e in due aree nel 2023; la Basilicata, adempiente nel 2021-2022, risulta inadempiente nel 2023 nell'area della prevenzione.
- **Performance stabili:** il Molise risulta nei 4 anni inadempiente in una sola area (non sempre la stessa); la Valle d'Aosta oscilla tra due e tre aree di inadempimento; la Provincia autonoma di Bolzano si mantiene sempre inadempiente nell'area della prevenzione; la Liguria, adempiente nel 2021-2022, torna inadempiente nell'area della prevenzione nel 2023, analogamente al 2020.

Monitoraggio dei LEA con il Nuovo Sistema di Garanzia: anno 2023. Gli adempimenti sul monitoraggio dei LEA relativi all'anno 2023 sono stati resi pubblici il 4 agosto 2025¹²⁸. Nel 2023 risultano adempienti solo 13 Regioni: Campania, Emilia-Romagna, Friuli Venezia Giulia, Lazio, Lombardia, Marche, Provincia autonoma di Trento, Piemonte, Puglia, Sardegna, Toscana, Umbria e Veneto. Risultano inadempienti le altre 8 Regioni: Basilicata, Calabria, Liguria, Molise e Provincia autonoma di Bolzano con un punteggio insufficiente in una sola area; Abruzzo, Sicilia e Valle d'Aosta con un punteggio insufficiente in due aree. Le aree della prevenzione e distrettuale contano il maggior numero di Regioni inadempienti (n. 5); nell'area ospedaliera è inadempiente solo una Regione (tabella 5.4).

Regione	Prevenzione	Distrettuale	Ospedaliera	Status			
Abruzzo	54	45	83	Inadempiente			
Basilicata	68	52	69	Inadempiente			
Calabria	68	40	69	Inadempiente			
Campania	62	72	72	Adempiente			
Emilia-Romagna	97	89	92	Adempiente			
Friuli Venezia Giulia	81	81	73	Adempiente			
Lazio	63	68	85	Adempiente			
Liguria	54	85	80	Inadempiente			
Lombardia	95	76	86	Adempiente			
Marche	74	83	91	Adempiente			
Molise	58	73	62	Inadempiente			
Provincia Aut. di Bolzano	58	82	62	Inadempiente			
Provincia Aut. di Trento	98	83	97	Adempiente			
Piemonte	93	90	87	Adempiente			
Puglia	74	69	85	Adempiente			
Sardegna	65	67	60	Adempiente			
Sicilia	49	44	80	Inadempiente			
Toscana	95	95	96	Adempiente			
Umbria	93	80	84	Adempiente			
Valle d'Aosta	77	35	53	Inadempiente			
Veneto	98	96	94	Adempiente			
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="padding: 2px;">Punteggio</td> <td style="padding: 2px; background-color: #90EE90;">≥ 60</td> <td style="padding: 2px; background-color: #FFB6C1; color: red;">< 60</td> </tr> </table>					Punteggio	≥ 60	< 60
Punteggio	≥ 60	< 60					

Tabella 5.4. Nuovo Sistema di Garanzia: punteggi per area 2023
(dati Ministero della Salute)

¹²⁸ Ministero della Salute. Monitoraggio dei LEA attraverso il Nuovo Sistema di Garanzia. Metodologia e risultati dell'anno 2023. Direzione Generale della Programmazione Sanitaria, maggio 2025. Disponibile a: www.salute.gov.it/new/sites/default/files/2025-08/Relazione%20NSG_31_07_2025_per_portale_copertine%20%281%29.pdf. Ultimo accesso: 30 settembre 2025.

Anche se il NSG non prevede il calcolo di un punteggio totale per valutare gli adempimenti, la Fondazione GIMBE ha elaborato una classifica di Regioni e Province autonome sommando i punteggi ottenuti nelle tre macro-aree LEA e riportando i risultati in quartili (tabella 5.5, figura 5.6). Il punteggio totale mostra in maniera più evidente l'entità del divario Nord-Sud: infatti, ai primi 10 posti si trovano 6 Regioni del Nord, 3 del Centro e 1 del Sud, mentre nelle ultime 7 posizioni si collocano solo Regioni del Mezzogiorno, eccezione fatta per la Valle D'Aosta.

Regione	Punteggio totale 2023
Veneto	288
Toscana	286
Emilia-Romagna	278
Prov. Aut. di Trento	278
Piemonte	270
Lombardia	257
Umbria	257
Marche	248
Friuli Venezia Giulia	235
Puglia	228
Liguria*	219
Lazio	216
Campania	206
Prov. Aut. di Bolzano*	202
Molise*	193
Sardegna	192
Basilicata*	189
Abruzzo*	182
Calabria*	177
Sicilia*	173
Valle d'Aosta*	165
Quartili ≤192 >192 e ≤219 >219 e ≤257 >257	
*Regione inadempiente secondo il Nuovo Sistema di Garanzia (NSG)	

Tabella 5.5. Nuovo Sistema di Garanzia: punteggi totali
(dati Ministero della Salute, anno 2023)

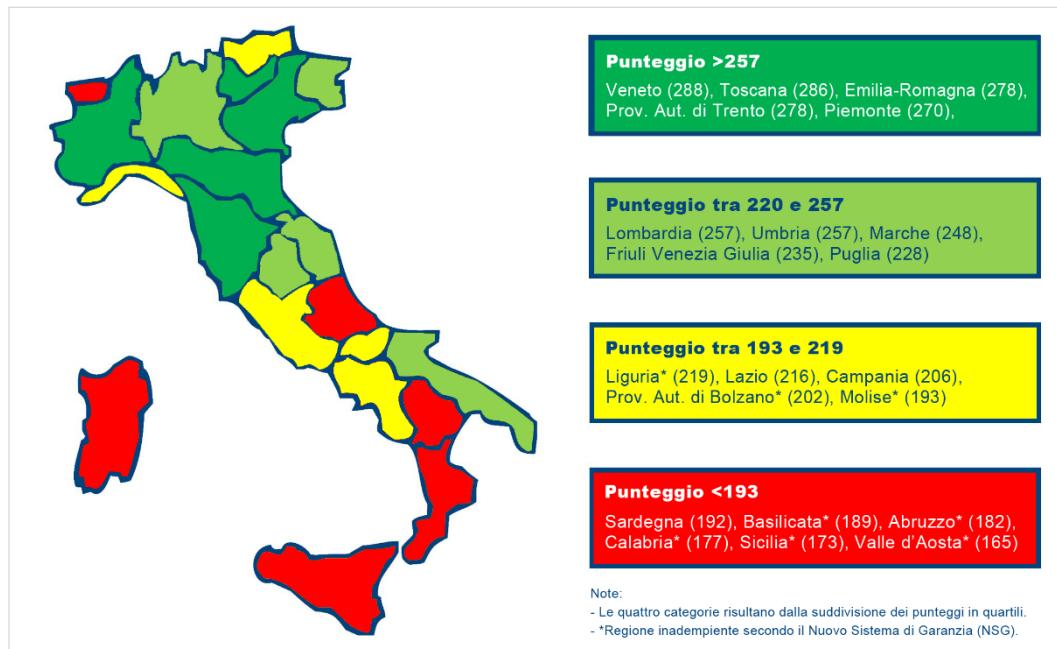


Figura 5.6. Nuovo Sistema di Garanzia: punteggi totali anno 2023
(elaborazione GIMBE su dati Ministero della Salute)

AREA PREVENZIONE		AREA DISTRETTUALE		AREA OSPEDALIERA	
Regione	Punteggio	Regione	Punteggio	Regione	Punteggio
Prov. Aut. di Trento	98	Veneto	96	Prov. Aut. di Trento	97
Veneto	98	Toscana	95	Toscana	96
Emilia-Romagna	97	Piemonte	90	Veneto	94
Lombardia	95	Emilia-Romagna	89	Emilia-Romagna	92
Toscana	95	Liguria	85	Marche	91
Piemonte	93	Marche	83	Piemonte	87
Umbria	93	Prov. Aut. di Trento	83	Lombardia	86
Friuli Venezia Giulia	81	Prov. Aut. di Bolzano	82	Lazio	85
Valle d'Aosta	77	Friuli Venezia Giulia	81	Puglia	85
Marche	74	Umbria	80	Umbria	84
Puglia	74	Lombardia	76	Abruzzo	83
Basilicata	68	Molise	73	Liguria	80
Calabria	68	Campania	72	Sicilia	80
Sardegna	65	Puglia	69	Friuli Venezia Giulia	73
Lazio	63	Lazio	68	Campania	72
Campania	62	Sardegna	67	Basilicata	69
Molise	58	Basilicata	52	Calabria	69
Prov. Aut. di Bolzano	58	Abruzzo	45	Molise	62
Abruzzo	54	Sicilia	44	Prov. Aut. di Bolzano	62
Liguria	54	Calabria	40	Sardegna	60
Sicilia	49	Valle d'Aosta	35	Valle d'Aosta	53

Tabella 5.6. Nuovo Sistema di Garanzia: punteggi anno 2023 per le tre macro-aree LEA
(elaborazione GIMBE su dati Ministero della Salute)

La tabella 5.6 documenta che, al di là dei criteri per definire una Regione adempiente o meno, i punteggi ottenuti per ciascuna delle tre aree restituiscono classifiche diverse, che permettono di identificare per ciascuna Regione e Provincia autonoma punti di forza e criticità nell'erogazione dei LEA.

Alcune Regioni occupano posizioni simili nelle tre aree, documentando un omogeneo adempimento/non adempimento, mentre per altre esiste una rilevante variabilità delle performance tra le diverse aree. Infatti, alcune Regioni (Campania, Emilia-Romagna, Marche, Toscana e Veneto), indipendentemente dal livello delle loro performance, si collocano in posizioni simili nelle tre aree, come dimostrano le deviazioni standard inferiori a ± 1 . Al contrario, altre Regioni mostrano notevoli differenze nelle posizioni tra le aree, documentate da una elevata deviazione standard: in particolare per Calabria e Valle D'Aosta la deviazione standard è >4 e per Basilicata, Liguria, Provincia autonoma di Bolzano e Sardegna si colloca fra 3 e 4. La tabella 5.7 riporta le posizioni delle Regioni nelle tre aree, insieme alla posizione media e alla deviazione standard, il cui valore crescente indica una maggiore variabilità negli adempimenti LEA tra le diverse aree.

Regione	Area Prevenzione	Area Distrettuale	Area Ospedaliera	Media ($\pm DS$)
Veneto	1	1	3	2 ($\pm 0,9$)
Toscana	3	2	2	2 ($\pm 0,5$)
Prov. Aut. di Trento	1	6	1	3 ($\pm 2,4$)
Emilia-Romagna	2	4	4	3 ($\pm 0,9$)
Piemonte	4	3	6	4 ($\pm 1,2$)
Marche	7	6	5	6 ($\pm 0,8$)
Lombardia	3	10	7	7 ($\pm 2,9$)
Umbria	4	9	9	7 ($\pm 2,4$)
Friuli Venezia Giulia	5	8	12	8 ($\pm 2,9$)
Puglia	7	13	8	9 ($\pm 2,6$)
Liguria	13	5	11	10 ($\pm 3,4$)
Lazio	10	14	8	11 ($\pm 2,5$)
Prov. Aut. di Bolzano	12	7	15	11 ($\pm 3,3$)
Campania	11	12	13	12 ($\pm 0,8$)
Molise	12	11	15	13 ($\pm 1,7$)
Basilicata	8	16	14	13 ($\pm 3,4$)
Abruzzo	13	17	10	13 ($\pm 2,9$)
Sardegna	9	15	16	13 ($\pm 3,1$)
Calabria	8	19	14	14 ($\pm 4,5$)
Sicilia	14	18	11	14 ($\pm 2,9$)
Valle d'Aosta	6	20	17	14 ($\pm 6,0$)

Tabella 5.7. Nuovo Sistema di Garanzia 2023: posizioni delle Regioni in classifica nelle tre macro-aree LEA
 (elaborazione GIMBE su dati Ministero della Salute)

Variazioni 2022-2023. Sono state analizzate le differenze tra gli adempimenti 2022 e quelli 2023, misurando i punteggi totali delle Regioni e le performance nazionali sui tre macro-aree LEA. Nel 2023 8 Regioni peggiorano rispetto al 2022, seppure con gap di entità notevolmente diversa: perdono almeno 10 punti Lazio (-10), Sicilia (-11), Lombardia (-14) e Basilicata (-19). Un netto miglioramento nel 2023, rispetto al 2022, si rileva per Calabria (+41) e Sardegna (+26) (tabella 5.8).

Regione	Gap 2023 vs 2022
Calabria	+41
Sardegna	+26
Friuli Venezia Giulia	+16
Molise	+15
Valle d'Aosta	+13
Campania	+11
Toscana	+11
Prov. Aut. di Trento	+10
Umbria	+9
Piemonte	+7
Veneto	+7
Marche	+5
Puglia	+2
Abruzzo	-2
Prov. Aut. di Bolzano	-4
Emilia-Romagna	-6
Liguria	-8
Lazio	-10
Sicilia	-11
Lombardia	-14
Basilicata	-19

Tabella 5.8. Punteggio totale adempimenti LEA: gap 2023 vs 2022
(elaborazione GIMBE su dati Ministero della Salute)

Relativamente alle tre macro-aree, nel 2023 a livello nazionale si rileva un lieve peggioramento nell'area ospedaliera (-5 punti), un calo più marcato per quella distrettuale (-26 punti) e un netto miglioramento nell'area della prevenzione (+130 punti) (tabella 5.9). Quest'ultimo risultato, tuttavia, è verosimilmente attribuibile ad una sottostima dei dati 2022 dovuta al passaggio alla nuova fonte informativa dell'Anagrafe Vaccinale Nazionale.

Area	2023	2022	Gap 2023 vs 2022
Prevenzione	1.574	1.444	+130*
Distrettuale	1.505	1.531	-26
Ospedaliera	1.660	1.665	-5

*Il netto incremento del punteggio nell'area della prevenzione è verosimilmente attribuibile ad una sottostima dei dati 2022 dovuta al passaggio alla nuova fonte informativa dell'Anagrafe Vaccinale Nazionale.

Tabella 5.9. Punteggio totale nazionale adempimenti LEA: gap 2023 vs 2022
 (elaborazione GIMBE su dati Ministero della Salute)

A livello nazionale, il trend 2020-2023 dei punteggi medi raggiunti nelle 3 macro-aree LEA documenta un lieve, ma costante, peggioramento delle performance nell'area distrettuale (da 74,29 a 71,67) e un progressivo miglioramento nell'area ospedaliera (da 68,69 a 79,05) sino al 2022. Nell'area della prevenzione, dopo il netto incremento dal 2020 (68,13) al 2021 (75,71) e il crollo – verosimilmente non reale per le ragioni sopra esposte – nel 2022 (68,78), nel 2023 si registra un nuovo rialzo (74,95) che riporta i valori ai livelli del 2021 (figura 5.7).

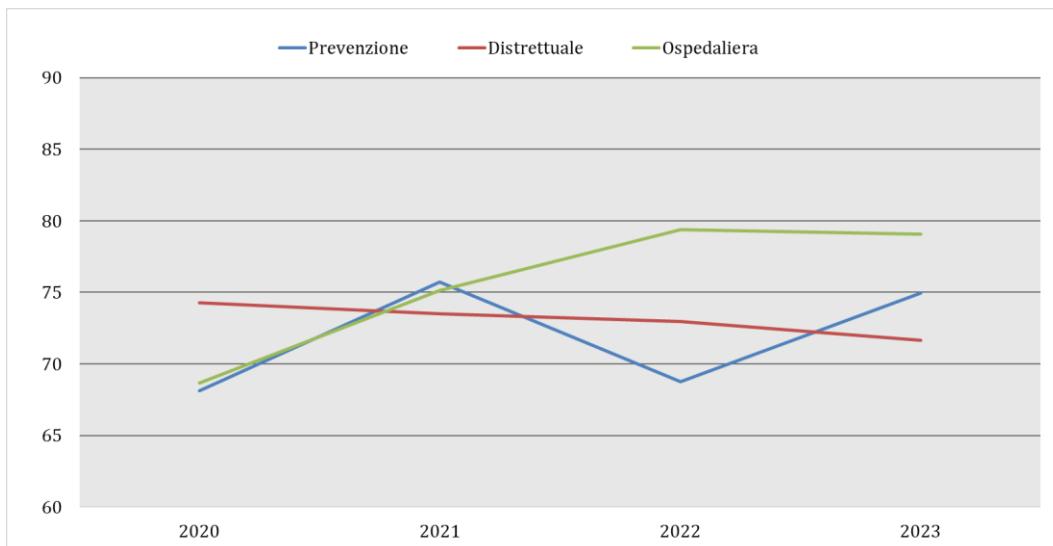


Figura 5.7. Media nazionale adempimenti LEA 2020-2023
 (dati Ministero della Salute)

La figura 5.8 riporta il trend 2021-2023 per ciascuna Regione e Provincia autonoma nelle tre aree, documentando trend molto eterogenei.

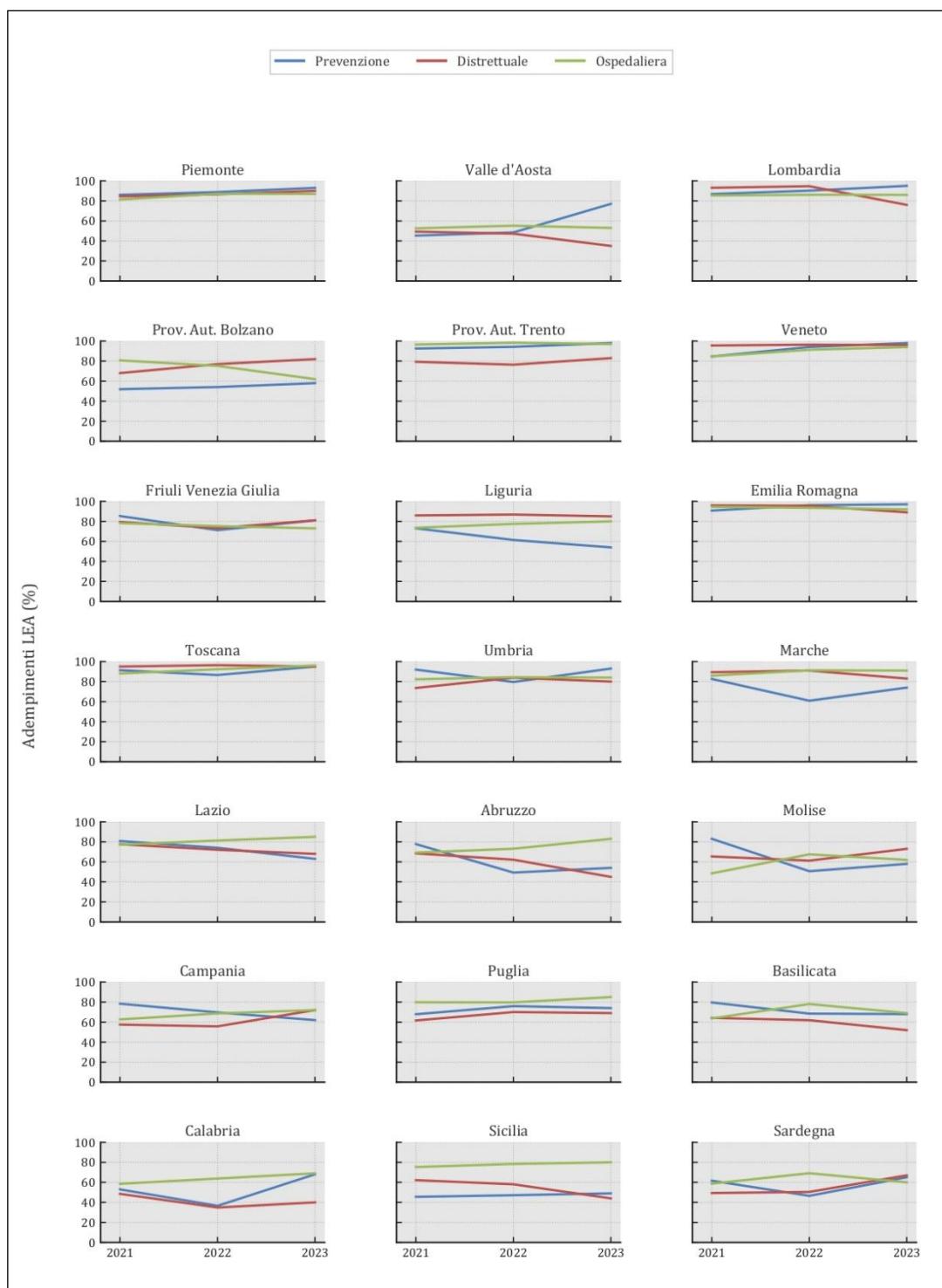


Figura 5.8. Adempimenti LEA 2021-2023: dati Regionali
 (dati Ministero della Salute)

5.4.3. Piani di rientro e commissariamenti

Piani di rientro. La Riforma del Titolo V del 2001 non ha introdotto un vero e proprio federalismo, ma ha attribuito alle Regioni maggiore autonomia in alcune materie: in sanità allo Stato rimaneva la competenza di definire i LEA e il potere di esercitare poteri sostitutivi nelle Regioni con gravi disavanzi economici o con livelli inadeguati di assistenza sanitaria, per garantire il diritto costituzionale alla tutela della salute. Nel momento in cui alcune Regioni hanno accumulato disavanzi molto significativi rispetto al FSN ripartito dallo Stato, è emersa la necessità di ricorrere a Piani di rientro e commissariamenti.

I programmi operativi di riorganizzazione, riqualificazione e potenziamento dei servizi sanitari regionali (cd. Piani di rientro) sono stati introdotti con la Legge finanziaria del 2005 e sono allegati ad accordi stipulati dal Ministro della Salute e dal Ministro dell'Economia e delle Finanze con le singole Regioni. Successivamente, la L. 191/2009, art. 2, c. 77 ha stabilito che le Regioni con disavanzi sanitari strutturali superiori al 5% (precedentemente al 7%) del finanziamento ordinario e delle entrate proprie – o anche con deficit inferiori, prive di mezzi di copertura o incapaci di garantire la qualità delle cure – devono presentare, entro il successivo 10 giugno, un Piano di rientro di durata non superiore al triennio all'approvazione del Consiglio dei Ministri.

In caso di mancata presentazione del Piano, scatta da parte del Governo la nomina di un commissario ad acta, che interviene qualora non siano stati raggiunti gli obiettivi del Piano. In sintesi, le Regioni con disavanzo nel conto economico vengono sottoposte ai Piani di rientro, con il duplice obiettivo di ristabilire l'equilibrio economico-finanziario e di garantire l'erogazione dei LEA. In caso di mancato raggiungimento degli obiettivi, i Piani di rientro proseguono attraverso Programmi Operativi di durata triennale.

Dal 28 febbraio 2007 sono stati progressivamente siglati i Piani di rientro che hanno coinvolto dieci Regioni: Lazio, Abruzzo, Liguria, Campania, Molise, Sicilia, Sardegna, Calabria, Piemonte e Puglia. Liguria e Sardegna hanno concluso il loro percorso al termine del triennio 2007-2009, mentre la Regione Piemonte lo ha completato al termine del triennio 2013-2015. Le altre sette Regioni (Abruzzo, Campania, Calabria, Lazio, Molise, Puglia e Sicilia) risultano tuttora sottoposte alla disciplina dei Piani di rientro, secondo quanto riportato dal sito del Ministero della Salute aggiornato al 13 gennaio 2025¹²⁹.

La verifica e il monitoraggio dell'attuazione dei Piani di Rientro si basano sull'andamento del disavanzo regionale, nel rispetto del mantenimento dell'erogazione dei LEA, tramite attività di affiancamento del Ministero della Salute che prevedono¹³⁰:

- formulazione di pareri, di concerto con il Ministero dell'Economia e Finanze, sui provvedimenti regionali adottati in attuazione degli obiettivi previsti dai Programmi Operativi;
- riunioni trimestrali congiunte del Comitato LEA e del Tavolo degli adempimenti per verificare lo stato di attuazione dei Piani di Rientro;
- incontri tecnico-operativi finalizzati all'analisi e al monitoraggio dell'assistenza sanitaria regionale.

¹²⁹ Ministero della Salute. Piani di Rientro. Il punto della situazione. Ultimo aggiornamento: 13 gennaio 2025. www.salute.gov.it/new/it/tema/piani-di-rientro. Ultimo accesso: 30 settembre 2025.

¹³⁰ Ministero della Salute. Il Ministero e l'affiancamento delle Regioni. Ultimo aggiornamento: 13 gennaio 2025. www.salute.gov.it/new/it/tema/piani-di-rientro/il-ministero-e-laffiancamento-alle-regioni. Ultimo accesso: 30 settembre 2025.

Commissariamento. La procedura di commissariamento di una Regione viene avviata dal Consiglio dei Ministri quando, nel corso delle verifiche periodiche, i Tavoli di monitoraggio del Piano di rientro (Tavolo tecnico per la verifica degli adempimenti regionali presso il Ministero dell'Economia e delle Finanze e Comitato LEA) rilevano inadempienze negli interventi di risanamento, riequilibrio economico-finanziario e riorganizzazione del Servizio Sanitario Regionale tali da compromettere la tutela dell'unità economica e l'erogazione dei LEA.

Il Commissario, eventualmente affiancato da uno o più sub-commissari, è chiamato ad adottare tutte le misure previste dal Piano, oltre a ogni ulteriore atto o provvedimento normativo, amministrativo, organizzativo e gestionale necessario alla sua piena attuazione. Con la nomina del Commissario scattano inoltre specifiche misure sanzionatorie: limitazioni alle assunzioni di personale, divieto di sostenere spese non obbligatorie e incremento automatico delle aliquote fiscali IRAP (+0,15 punti percentuali) e IRPEF (+0,30 punti percentuali).

Le procedure di commissariamento hanno riguardato finora cinque Regioni: Lazio, Abruzzo, Campania, Calabria e Molise. Ad oggi, Abruzzo, Campania e Lazio ne sono uscite, mentre Calabria e Molise risultano ancora commissariate.

La tabella 5.10 evidenzia le Regioni in Piano di rientro (giallo) e quelle commissariate (rosso): le date riportate all'interno delle celle indicano l'inizio e la fine del Piano di rientro e del commissariamento.

Regione	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025
Lazio	28/02	11/07												22/07					
Abruzzo	06/03	11/09								15/09									
Liguria	06/03		10/04																
Campania	13/03		28/07										05/12						
Molise	27/03		24/7																
Sicilia	31/07																		
Sardegna	31/07		31/12																
Calabria			17/12	30/07															
Piemonte				29/07							21/03								
Puglia				29/11															

In giallo sono riportate le Regioni in Piano di rientro, in rosso le Regioni in Piano di rientro e commissariamento.
Le date all'interno delle celle identificano l'inizio/fine del Piano di rientro/commissariamento.

Tabella 5.10. Regioni in Piano di rientro e commissariate

Piani di rientro e commissariamenti hanno certamente contribuito al risanamento dell'equilibrio economico-finanziario, ma non hanno raggiunto l'obiettivo di riorganizzare, riqualificare e potenziare i servizi sanitari regionali. La loro durata impone una riflessione: Calabria e Molise sono commissariate da oltre 15 anni; Abruzzo, Campania e Lazio lo sono state rispettivamente per 9, 10 e 11 anni, mentre le Regioni tuttora in Piano di rientro (Lazio, Abruzzo, Campania, Sicilia, Puglia) vi permangono da almeno 15 anni. Diventa dunque inevitabile chiedersi quali fattori rendano così lento e complesso il ritorno alla gestione ordinaria. Se da un lato gli obiettivi da raggiungere sono quelli fissati dai Piani, dall'altro i criteri per il ritorno alla gestione ordinaria non risultano univoci né chiaramente definiti. L'ultima decisione spetta infatti prima al Tavolo di verifica Salute-MEF e poi al Consiglio dei Ministri, lasciando spazio all'ipotesi che possano intervenire valutazioni politiche in grado di ostacolare o, al contrario, agevolare l'uscita dal commissariamento e dai Piani di rientro.

Nel frattempo, trascorrono lustri e decenni e i cittadini continuano a pagare il prezzo più alto: sul piano economico, con l'aumento delle imposte regionali, il ricorso al privato e la mobilità sanitaria; sul piano della salute, soprattutto per le fasce più fragili e meno abbienti, che, non potendo pagare di tasca propria, finiscono spesso per rinunciare alle prestazioni sanitarie. In ultima analisi, Piani di rientro e commissariamenti ostacolano l'effettiva esigibilità del diritto alla tutela della salute: non solo perché non garantiscono pari opportunità ai cittadini nelle diverse Regioni, ma soprattutto perché si configurano come strumenti destinati a durare "a tempo indeterminato", privi di criteri di uscita chiari e condivisi¹³¹.

5.4.4. Relazione tra punteggi LEA e costi sostenuti dalle Regioni

Il flusso LA (Costi dei Livelli di Assistenza) è uno dei tre modelli di rilevazione dei dati per il sistema contabile della sanità, insieme al Conto Economico e allo Stato Patrimoniale e rileva i dati di costo delle Aziende sanitarie e dei Servizi sanitari regionali. Istituito con il Decreto del Ministero della Sanità del 16 febbraio 2001, consente di monitorare i costi sostenuti nelle tre macro-aree dei LEA. L'obiettivo principale della rilevazione è disporre di informazioni dettagliate sui costi sostenuti, sia a livello aziendale sia livello regionale, per garantire gli specifici livelli e sub-livelli di assistenza. La raccolta dei dati avviene a consuntivo, con periodicità annuale, su dati della contabilità generale e della contabilità analitica, da parte di tutti gli enti del Servizio Sanitario Regionale ai sensi del D.Lgs. n. 118/2011 art. 19, co. 2, lett c), nonché da parte di tutte le Regioni e Province autonome, sia per le spese direttamente gestite, sia per il modello LA consolidato regionale.

Al fine di effettuare una valutazione costi-benefici dei 21 sistemi sanitari regionali, è stata ripresa l'analisi effettuata dalla Corte dei Conti¹³², che per ciascuna macro-area dei LEA mette in relazione il punteggio LEA ottenuto da ciascuna Regione tramite gli indicatori CORE del NSG con i costi associati all'erogazione dei LEA, rilevati tramite i modelli LA consolidati regionali. In dettaglio, l'analisi ha correlato, per ciascuna delle tre macro-aree del LEA (prevenzione, distrettuale, ospedaliera), i dati consuntivi 2023 economico-patrimoniali acquisiti dal modello LA disponibili nella banca dati in Openbdap al 15 aprile 2025, con i punteggi LEA pubblicati nella relazione del Ministero della Salute, relativi ai risultati del sottoinsieme di indicatori CORE del NSG per il 2023. Nelle rappresentazioni grafiche (figure 5.9, 5.10, 5.11) l'asse delle ascisse riporta i costi pro-capite, calcolati sulla popolazione residente ISTAT al 1° gennaio 2023, mentre l'asse delle ordinate mostra i punteggi NSG relativi all'anno 2023. I grafici sono suddivisi in quadranti in base ai valori medi nazionali dei due parametri; inoltre, è riportata come riga tratteggiata la soglia per l'adempimento LEA (60 punti). Nel quadrante in alto a sinistra si collocano le Regioni che, a fronte di costi pro-capite inferiori alla media nazionale, ottengono punteggi LEA superiori alla media nazionale; nel quadrante in basso a destra, invece, si trovano le Regioni che, a fronte di costi pro-capite più elevati della media nazionale ottengono, un punteggio NSG inferiore alla media nazionale. Infine, negli altri due quadranti (in alto a destra e in basso a sinistra) si collocano rispettivamente le Regioni che, a fronte di costi più elevati, ottengono punteggi NSG sopra la media e quelle che, con costi minori, ottengono punteggi inferiori.

¹³¹ Conti L. Regioni e commissari. Vent'anni tra Piani di rientro e scontri. Ma con quali risultati? Quotidiano Sanità, 22 maggio 2025. Disponibile a: www.quotidianosanita.it/regioni-e-asl/articolo.php?articolo_id=129774. Ultimo accesso: 30 settembre 2025.

¹³² Corte dei Conti. Relazione sulla gestione finanziaria delle Regioni/Province autonome. Esercizi 2021-2024. Deliberazione n. 15/SEZAUT/2025/FRG. Roma, 4 luglio 2025. Disponibile a: www.corteconti.it/Download?id=ed5d5329-112c-4af9-9c37-d0939f0b6fbf. Ultimo accesso: 30 settembre 2025.

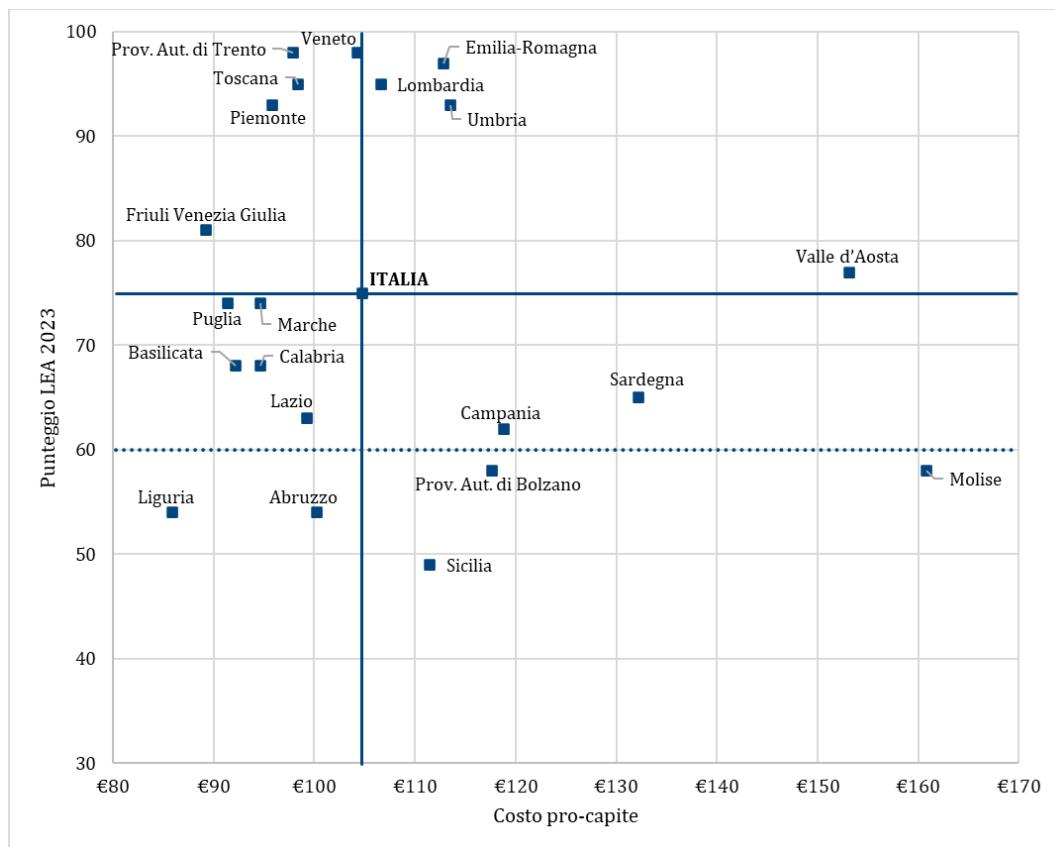


Figura 5.9. Adempimenti LEA 2023 area prevenzione: punteggio LEA e costo pro-capite
(dati Corte dei Conti)

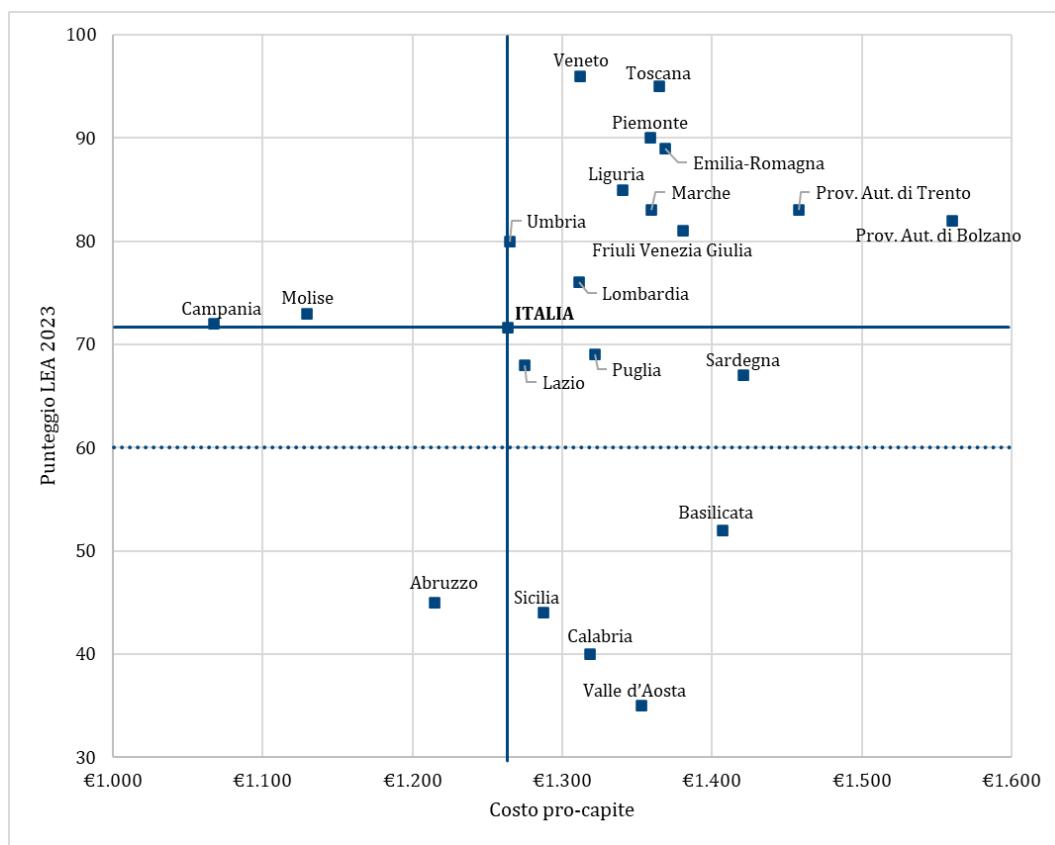


Figura 5.10. Adempimenti LEA 2023 area distrettuale: punteggio LEA e costo pro-capite
(dati Corte dei Conti)

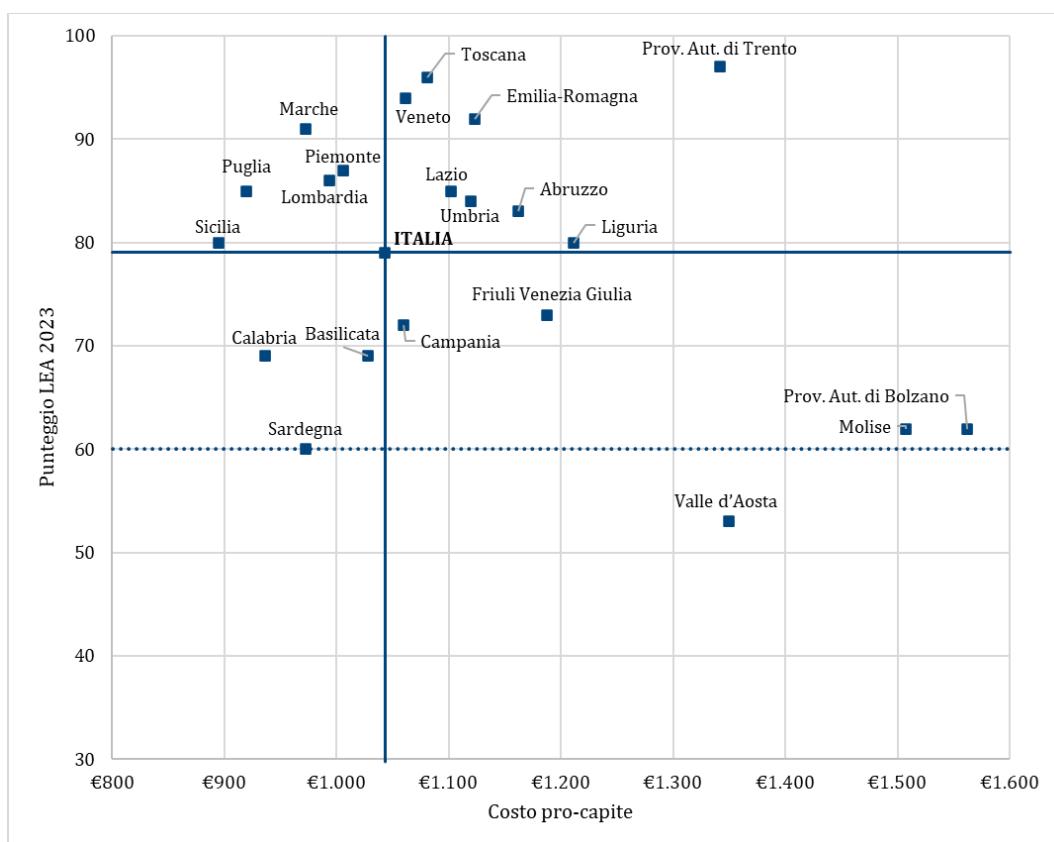


Figura 5.11. Adempimenti LEA 2023 area ospedaliera: punteggio LEA e costo pro-capite
(dati Corte dei Conti)

Tenendo conto della difficoltà di interpretare in maniera univoca i risultati, sono state effettuate diverse analisi statistiche (analisi di correlazione, analisi di regressione, analisi dei residui). In particolare, le correlazioni hanno verificato l'eventuale legame diretto tra spesa e punteggio, mostrando l'assenza di relazioni significative. Le regressioni hanno permesso di stimare il punteggio atteso a fronte di un determinato livello di costo. Infine, l'analisi dei residui ha evidenziato lo scostamento tra punteggio osservato e punteggio atteso, consentendo di individuare le Regioni più efficienti (sopra atteso) e quelle in maggiore difficoltà (sotto atteso). I principali risultati sono sintetizzati di seguito.

- Una maggiore spesa non si traduce automaticamente in punteggi LEA più elevati. Le analisi mostrano infatti che non esiste una relazione statisticamente significativa tra costo pro-capite e punteggi NSG, in nessuna delle tre macro-aree dei LEA. In altri termini, spendere di più non si traduce necessariamente in un migliore adempimento ai LEA: contano piuttosto l'organizzazione dei servizi, l'erogazione di prestazioni appropriate e l'efficienza dei processi interni.
- Le regressioni e l'analisi dei residui mostrano differenze di efficienza relativa tra Regioni: alcune, come Veneto ed Emilia-Romagna, ottengono punteggi LEA superiori all'atteso in tutte le aree, suggerendo buone pratiche di governance e organizzazione; altre, come Sicilia e Calabria, si collocano sistematicamente sotto l'atteso rispetto al livello di costo. Vi sono infine profili misti: la Valle d'Aosta, ad esempio, mostra un residuo positivo in prevenzione, ma presenta marcate criticità nelle aree distrettuale e ospedaliera.
- Si riscontrano profili intra-regione sbilanciati: in alcune Regioni il rapporto costo pro-capite/punteggio LEA non risulta armonico tra le tre macro-aree. In particolare, la Valle d'Aosta mostra criticità nell'area distrettuale, che penalizza il profilo complessivo, nonostante un punteggio discreto in prevenzione; la Liguria mostra buone performance

nell'assistenza distrettuale, ma una marcata debolezza marcata nella prevenzione; l'Abruzzo registra un risultato relativamente migliore nell'assistenza ospedaliera, ma nettamente sotto l'atteso nella prevenzione.

- L'analisi delle quote percentuali di costo pro-capite destinate a ciascuna macro-area rispetto al totale pro-capite regionale mostra l'assenza di un'associazione significativa con i residui di efficienza dell'area corrispondente. Ne consegue che destinare maggiori risorse ad un'area LEA non garantisce automaticamente un miglioramento del punteggio NSG: le politiche di allocazione devono quindi essere accompagnate da interventi organizzativi mirati, altrimenti il rischio è di aumentare i costi senza produrre un reale ritorno in termini di punteggio NSG.
- Alcune Regioni, in particolare Veneto, Toscana, Emilia-Romagna e la Provincia autonoma di Trento, registrano costantemente punteggi LEA sopra l'atteso per il loro profilo di costo pro-capite in varie aree. Rappresentano pertanto casi utili per *peer-learning* (modelli organizzativi, sistemi di monitoraggio, percorsi assistenziali) trasferibili o adattabili.

In definitiva, le analisi dimostrano che non è il costo pro-capite a determinare i punteggi LEA: maggiori investimenti, se non accompagnati da riforme organizzative, rischiano di non produrre benefici tangibili. Le politiche regionali e nazionali dovrebbero quindi promuovere un riequilibrio interno tra le tre aree, con particolare attenzione alla prevenzione e all'assistenza distrettuale, dove le criticità sono più frequenti; incentivare il *peer-learning* dalle Regioni più resilienti e performanti; orientare le scelte di spesa con strumenti di monitoraggio e accountability, valorizzando gli indicatori NSG come bussola per la governance sanitaria.

5.4.5. Considerazioni conclusive

Le criticità rilevate dalla Fondazione GIMBE nel processo di monitoraggio dei LEA possono essere così sintetizzate:

- La quota premiale destinata alle Regioni a statuto ordinario adempienti ai LEA è pari solo dello 0,5% del FSN¹³³: una percentuale indubbiamente esigua rispetto all'impatto sanitario, sociale ed economico derivante da un'insufficiente erogazione dei LEA. Peraltro, i meccanismi di distribuzione di tale quota vengono definiti in Conferenza delle Regioni con criteri non trasparenti e non sono correlati ai punteggi LEA (§ 3.3).
- Il set completo degli 88 indicatori del NSG potrebbe offrire una valutazione multidimensionale della qualità dell'assistenza collegata all'erogazione dei LEA da parte delle Regioni. Tuttavia, nel 2023 gli indicatori CORE utilizzati per valutare l'adempimento sono stati solo 25, numero persino inferiore a quello della griglia LEA del 2019 (33 indicatori). Di conseguenza, lo strumento si rivela inadeguato a cogliere in modo analitico gli inadempimenti LEA e a valutare la qualità dell'assistenza in ottica multidimensionale.
- I criteri di selezione degli indicatori CORE non sono mai stati resi pubblici, sebbene si rilevi un'ampia sovrapposizione con quelli già utilizzati nella griglia LEA.
- La sperimentazione pluriennale (dal 2016 al 2019) del nuovo strumento, poi adottato dal 2020 per monitorare l'adempimento al mantenimento dei LEA, ha permesso alle Regioni di concentrarsi solo sugli indicatori CORE, migliorando progressivamente le proprie performance.

¹³³ Corte dei Conti. Relazione sulla gestione finanziaria delle Regioni/Province autonome. Esercizi 2021-2024. Deliberazione n. 15/SEZAUT/2025/FRG. Roma, 4 luglio 2025. Disponibile a: www.corteconti.it/Download?id=ed5d5329-112c-4af9-9c37-d0939f0b6fbf. Ultimo accesso: 30 settembre 2025.

- L'assenza di una rotazione programmata degli indicatori CORE – con l'unica eccezione di un indicatore relativo all'assistenza distrettuale – rischia di determinare una “cristallizzazione” dello strumento di valutazione, replicando le criticità già emerse con la griglia LEA.
- L'attuale modalità di aggiornamento degli indicatori, stabilita dal DM 12 marzo 2019, risulta eccessivamente rigida e non consente al NSG la flessibilità necessaria per adattarsi con tempestività a nuove priorità di salute (es. conseguenze della pandemia sulla salute mentale), alle innovazioni tecnologiche (es. fascicolo sanitario elettronico, telemedicina) e all'evoluzione delle politiche sanitarie (es. attuazione del PNRR).
- La soglia di “sufficienza” (≥ 60) per l'adempimento ai LEA è troppo bassa, anche tenendo conto del numero complessivo di indicatori. Da un lato, legittima un livello inaccettabile di inadempimento LEA con l'obiettivo di “promuovere” le Regioni; dall'altro “appiattisce” le performance regionali nell'erogazione dei LEA, pur a fronte di marcate eterogeneità.
- Rispetto alle edizioni precedenti (2020-2022), nel report 2023 i punteggi vengono riportati come numeri interi, e non più con due cifre decimali. Oltre ad essere una decisione non motivata, non vengono chiarite le modalità di arrotondamento (per difetto, per eccesso o altro). Questa scelta impedisce di cogliere scostamenti minimi che potrebbero risultare decisivi per stabilire l'adempimento delle Regioni rispetto alla soglia di garanzia di ≥ 60 punti per ciascuna macro-area dei LEA.

In conclusione, pur riconoscendo gli aspetti positivi nell'evoluzione dello strumento di valutazione dell'adempimento delle Regioni ai LEA, i limiti emersi rendono oggi il set di indicatori NSG CORE – la “pagella” ufficiale con cui lo Stato monitora l'erogazione dei LEA a fronte delle risorse assegnate – più uno strumento di *political agreement* tra Governo e Regioni che uno specchio fedele della qualità dell'assistenza. Ne risulta compromessa la capacità di restituire in maniera tempestiva, sistematica e multidimensionale la qualità dei servizi erogati, di garantire ai cittadini il diritto alla tutela della salute e di avviare i processi di miglioramento a tutti i livelli: regionale, aziendale, di unità organizzativa e professionale.

5.5. Mobilità sanitaria

I cittadini italiani hanno il diritto di ricevere assistenza sanitaria anche in strutture situate in Regioni differenti da quella di residenza: un diritto che si traduce nel cosiddetto fenomeno della mobilità sanitaria interregionale. Tecnicamente si distingue tra mobilità attiva, che rappresenta una voce di credito per la Regione e misura il suo indice di attrazione, e mobilità passiva, che costituisce una voce di debito e misura l'indice di fuga dei cittadini verso altre Regioni. Ogni anno, in sede di riparto del FSN, vengono effettuate le compensazioni finanziarie tra Regioni su 7 flussi finanziari: ricoveri ospedalieri e day hospital (distinti per strutture pubbliche e private accreditate), medicina generale, specialistica ambulatoriale, farmaceutica, cure termali, somministrazione diretta di farmaci, trasporti con ambulanza ed elisoccorso. Circa il 70% delle compensazioni è relativo a prestazioni di ricovero ospedaliero e day hospital.

Nell'ultimo decennio i saldi di mobilità sanitaria confermano la grande capacità attrattiva delle Regioni del Nord e, parallelamente, gli elevati indici di fuga dalle Regioni del Centro-Sud (figura 5.12). Nel periodo 2010-2022 – corrispondente al riparto del FSN per gli anni dal 2012 al 2024 – 14 Regioni hanno accumulato un saldo negativo complessivo pari a € 19,03 miliardi, di cui ben € 14,55 miliardi concentrati nel Mezzogiorno. Ai primi tre posti per saldo positivo si collocano Lombardia (€ 7,32 miliardi), Emilia-Romagna (€ 4,61 miliardi) e Veneto (€ 1,73 miliardi). Al contrario, tutte le sei Regioni con saldi negativi superiori a € 1 miliardo appartengono al Centro-Sud: Campania (-€ 3,69 miliardi), Calabria (-€ 3,27 miliardi), Lazio (-€ 2,73 miliardi), Sicilia (-€ 2,59 miliardi), Puglia (-€ 2,33 miliardi) e Abruzzo (-€ 1,12 miliardi).

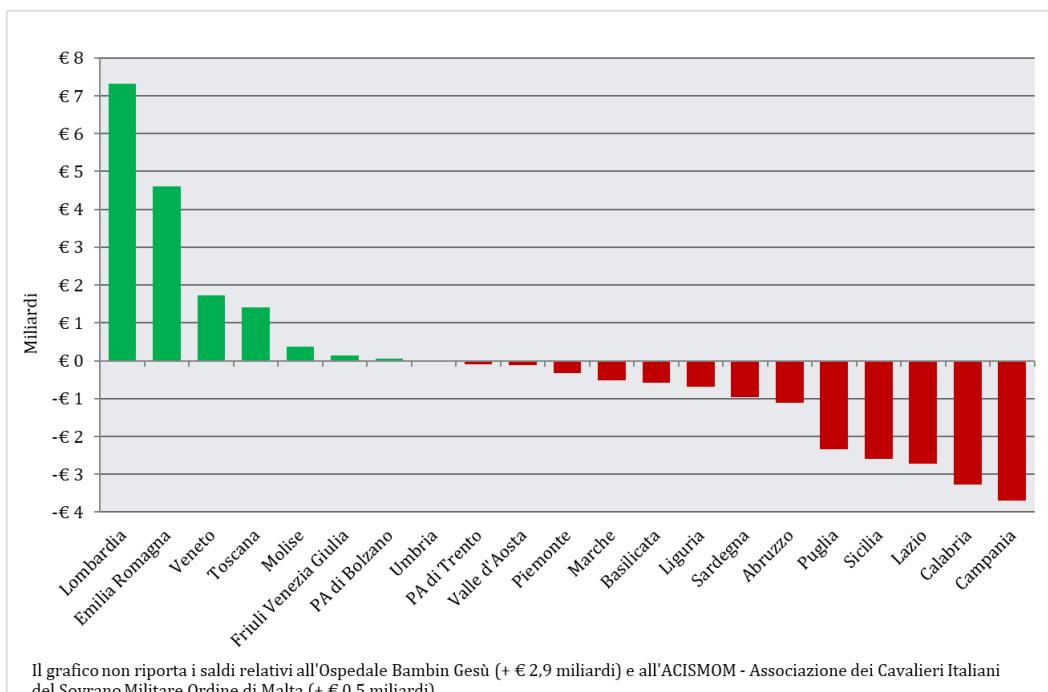


Figura 5.12. Saldi mobilità interregionale 2010-2022 (riparto FSN 2012-2024)
(elaborazione GIMBE su dati Conferenza Stato-Regioni/CIPES)

Nel 2022, ultimo anno contabilizzato nel riparto 2024 del FSN, il valore della mobilità sanitaria è risultato pari a € 5.037 milioni¹³⁴, il livello più elevato dal 2010, con un incremento del 18,6% rispetto al 2021 (figura 5.13). Da rilevare che il valore della mobilità del 2020 non include i dati della Regione Calabria, che ammontano a € 224,4 milioni di debiti e € 27,2 milioni di crediti.

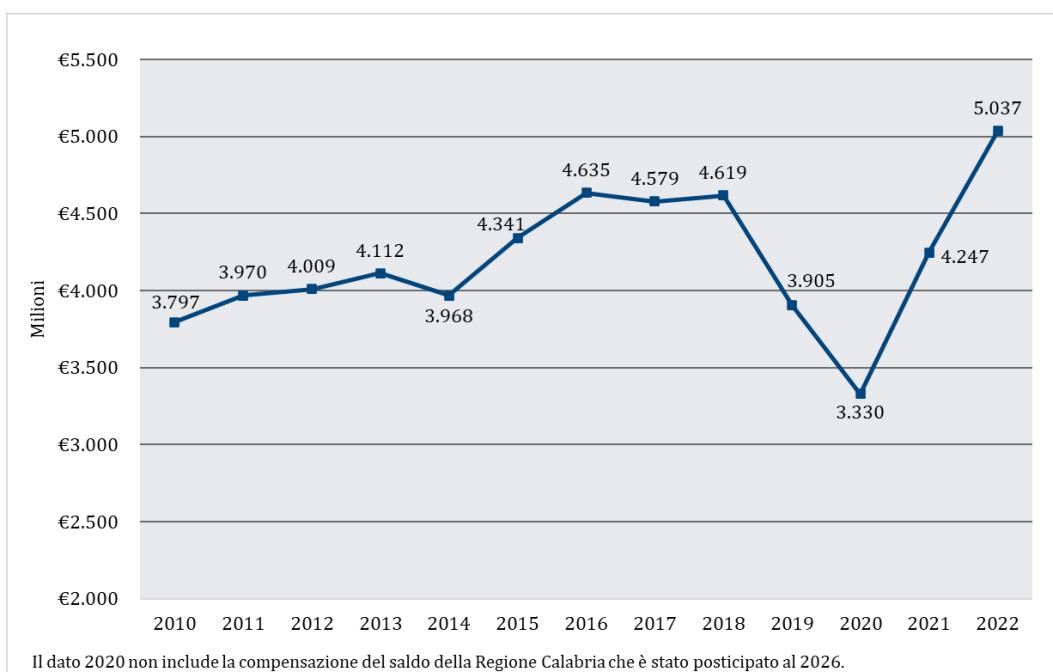


Figura 5.13. Valore della mobilità sanitaria: trend 2010-2022
(elaborazione GIMBE su dati Conferenza Stato-Regioni/CIPESS)

Nel 2022 oltre due terzi del valore complessivo della mobilità sanitaria (69,9%) è relativo a ricoveri ospedalieri (ordinari e day hospital) e il 15,9% a prestazioni di specialistica ambulatoriale. Rilevante anche il valore della somministrazione diretta di farmaci (9,3%), mentre le altre quattro categorie di prestazioni (farmaceutica, trasporti con elisoccorso ed ambulanza, medicina generale e cure termali) hanno inciso complessivamente per il 4,9%.

Mobilità attiva. Nel 2022 le 6 Regioni con maggiori capacità di attrazione hanno registrato crediti superiori a € 200 milioni: Lombardia (22,8%), Emilia-Romagna (17,1%), Veneto (10,7%) concentrano da sole oltre la metà della mobilità attiva. A queste si aggiungono Lazio (8,6%), Piemonte (6,1%) e Toscana (6,0%), che insieme coprono un ulteriore 20,6%. Il rimanente 28,8% della mobilità attiva si distribuisce tra le altre 15 Regioni e Province autonome (figura 5.14). I dati confermano l'elevata capacità attrattiva delle tre grandi Regioni del Nord (Lombardia, Emilia- Romagna e Veneto) e, per contro, quella estremamente limitata delle Regioni del Centro-Sud, con la sola eccezione del Lazio.

¹³⁴ Report Osservatorio GIMBE n. 1/2025. La mobilità sanitaria interregionale nel 2022. Fondazione GIMBE: Bologna, 12 febbraio 2025. Disponibile a: www.gimbe.org/mobilita2022. Ultimo accesso: 30 settembre 2025.

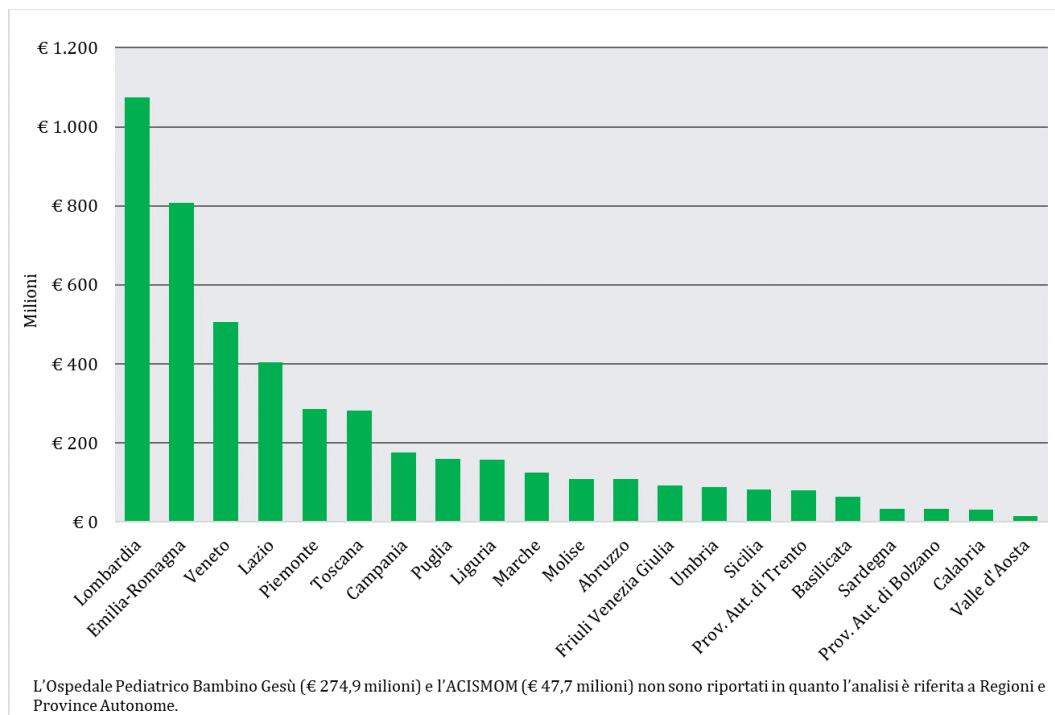


Figura 5.14. Crediti per mobilità sanitaria attiva: anno 2022
(elaborazione GIMBE su dati Conferenza Stato-Regioni/CIPESS)

Mobilità passiva. Nel 2022 a generare i maggiori debiti per cure ricevute dai propri residenti in altre Regioni sono Lazio (11,8%), Campania (9,6%) e Lombardia (8,9%), che da sole rappresentano quasi un terzo dei debiti, con oltre € 400 milioni ciascuna. Seguono Puglia, Calabria e Sicilia, che nello stesso anno hanno peggiorato il proprio saldo negativo, superando i € 300 milioni rispetto al 2021 (figura 5.15). Per la mobilità passiva, le differenze tra Nord e Sud sono meno marcate, anche perché, oltre alla fuga di pazienti dal Mezzogiorno si registra anche una mobilità di prossimità rilevante. Infatti, Regioni di per sé molto attrattive (Lombardia, Emilia-Romagna e, in misura minore, Veneto) presentano a loro volta valori consistenti di mobilità passiva, a conferma dell'elevata circolazione di pazienti verso Regioni limitrofe con un'offerta sanitaria di qualità elevata.

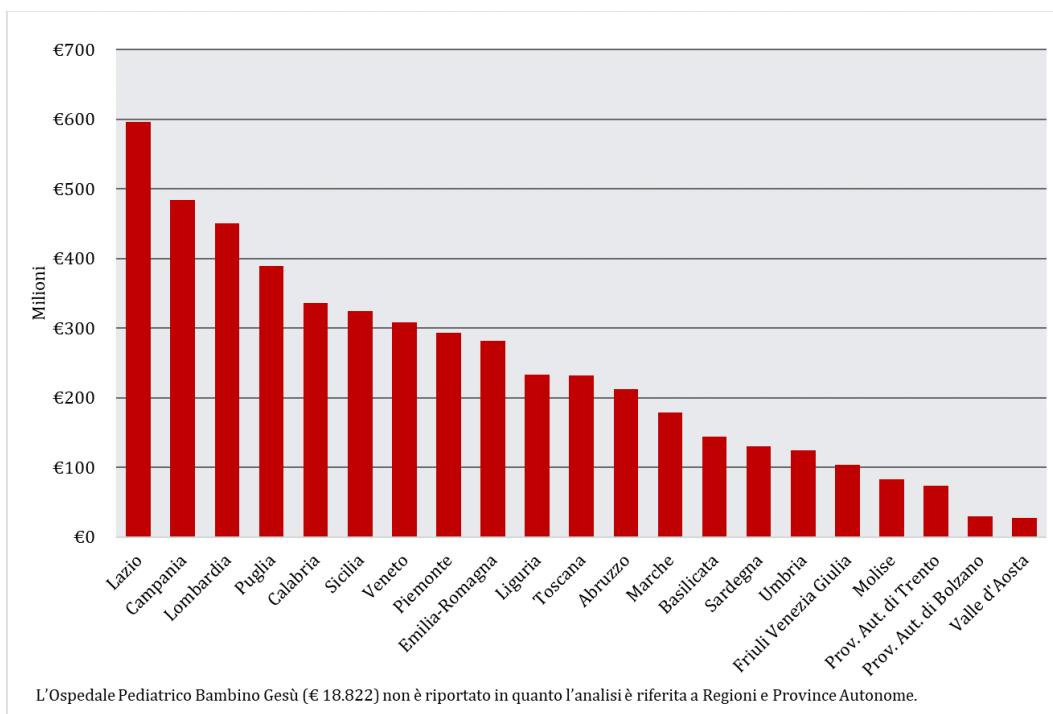


Figura 5.15. Debiti per mobilità sanitaria passiva: anno 2022
(elaborazione GIMBE su dati Conferenza Stato-Regioni/CIPESS)

Saldi di mobilità. La differenza tra crediti e debiti determina il saldo di ciascuna Regione (figura 5.16).

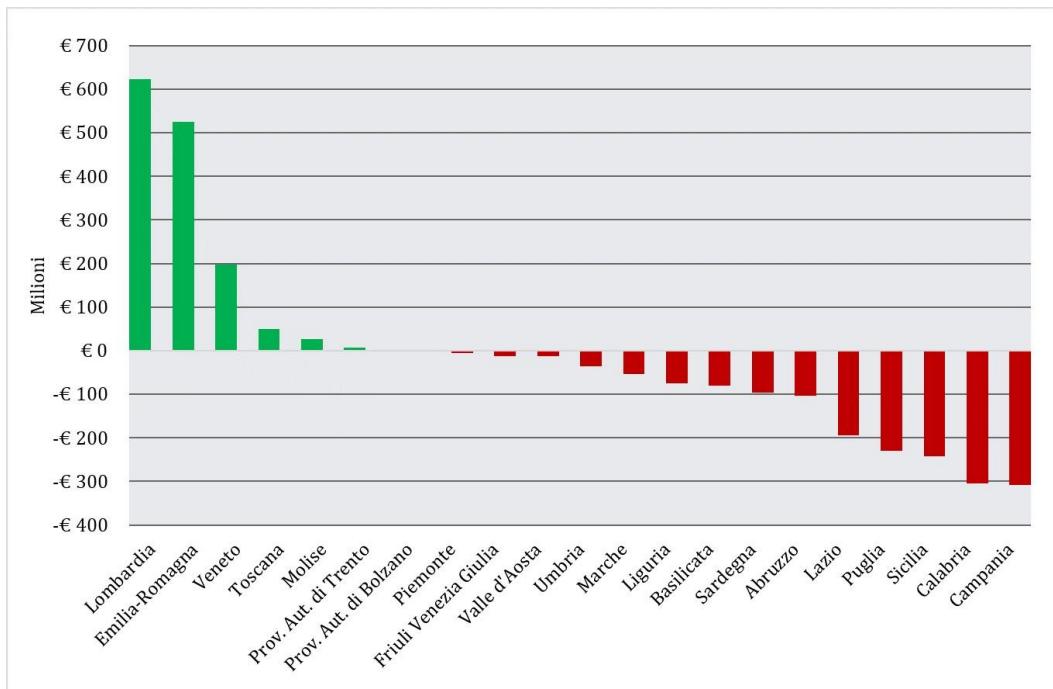


Figura 5.16. Saldo della mobilità sanitaria: anno 2022 (dati in milioni di €)
(elaborazione GIMBE su dati Conferenza Stato-Regioni/CIPESS)

In base all'entità e al segno (positivo/negativo) del saldo 2022, le Regioni sono state suddivise in sei categorie: quelle con saldo positivo rilevante (>€ 100 milioni) si concentrano esclusivamente al Nord, mentre quelle con saldo negativo rilevante (>€ 100 milioni) si collocano tutte nel Mezzogiorno, con la sola eccezione del Lazio (figura 5.17).

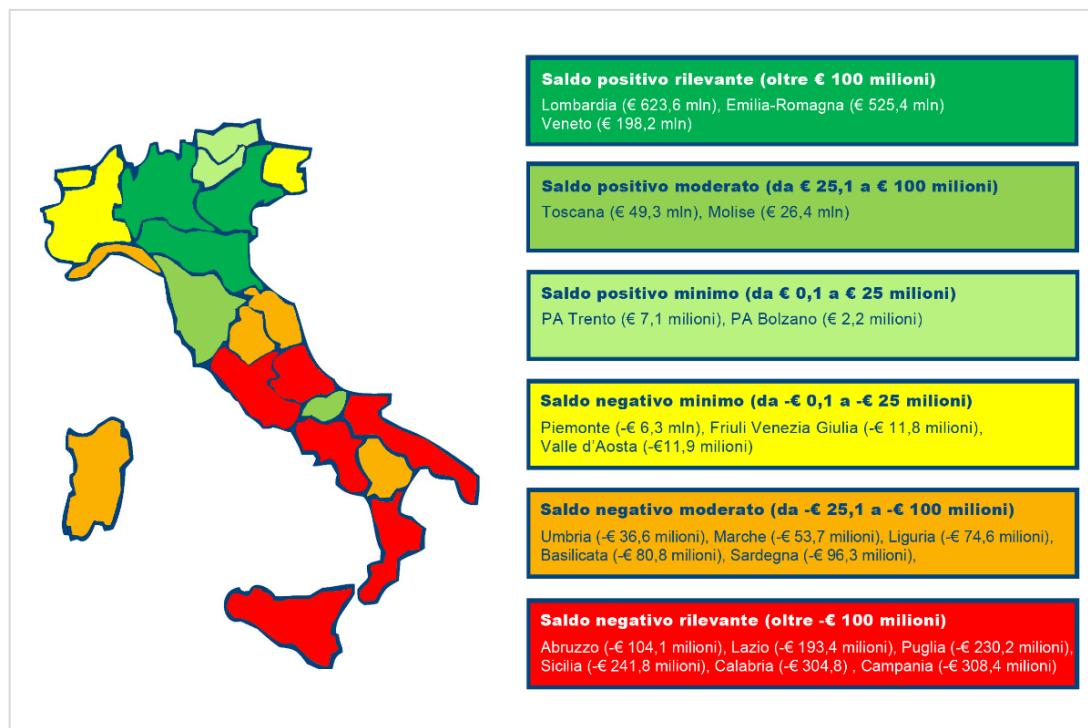


Figura 5.17. Categorie saldi mobilità sanitaria 2022
(elaborazione GIMBE su dati Conferenza Stato-Regioni/CIPESS)

Nel 2022, il 94,1% del saldo attivo si concentra in tre grandi Regioni del Nord (Emilia-Romagna, Lombardia e Veneto), mentre il 78,8% del saldo passivo, seppur più frammentato, si concentra in 5 Regioni del Mezzogiorno (Abruzzo, Calabria, Campania, Puglia, Sicilia) e nel Lazio.

Mobilità verso le strutture private accreditate. Nel 2022 le strutture private hanno erogato complessivamente oltre la metà del valore della mobilità attiva: € 1.879 milioni (54,5%) rispetto a € 1.573,2 milioni (45,5%) delle strutture pubbliche. Nel dettaglio, il valore della mobilità sanitaria per i ricoveri (ordinari e day hospital) è nettamente superiore (+26,2%) nelle strutture private accreditate (€ 1.569,5 milioni) rispetto a quelle pubbliche (€ 1.243,6 milioni). Al contrario, per la specialistica ambulatoriale il privato accreditato eroga prestazioni in mobilità per € 309,5 milioni, un valore di poco inferiore (-6,1%) a quello delle strutture pubbliche (€ 329,6 milioni) (figura 5.18).

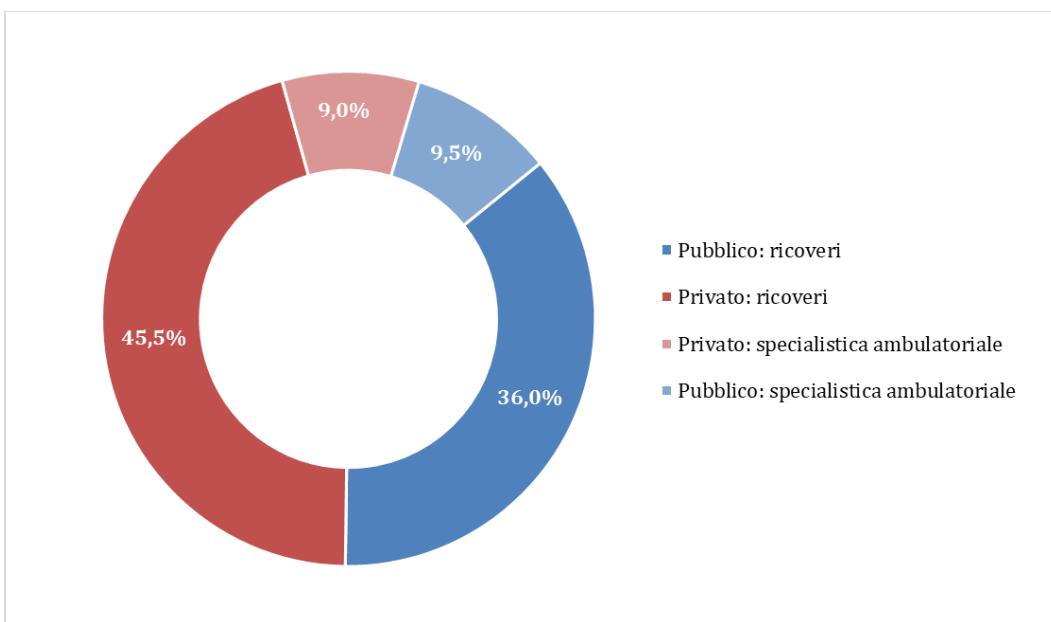


Figura 5.18. Percentuale della mobilità sanitaria 2022 per ricoveri (ordinari e day hospital) e per specialistica ambulatoriale, differenziata per strutture pubbliche e private accreditate
 (elaborazione GIMBE su dati Conferenza Stato-Regioni)

L'erogazione in mobilità di ricoveri e prestazioni specialistiche da parte delle strutture private ha un “peso” molto variabile tra le Regioni, rappresentando un indicatore proxy sia dell'offerta che della capacità attrattiva del privato accreditato. Oltre al Molise (90,6%), superano il 60% del valore della mobilità erogato da strutture private la Lombardia (71,4%), la Puglia (70,7%) e il Lazio (62,4%). Al contrario, in altre Regioni le strutture private erogano meno del 20% del valore totale della mobilità per ricoveri e prestazioni ambulatoriali: Valle D'Aosta (16,9%), Umbria (15,5%), Liguria (11,9%), Provincia autonoma di Bolzano (9,9%) e Basilicata (8,9%) (figura 5.19).

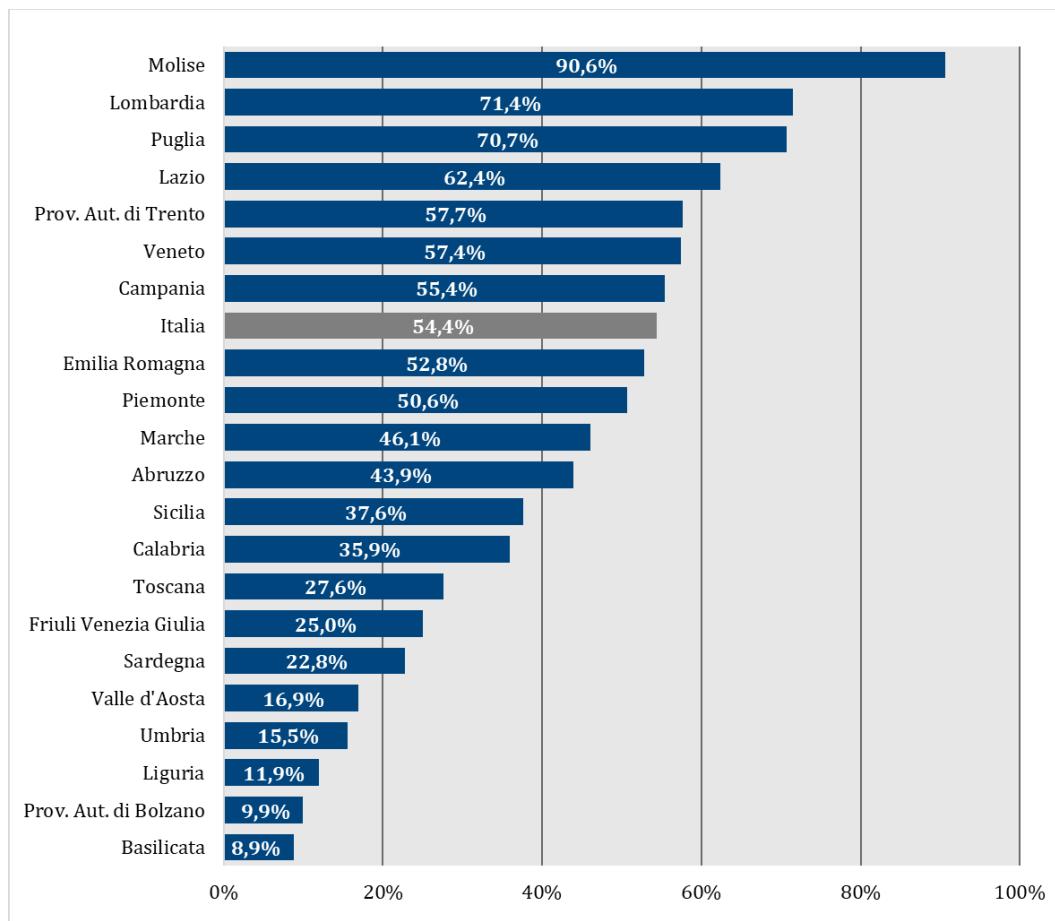


Figura 5.19. Valore percentuale della mobilità sanitaria 2022 erogata da strutture private accreditate: ricoveri (ordinari e day hospital) e specialistica ambulatoriale
 (elaborazione GIMBE su dati Conferenza Stato-Regioni)

Le analisi pubblicate nel report GIMBE sulla mobilità sanitaria¹³⁵, a cui si rimanda per ulteriori approfondimenti, dimostrano che si tratta di un fenomeno dalle enormi implicazioni sanitarie, sociali, etiche ed economiche, che mette in luce profonde disparità nell'esercizio del diritto alla tutela della salute. L'impatto economico è infatti ben più elevato di quello rilevato dai flussi di compensazione, poiché include anche i costi sostenuti per gli spostamenti e i costi indiretti, come le assenze dal lavoro di familiari o i permessi retribuiti.

Garantire il diritto alla tutela della salute su tutto il territorio nazionale significa evitare che intere aree del Paese continuino a esportare pazienti e miliardi di euro, mentre altre consolidano i propri poli d'eccellenza, spesso rappresentati da strutture private accreditate. In assenza di investimenti mirati, riforme coraggiose – in particolare su Piani di rientro e commissariamenti – e politiche di riequilibrio, la mobilità sanitaria continuerà a penalizzare soprattutto i cittadini delle Regioni del Sud, minando alle fondamenta l'universalità del SSN. Infine, senza adeguate misure correttive, l'autonomia differenziata affosserà definitivamente la sanità del Mezzogiorno, con un inevitabile effetto boomerang sulle Regioni del Nord più attrattive, che potrebbero trovarsi in difficoltà nel garantire un'adeguata erogazione dei LEA ai propri cittadini residenti.

¹³⁵ Report Osservatorio GIMBE n. 1/2025. La mobilità sanitaria interregionale nel 2022. Fondazione GIMBE: Bologna, 11 febbraio 2025. Disponibile a: www.gimbe.org/mobilita2022. Ultimo accesso: 30 settembre 2025.

CAPITOLO 6

Sprechi e inefficienze

Dopo i riferimenti culturali che hanno caratterizzato la sanità negli ultimi decenni (efficacia negli anni '70-'80, *evidence-based medicine* e costo-efficacia negli anni '90, qualità e sicurezza negli anni 2000), il driver della sanità del XXI secolo è stato identificato nel *value*. Definito da Michael Porter come il ritorno in termini di salute delle risorse investite, il *value* risulta dal rapporto tra outcome di salute rilevanti per il paziente (esiti favorevoli *meno* effetti avversi) e i costi sostenuti dal sistema¹³⁶. Questo concetto può essere applicato al singolo intervento sanitario (farmaco, test diagnostico, intervento chirurgico, etc.), a un intero percorso assistenziale o a unità di tempo-lavoro. In Italia il termine *value* viene ormai sistematicamente tradotto in "valore"^{137,138,139}: nel presente Rapporto i due termini vengono utilizzati pertanto come sinonimi, pur nella consapevolezza che, rispetto alla definizione originale di Porter¹⁴⁰, il termine "valore" può introdurre elementi di giudizio soggettivo tra diverse categorie di portatori di interesse.

Accanto alla definizione originaria, negli ultimi anni si è progressivamente consolidata a livello internazionale una cornice più ampia del concetto di "valore"¹⁴¹, articolata in quattro dimensioni: valore personale (raggiungere gli obiettivi del paziente), valore tecnico (ottenere i migliori outcome di salute con le risorse disponibili), valore allocativo (garantire una distribuzione equa delle risorse) e valore sociale (rafforzare coesione e partecipazione della comunità). Questa interpretazione quadridimensionale permette di collegare più direttamente il tema degli sprechi non solo all'efficienza, ma anche all'equità e alla sostenibilità complessiva dei sistemi sanitari.

Su queste basi si è sviluppato il crescente interesse per la *value-based healthcare* (VBHC), che nell'ultimo decennio ha attirato l'attenzione di ricercatori^{142,143,144} e istituzioni internazionali, con la produzione di specifici report, tra cui quelli dell'OMS Europa in collaborazione con l'*European Observatory on Health Systems and Policies*¹⁴⁵ e la Commissione Europea¹⁴⁶. Recentri revisioni sistematiche confermano che la VBHC rappresenta un approccio promettente per

¹³⁶ Porter ME. What is value in health care? N Engl J Med 2010;363:2477-81.

¹³⁷ Ferroni E. Cosa intendiamo per valore in sanità? Recenti Prog Med 2016;Suppl Forward2:S7-S8. Disponibile a: http://forward.recentiprogressi.it/wp-content/uploads/2016/04/recprogrmed_2016_suppl2_ferroni.pdf. Ultimo accesso: 30 settembre 2025.

¹³⁸ Gray MJA, Ricciardi W. Per una sanità di valore: come garantire servizi sanitari ottimali in un'epoca di risorse scarse. Roma: Iniziative sanitarie, 2008.

¹³⁹ Valore/valori. Supplemento a Recenti Progressi in Medicina Vol. 107, numero 04, aprile 2016. Disponibile a: <http://forward.recentiprogressi.it/valorevalori/indice>. Ultimo accesso: 30 settembre 2025.

¹⁴⁰ Porter ME. What is value in health care? N Engl J Med 2010;363:2477-81.

¹⁴¹ WHO. A global review of value-based care: theory, practice and lessons learned. World Health Organization Country Office for India 2025. Disponibile a: www.who.int/publications/i/item/9789290220121. Ultimo accesso: 30 settembre 2025.

¹⁴² Gray M. Value based healthcare. BMJ 2017;356:j437.

¹⁴³ Porter, ME, Lee, TH. From volume to value in health care: the work begins. JAMA 2016;316:1047-1048.

¹⁴⁴ Tsevat, J. and C. Moriates, Value-Based Health Care Meets Cost-Effectiveness Analysis. Ann Intern Medicine 2018;169:329-332.

¹⁴⁵ World Health Organization. Regional Office for Europe, European Observatory on Health Systems and Policies, PC Smith, A Sagan, L. Siciliani, et al. (2020). Building on value-based health care: towards a health system perspective. World Health Organization. Regional Office for Europe. Disponibile a: <https://iris.who.int/handle/10665/336134>. Ultimo accesso: 30 settembre 2025.

¹⁴⁶ European Commission. Defining value in "value based healthcare". Report of the Expert Panel on effective ways of investing in Health (EXPH). Luxembourg: Publications Office of the European Union, 2019. Disponibile a: https://health.ec.europa.eu/document/download/634e0a0c-4bff-4050-ad5f-b80381f36f33_en. Ultimo accesso: 30 settembre 2025.

contribuire alla sostenibilità dei servizi sanitari¹⁴⁷, anche se la sua piena implementazione¹⁴⁸ resta condizionata da barriere di natura culturale, normativa e tecnologica¹⁴⁹.

In questo contesto, il recente report OMS sulla *Value-Based Care*¹⁵⁰ sottolinea come la riduzione di sprechi e inefficienze rappresenti una leva imprescindibile per aumentare il *value for money* dei sistemi sanitari. Il documento propone un framework aggiornato, fondato su sette pilastri: organizzazione dell'assistenza in unità integrate per condizione – *integrated practice unit* (IPU) – misurazione sistematica di esiti e costi per paziente, allineamento dei modelli di pagamento agli esiti (*bundled payments, pay-for-performance*), integrazione dei setting assistenziali, diffusione di modelli e pratiche a valore elevato, sviluppo di sistemi informativi interoperabili e centrati sul paziente, adozione di approcci *value-based* per farmaci e tecnologie sanitarie tramite l'*Health Technology Assessment* (HTA).

Considerato che il *value* viene misurato dal rapporto tra outcome di salute rilevanti per il paziente e costi sostenuti e il *value for money* rappresenta il ritorno in termini di salute delle risorse investite in sanità, per definire gli sprechi il presente Rapporto adotta la nota definizione di Taiichi Ohno – padre del sistema di produzione della Toyota – secondo cui «gli sprechi sono generati da attività che consumano risorse senza generare valore»¹⁵¹. Di conseguenza, il *value for money* in sanità, viene eroso da sprechi e inefficienze che consumano risorse senza migliorare gli outcome di salute, anche quando la loro esistenza è giustificata da nobili motivazioni: occupazione, qualità percepita, consenso professionale e sociale, etc.

Per guidare Governo, Regioni, aziende sanitarie e professionisti nel processo di disinvestimento da sprechi e inefficienze, nel 2014 la Fondazione GIMBE ha adattato al contesto italiano la tassonomia di Don Berwick¹⁵², che identifica sei categorie di sprechi (box 6.1).

¹⁴⁷ Fernández-Salido M, Alhambra-Borrás T, Casanova G, Garcés-Ferrer J. Value-Based Healthcare Delivery: A Scoping Review. Int J Environ Res Public Health 2024;21:134. Disponibile a: www.mdpi.com/1660-4601/21/2/134. Ultimo accesso: 30 settembre 2025.

¹⁴⁸ van Staalanden DJ, van den Bekerom P, Groeneveld S, Kidanemariam M, Stiggelbout AM, van den Akker-van Marle ME. The implementation of value-based healthcare: a scoping review. BMC Health Serv Res 2022;22:270. Disponibile a: <https://bmchealthservres.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12913-022-07489-2>. Ultimo accesso: 30 settembre 2025.

¹⁴⁹ Zanotto BS, Etges APBDS, Marcolino MAZ, Polanczyk CA. Value-Based Healthcare Initiatives in Practice: A Systematic Review. J Healthc Manag 2021;66:340-365. Disponibile a: www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8423138. Ultimo accesso: 30 settembre 2025.

¹⁵⁰ WHO. A global review of value-based care: theory, practice and lessons learned. World Health Organization Country Office for India 2025. Disponibile a: www.who.int/publications/i/item/9789290220121. Ultimo accesso: 30 settembre 2025.

¹⁵¹ Ohno T. Toyota Production System: Beyond Large-scale Production, Productivity Press Inc, 1995.

¹⁵² Berwick DM, Hackbart AD. Eliminating waste in US health care. JAMA 2012;307:1513-6.

Box 6.1. Sprechi e inefficienze in sanità: la tassonomia GIMBE

- **Sovra-utilizzo:** prescrizione/erogazione di interventi sanitari (preventivi, diagnostici, terapeutici, assistenziali, organizzativi, riabilitativi, palliativi, educazionali) i cui potenziali rischi superano i benefici (valore negativo), i benefici sono minimi rispetto ai costi sostenuti (valore basso) oppure i benefici non sono noti (valore sconosciuto).
- **Sotto-utilizzo:** costi generati dal peggioramento degli esiti di salute a causa del sotto-utilizzo di interventi sanitari (preventivi, diagnostici, terapeutici, assistenziali, organizzativi, riabilitativi, palliativi, educazionali) dal valore elevato: efficaci, appropriati e dal costo adeguato rispetto alle alternative.
- **Inadeguato coordinamento dell'assistenza:** inefficienze intra- e inter-aziendali e/o scarsa integrazione tra diversi setting assistenziali o servizi dello stesso setting.
- **Acquisti a costi eccessivi:** acquisti di beni e servizi a costi non standardizzati, superiori al valore di mercato e con differenze regionali e locali.
- **Inefficienze amministrative:** processi non clinici (gestionali e amministrativi) che assorbono una quantità eccessiva di risorse rispetto al valore generato.
- **Frodi e abusi:** risorse erose direttamente o indirettamente da fenomeni corruttivi e/o da comportamenti opportunistici condizionati da conflitti di interesse, che non necessariamente configurano reato o illecito amministrativo.

Facendo riferimento a stime di istituzioni e organizzazioni nazionali, è stato quindi definito il potenziale impatto delle sei categorie di sprechi sul SSN. Le stime sugli sprechi riportate nel 1° Rapporto GIMBE¹⁵³ sono state confermate nel 2017 dal report OCSE *Tackling Wasteful Spending on Health*¹⁵⁴, secondo cui circa il 20% della spesa sanitaria nei Paesi industrializzati contribuisce in maniera minima o nulla al miglioramento della salute delle persone. Considerato che almeno il 9% del PIL (di cui i 3/4 rappresentati da spesa pubblica) viene investito in sanità e che gli sprechi si annidano a tutti i livelli (politica, management, aziende sanitarie, professionisti sanitari, pazienti), tutti gli stakeholder sono chiamati ridurli con “precisione chirurgica”. Il report OCSE, con approccio estremamente pragmatico, include tra gli sprechi sia le risorse erose da servizi e processi dannosi e/o privi di beneficio, sia i costi che potrebbero essere evitati utilizzando alternative meno onerose ma di pari efficacia. Di conseguenza, individua due strategie per ridurre gli sprechi:

- smettere di fare cose che non generano valore;
- utilizzare, ove disponibili, alternative meno costose di sovrapponibile efficacia/sicurezza.

Infine, mettendo in relazione errori, responsabilità e decisioni inadeguate degli stakeholder, criticità organizzative, disallineamento dei sistemi premianti e frodi intenzionali, l'OCSE identifica tre macro-categorie di sprechi: *wasteful clinical care, operational waste, governance-related waste*. La tassonomia GIMBE si sovrappone perfettamente a questa classificazione, con l'eccezione della categoria del sotto-utilizzo, non presa in considerazione dall'OCSE perché rappresenta uno spreco indiretto derivante dal peggioramento degli outcome di salute conseguente all'*underuse* di interventi sanitari dal *value* elevato. In particolare, la *wasteful clinical care* corrisponde al sovra-utilizzo, l'*operational waste* agli acquisti a costi eccessivi e all'inadeguato coordinamento dell'assistenza, il *governance-related waste* alle inefficienze

¹⁵³ Rapporto sulla sostenibilità del Servizio Sanitario Nazionale 2016-2025. Fondazione GIMBE: Bologna, giugno 2016. Disponibile a: <https://www.salviamo-ssn.it/attivita/rapporto/1-rapporto-gimbe.it-IT.html>. Ultimo accesso: 30 settembre 2025.

¹⁵⁴ OECD. Tackling Wasteful Spending on Health. OECD Publishing: Paris, January 2017. Disponibile a: <https://doi.org/10.1787/9789264266414-en>. Ultimo accesso: 30 settembre 2025.

amministrative, mentre frodi e abusi sono di fatto trasversali a tutte le categorie. L'OMS¹⁵⁵ rafforza ulteriormente questa impostazione, sottolineando come la riduzione di sprechi e inefficienze sia una leva cruciale per aumentare il *value for money*. In particolare, si evidenzia la necessità di agire contemporaneamente sul sovra-utilizzo (*low-value care*), sul sotto-utilizzo (*underuse*) e sulle variazioni ingiustificate della pratica professionale, adottando strumenti concreti: organizzazione per IPU, misurazione di outcome clinici e riportati dai pazienti¹⁵⁶, metodologie avanzate per la rilevazione dei costi quali *time-driven activity-based costing* (TDABC), riallineamento degli incentivi nei modelli di pagamento e potenziamento dei sistemi informativi. In questa prospettiva, la tassonomia GIMBE mantiene piena attualità, ma viene arricchita da un quadro operativo che consente di tradurre le categorie di sprechi in priorità di intervento.

Negli anni, la tassonomia GIMBE e soprattutto le sue stime hanno alimentato un acceso dibattito¹⁵⁷: c'è chi ne ha contestato i presupposti metodologici¹⁵⁸, chi ha ridimensionato la portata delle cifre¹⁵⁹, ma anche chi considera la riduzione di sprechi e inefficienze un'azione indispensabile per salvaguardare la sanità pubblica^{160,161,162}. In questo quadro, nel 2018 un report congiunto OCSE-Commissione Europea ribadiva che sprechi e inefficienze sono tra le principali determinanti della crisi di sostenibilità dei sistemi sanitari¹⁶³, suggerendo che la loro riduzione è una delle strategie fondamentali per rafforzarne efficacia e resilienza e fornendo un approccio pragmatico per identificare e classificare gli sprechi

Oggi, alla luce delle più recenti evidenze dell'OMS¹⁶⁴, è evidente che la riduzione degli sprechi costituisce una condizione necessaria ma non sufficiente per garantire la sostenibilità dei sistemi sanitari. È indispensabile che sia accompagnata da processi di governance, engagement degli stakeholder e innovazione organizzativa, così da attuare un vero "piano di transizione" verso un sistema orientato al valore.

L'obiettivo della tassonomia GIMBE è delineare il perimetro e le macro-categorie di sprechi e inefficienze in sanità, identificare gli strumenti per avviare un virtuoso processo di disinvestimento e riallocazione e monitorare normative e azioni orientate a questo obiettivo imprescindibile per la sostenibilità del SSN. Dal 2024 il Rapporto GIMBE non fornisce stime economiche sull'entità di sprechi e inefficienze, ma conferma che persistono in misura più o meno rilevante in tutti i contesti assistenziali: nessuna Regione o Azienda sanitaria può considerarsi immune dalle sei categorie di sprechi e inefficienza, ed è quindi indispensabile

¹⁵⁵ WHO. A global review of value-based care: theory, practice and lessons learned. World Health Organization Country Office for India 2025. Disponibile a: www.who.int/publications/item/9789290220121. Ultimo accesso: 30 settembre 2025.

¹⁵⁶ OECD. PROMoting quality of care through patient reported outcome measures (PROMs): Systematic collection of PROMs for quality improvement and assurance in 38 countries. Disponibile a: www.oecd.org/content/dam/oecd/en/publications/reports/2025/06/promoting-quality-of-care-through-patient-reported-outcome-measures-proms_5b840fb9/c17bb968-en.pdf. Ultimo accesso: 30 settembre 2025.

¹⁵⁷ Marro E. Sanità: 22,5 miliardi di sprechi. Corriere della Sera, 12 giugno 2017. Disponibile a: www.gimbe.org/rassegna_stampa/20170612_Corriere_della_Sera_Rapporto_GIMBE.pdf. Ultimo accesso: 30 settembre 2025.

¹⁵⁸ Montemurro D, et al. I 'molti' dubbi sui reali sprechi in sanità. Lo studio Anaa Assomed. Quotidiano Sanità, 18 ottobre 2017. Disponibile a: www.quotidianosanita.it/studi-e-analisi/articolo.php?articolo_id=54885. Ultimo accesso: 30 settembre 2025.

¹⁵⁹ Fassari C. Sulla sanità troppi numeri farlocchi sparati ad "alto zero". Quotidiano Sanità, 14 giugno 2017. Disponibile a: www.quotidianosanita.it/studi-e-analisi/articolo.php?articolo_id=51722. Ultimo accesso: 30 settembre 2025.

¹⁶⁰ Geddes da Filicaia M. Strategie per contenere la spesa sanitaria. Ridurre gli sprechi. In: La salute sostenibile. Perché possiamo permetterci un Servizio sanitario equo ed efficace. Roma: Il Pensiero Scientifico Editore, marzo 2018: pag. 106-114.

¹⁶¹ Maffei CM. La gestione delle risorse umane del Ssn tra sprechi e perdite. Quotidiano Sanità, 15 novembre 2024. Disponibile a: www.quotidianosanita.it/lettere-al-direttore/articolo.php?articolo_id=125785. Ultimo accesso: 30 settembre 2025.

¹⁶² Maffei CM. La lotta agli sprechi nel Ssn: se non ora quando? Quotidiano Sanità, 29 ottobre 2024. Disponibile a: www.quotidianosanita.it/lettere-al-direttore/articolo.php?articolo_id=125395. Ultimo accesso: 30 settembre 2025.

¹⁶³ OECD, European Commission. Health at a Glance: Europe 2018. State of Health in the EU Cycle. OECD Publishing: Paris, November 2018. Disponibile a: https://doi.org/10.1787/health_glance_eur-2018-en. Ultimo accesso: 30 settembre 2025.

¹⁶⁴ WHO. A global review of value-based care: theory, practice and lessons learned. World Health Organization Country Office for India, 2025. Disponibile a: www.who.int/publications/item/9789290220121. Ultimo accesso: 30 settembre 2025.

implementare strategie concrete per il loro contenimento. Il recupero di risorse, tuttavia, non può essere affidato a misure isolate, ma richiede un mix di interventi: formazione dei professionisti sanitari, informazione della popolazione e riforme strutturali (es. depenalizzazione dell'atto medico), sistemi di rimborso basati sugli esiti anziché sulle prestazioni, programmazione dell'assistenza tramite reti integrate ospedale-territorio (inclusa l'assistenza socio-sanitaria), implementazione dell'HTA nei processi di acquisizione di beni e servizi, *delisting* dei LEA per eliminare le prestazioni obsolete o dal valore basso, adeguata digitalizzazione del SSN e inasprimento delle sanzioni per frodi e abusi relativi alla sanità pubblica.

Il framework proposto nel 2025 dall'OMS¹⁶⁵ conferma che a tali misure deve essere affiancato un "piano di transizione" verso un sistema *value-based*, fondato su fattori abilitanti: governance forte e trasparente, coinvolgimento attivo degli stakeholder, interoperabilità dei sistemi informativi, metodologie avanzate di analisi dei costi (es. TDABC), uso sistematico di outcome rilevanti e riferiti dai pazienti - *Patient Reported Outcome Measures (PROMs)* e *Patient Reported Experience Measures (PREMs)*¹⁶⁶ – e strategie di *change management* per indurre e sostenere il cambiamento culturale e organizzativo. Solo integrando questi elementi sarà possibile trasformare la tassonomia degli sprechi in una leva strategica per disinvestire e riallocare le risorse.

In definitiva, sebbene il recupero di risorse da sprechi e inefficienze non sia facilmente monetizzabile, l'aumento del valore della spesa sanitaria rimane una delle strategie chiave per la sostenibilità del SSN, senza per questo diventare un alibi per la politica nel sottrarsi alla necessità di aumentare il finanziamento pubblico. D'altronde un recente rapporto OCSE sulla sostenibilità fiscale dei sistemi sanitari¹⁶⁷, identifica l'aumento del valore della spesa sanitaria, tramite riduzione di sprechi e inefficienze, tra le strategie per mantenere sostenibili i sistemi sanitari. E ribadisce che in sanità l'aumento del *value for money* dovrebbe essere maggiormente enfatizzato sfruttando tutti i benefici della trasformazione digitale, compresa l'intelligenza artificiale. La riduzione della spesa dal valore basso deve essere accompagnata da politiche di promozione della salute, innovazione organizzativa e *value-based procurement*, per garantire un incremento reale del valore prodotto dal SSN. Solo così sarà possibile ridurre fino alla metà della spesa sanitaria dal valore basso, come stimato dall'OCSE, liberando risorse fino a 1,2 punti percentuali del PIL senza compromettere la qualità dell'assistenza.

Vengono di seguito riportate le sei categorie di sprechi della tassonomia GIMBE, tenendo conto che ciascuna di loro presenta variabili interazioni con le altre categorie e sovrapposizioni dai contorni sfumati.

¹⁶⁵ WHO. A global review of value-based care: theory, practice and lessons learned. World Health Organization Country Office for India 2025. Disponibile a: www.who.int/publications/i/item/9789290220121. Ultimo accesso: 30 settembre 2025.

¹⁶⁶ OECD. PROMoting quality of care through patient reported outcome measures (PROMs): Systematic collection of PROMs for quality improvement and assurance in 38 countries. Disponibile a: www.oecd.org/content/dam/oecd/en/publications/reports/2025/06/promoting-quality-of-care-through-patient-reported-outcome-measures-proms_5b840fb9/c17bb968-en.pdf. Ultimo accesso: 30 settembre 2025.

¹⁶⁷ OECD, Fiscal Sustainability of Health Systems: How to Finance More Resilient Health Systems When Money Is Tight? OECD Publishing: Paris, January 2024

6.1. Sovra-utilizzo

Il sovra-utilizzo (*overuse*) di servizi e prestazioni sanitarie inefficaci, inappropriate o dal valore basso è ampiamente documentato in letteratura e riguarda tutti i livelli dell'assistenza, coinvolgendo tutte le professioni e le specialità mediche¹⁶⁸: farmaci, interventi terapeutici, test di screening e diagnostici, visite specialistiche, ricoveri ospedalieri. È importante sottolineare che il ricorso a prestazioni inappropriate, in particolare diagnostiche, non è imputabile esclusivamente alla medicina difensiva. Numerosi altri fattori concorrono infatti a questo fenomeno¹⁶⁹: indebolimento del ragionamento ipotetico-deduttivo in favore della strategia diagnostica esaustiva, modelli di rimborso delle prestazioni basati sul volume e non sull'appropriatezza, crescente medicalizzazione della società, aspettative sempre più elevate di cittadini e pazienti, continuo turnover tecnologico che introduce sul mercato false innovazioni, decisioni e prescrizioni condizionate da conflitti di interesse, sentenze giudiziarie discutibili e operato di avvocati senza scrupoli che alimentano il contenzioso medico-legale. Considerata la natura multifattoriale del sovra-utilizzo, è irrealistico continuare a ritenerne che la L. 24/2017 possa ridurre significativamente questa categoria di sprechi. Peraltro, il Sistema Nazionale Linee Guida, operativo dal maggio 2018, risente ancora dei tempi necessari per la produzione e l'aggiornamento di linee guida e buone pratiche clinico-assistenziali. Anche la recente approvazione, da parte del Consiglio dei Ministri, del DdL Delega sulle professioni sanitarie – che limita la responsabilità penale alla sola “colpa grave” – nasce con l'intento di contenere l'impatto sull'inappropriatezza della medicina difensiva. Tuttavia, oltre al fatto che questa è solo una delle determinanti del sovra-utilizzo, il potenziale impatto è ulteriormente ridotto dal fatto che la gravità della condotta continuerà a essere stabilita dal giudice sulla base di variabili quali carenza di personale, conoscenze scientifiche limitate, disponibilità di terapie adeguate o contesti di urgenza.

Negli ultimi anni, diverse revisioni sistematiche hanno documentato l'ampiezza del problema dell'inappropriatezza nell'utilizzo di diagnostica, test di laboratorio e ricoveri ospedalieri. In particolare, una revisione sistematica¹⁷⁰ ha analizzato il sovra-utilizzo dei test diagnostici in vari contesti, rilevando che le aree più frequentemente interessate riguardano l'imaging per il mal di schiena e i test pre-operatori: le inappropriatezze maggiori sono state rilevate per elettrocardiogrammi, radiografie del torace o test di funzionalità polmonare in pazienti a basso rischio sottoposti a interventi chirurgici (97,5%); imaging per lombalgia nelle prime 6 settimane dall'insorgenza dei sintomi in assenza di *red flags* (86,2%); artroscopia del ginocchio per lesioni meniscale (81,7%); esami di laboratorio di routine in pazienti a basso rischio sottoposti a intervento chirurgico (78,6%); artroscopia del ginocchio per osteoartrosi (71,7%). Questi interventi sanitari possono avviare percorsi diagnostico-terapeutici inutili, costosi e talvolta dannosi. Una revisione sistematica più recente¹⁷¹ ha stimato tassi di inappropriatezza del 21% per le risonanze magnetiche, 40% per le TAC, 44% per le radiografie e 56% per le ecografie. Per i test di laboratorio, una revisione meno recente¹⁷² ha indicato un tasso del 21%. Infine, per i ricoveri ospedalieri la letteratura riporta stime di inappropriatezza

¹⁶⁸ Brownlee S, Chalkidou K, Doust J, et al. Evidence for overuse of medical services around the world. Lancet 2017;390:156-168.

¹⁶⁹ Cartabellotta A. Less is more: un approccio di sistema alla medicina difensiva. Quaderni di Monitor 2015, pagg. 18-27.

¹⁷⁰ Müskens JLJM, Kool RB, van Dulmen SA, Westert GP. Overuse of diagnostic testing in healthcare: a systematic review. BMJ Qual Saf. 2022;31:54-63.

¹⁷¹ Walther F, Eberlein-Gonska M, Hoffmann RT, et al. Measuring appropriateness of diagnostic imaging: a scoping review. Insights Imaging 2023;14:62.

¹⁷² Zhi M, Ding EL, Theisen-Toupal J, et al. The landscape of inappropriate laboratory testing: a 15-year meta-analysis. PLoS One. 2013;8:e78962.

comprese tra il 2% e il 35% a seconda delle variabili locali, dei metodi utilizzati e delle popolazioni considerate^{173,174,175}.

SOVRA-UTILIZZO	
Definizione	Prescrizione/erogazione di interventi sanitari (preventivi, diagnostici, terapeutici, assistenziali, organizzativi, riabilitativi, palliativi, educazionali) i cui potenziali rischi superano i benefici (valore negativo), i benefici sono minimi rispetto ai costi sostenuti (valore basso) oppure i benefici non sono noti (valore sconosciuto) ¹⁷⁶ .
Determinanti	Offerta di servizi, comportamenti professionali, aspettative di cittadini e pazienti.
Tassonomia	<ul style="list-style-type: none"> Interventi sanitari dal valore negativo: le evidenze documentano rischi maggiori dei benefici. Interventi sanitari dal valore basso: le evidenze li documentano come inefficaci, o efficaci ma inappropriati, o efficaci e appropriati ma dai costi eccessivi rispetto alle alternative. Interventi sanitari dal valore sconosciuto: evidenze assenti e/o di scarsa qualità e/o discordanti, e/o profilo rischio-beneficio non noto.
Esempi	<ul style="list-style-type: none"> Farmaci: antibiotici nelle infezioni virali delle vie respiratorie, inibitori della pompa protonica in soggetti con dispepsia non ulcerosa, chemioterapia in pazienti terminali, eccesso di benzodiazepine negli anziani, integratori e vitamine senza indicazioni cliniche. Screening: PSA in soggetti asintomatici senza familiarità per carcinoma della prostata, screening carcinoma della tiroide. Esami diagnostici: check-up periodici, esami preoperatori in pazienti classi ASA 1 e 2, TC/RM nella lombalgia senza segni di allarme (<i>red flags</i>) e prima di 4-6 settimane, TC/RM nella cefalea, coronarografia, colonscopie post-polipectomia, Rx/RM per gonalgia in assenza di trauma recente; ripetizione frequente di test diagnostici per scarsa integrazione tra MMG e specialisti. Interventi terapeutici: parti cesarei senza indicazione clinica, artroscopia "terapeutica" nell'artrosi del ginocchio, angioplastiche coronarie in pazienti stabili senza ischemia, isterectomie inappropriate, artroprotesi d'anca o ginocchio in pazienti anziani e fragili con scarsa prospettiva di miglioramento funzionale; infiltrazioni con acido ialuronico o steroidi per artrosi lieve. Interventi riabilitativi: cicli ripetuti di fisioterapia senza valutazione degli esiti; trattamenti riabilitativi protratti oltre le reali necessità ed indicazioni cliniche. Interventi organizzativi: ospedalizzazioni e accessi al pronto soccorso inappropriate. Interventi palliativi: gastrostomia endoscopica percutanea.

Tabella 6.1. Sprechi da sovra-utilizzo

¹⁷³ Cardona-Morrell M, Kim JCH, Brabrand M, et al. What is inappropriate hospital use for elderly people near the end of life? A systematic review. Eur J Intern Med 2017;42:39-50.

¹⁷⁴ Thwaites R, Glasby J, le Mesurier N, Littlechild R. Room for one more? A review of the literature on 'inappropriate' admissions to hospital for older people in the English NHS. Health Soc Care Community 2017;25:1-10.

¹⁷⁵ Arab-Zozani M, Pezeshki MZ, Khodayari-Zarnaq R, Janati A. Inappropriate Rate of Admission and Hospitalization in the Iranian Hospitals: A Systematic Review and Meta-Analysis. Value Health Reg Issues 2020;21:105-112.

¹⁷⁶ Chassin MR, Galvin RW. The urgent need to improve health care quality. Institute of Medicine National Roundtable on Health Care Quality. JAMA 1998; 280: 1000-05.

6.2. Sotto-utilizzo

L'inadeguato trasferimento dei risultati della ricerca alla pratica clinica e all'organizzazione dei servizi sanitari determina l'*underuse* di interventi sanitari efficaci, appropriati e dal valore elevato. Il sotto-utilizzo ritarda o impedisce la guarigione dei pazienti, aumenta le complicanze, determina ricoveri ospedalieri e interventi sanitari più costosi, genera assenze dal lavoro. Il fenomeno riguarda anche le strategie di prevenzione primaria contro stili di vita e comportamenti individuali dannosi per la salute. In questo contesto gli sprechi derivano dai costi conseguenti al peggioramento degli outcome di salute da sotto-utilizzo di interventi sanitari dal valore elevato.

Per analizzare il complesso fenomeno del sotto-utilizzo occorre partire da un presupposto: in un sistema sanitario ideale tutte le persone hanno accesso all'assistenza sanitaria, il sistema offre tutti gli interventi ad alto valore, i professionisti sanitari (in particolare i medici) prescrivono ed erogano tali interventi in linea con le migliori evidenze scientifiche, i pazienti partecipano attivamente alle scelte garantendo la necessaria *compliance*¹⁷⁷. Secondo questa impostazione, il sotto-utilizzo si origina attraverso quattro step distinti:

- Mancato accesso all'assistenza: il sistema sanitario non offre adeguata copertura e/o i pazienti non riescono ad accedere all'assistenza disponibile o a sostenerne i costi per diverse motivazioni: distanza dalle sedi di erogazione dell'assistenza, povertà, emarginazione sociale, status di immigrazione, etc.
- Intervento sanitario non disponibile: interventi dal valore elevato non inseriti nei LEA, oppure inseriti ma non erogati in tempi adeguati a causa di carenze strutturali, tecnologiche, organizzative, professionali che, ad esempio, allungano i tempi di attesa.
- Intervento sanitario disponibile, ma non prescritto o non erogato: i professionisti sanitari, medici in particolare, non prescrivono/erogano interventi dal valore elevato anche se supportati dalle migliori evidenze scientifiche.
- Mancata *compliance* del paziente: i pazienti non condividono gli interventi sanitari proposti, non rispettano gli appuntamenti, non garantiscono un'adeguata aderenza terapeutica per diverse ragioni: distanza, costi, fattori culturali, stigma, barriere linguistiche, condizioni socio-economiche.

Anche l'OMS¹⁷⁸ ha recentemente sottolineato che affrontare il sotto-utilizzo è cruciale non solo per ridurre diseguaglianze ma anche per aumentare il valore complessivo del sistema. A tal fine raccomanda di adottare sistemi informativi centrati sul paziente, in grado di intercettare chi non riceve le cure raccomandate, e di integrare strumenti come PROMs e PREMs per valutare l'impatto reale degli interventi sanitari. Inoltre, modelli di finanziamento orientati al valore (es. *bundled payments, pay-for-performance*) possono incentivare l'erogazione di interventi dal valore elevato, soprattutto nelle aree caratterizzate da maggiori criticità di accesso.

In Italia, il fenomeno del sotto-utilizzo si è notevolmente ampliato negli ultimi anni, sia per le diseguaglianze regionali e territoriali nell'erogazione dei LEA, sia per le criticità nell'esigibilità delle prestazioni sanitarie. Secondo l'ISTAT, nel 2024 circa una persona su dieci (9,9%) ha dichiarato di avere rinunciato, negli ultimi 12 mesi, a visite o esami specialistici,

¹⁷⁷ Glasziou P, Straus S, Brownlee S, et al. Evidence for underuse of effective medical services around the world. Lancet 2017;390:169-177.

¹⁷⁸ WHO. A global review of value-based care: theory, practice and lessons learned. World Health Organization Country Office for India 2025. Disponibile a: www.who.int/publications/i/item/9789290220121. Ultimo accesso: 30 settembre 2025.

principalmente per le lunghe liste di attesa (6,8%) e per la difficoltà di sostenere i costi delle prestazioni sanitarie (5,3%)¹⁷⁹.

Questi dati dimostrano che il sotto-utilizzo non è un fenomeno marginale, ma una delle principali minacce alla sostenibilità e all'equità del SSN, oltre che un fenomeno che genera maggiori costi per il peggioramento degli esiti di salute. Affrontarlo richiede politiche integrate: potenziare i servizi territoriali, ridurre le liste d'attesa, garantire uniformità nell'erogazione dei LEA, rafforzare l'educazione sanitaria e introdurre incentivi mirati per professionisti e strutture che assicurino la prescrizione e l'erogazione di interventi sanitari dal valore elevato.

SOTTO-UTILIZZO	
Definizione	Costi generati dal peggioramento degli esiti di salute a causa del sotto-utilizzo di interventi sanitari (preventivi, diagnostici, terapeutici, assistenziali, organizzativi, riabilitativi, palliativi, educazionali) dal valore elevato: efficaci, appropriati e dal costo adeguato rispetto alle alternative.
Determinanti	Offerta di servizi, comportamenti professionali, aspettative di cittadini e pazienti.
Tassonomia	<ol style="list-style-type: none"> 1. Mancato accesso all'assistenza 2. Intervento sanitario non disponibile 3. Intervento disponibile, ma non prescritto o non erogato 4. Mancata <i>compliance</i> del paziente
Esempi	<ol style="list-style-type: none"> 1. Immigrati clandestini, residenti in aree disagiate con difficoltà di trasporto, persone senza fissa dimora, rinuncia a prestazioni sanitarie per lunghi tempi di attesa. 2. Hospice, assistenza domiciliare, farmaci ad alto costo, vaccinazione anti-HPV, terapia cognitivo-comportamentale, riabilitazione polmonare, mancanza di servizi di salute mentale per minori, assenza di centri per malattie rare. 3. Anticoagulanti nella fibrillazione atriale, oppiacei nel dolore oncologico, riabilitazione cardiologica dopo infarto del miocardio o interventi cardiochirurgici. 4. Mancata aderenza a stili di vita raccomandati, scarsa <i>compliance</i> farmacologica nelle malattie croniche, interruzione precoce di terapie oncologiche orali per timore di effetti avversi.

Tabella 6.2. Sprechi da sotto-utilizzo

¹⁷⁹ ISTAT. Rapporto annuale 2025. La situazione del Paese. Roma, 21 maggio 2025. Disponibile a: www.istat.it/wp-content/uploads/2025/05/RA-2025-volume-integrale.pdf. Ultimo accesso: 30 settembre 2025.

6.3. Inadeguato coordinamento dell'assistenza

Il coordinamento inadeguato dell'assistenza rappresenta una fonte rilevante di sprechi e inefficienze, che può manifestarsi a due livelli:

- **Nello stesso setting assistenziale:** in ospedale, ad esempio, l'inadeguato coordinamento tra pronto soccorso e unità operative di degenza o tra queste e i servizi diagnostici, a causa della mancata standardizzazione di percorsi assistenziali e procedure, può determinare ripetizioni di test diagnostici, limitata comunicazione e collaborazione e differenti approcci clinico-assistenziali tra specialisti, aumento della durata della degenza dovuto a ritardi nell'esecuzione di consulenze specialistiche, indagini strumentali, interventi chirurgici, etc.
- **Tra differenti setting assistenziali:** i PDTA per i pazienti con malattie croniche, in particolare quelli con multimorbidità, ad esempio, prevedono continue interazioni tra ospedale e cure primarie. A questo livello entrano in gioco logiche e regole diversificate tra le strutture coinvolte (es. orari e giorni disponibili per la presa in carico), carenza di collegamenti, anche informatici, competizione tra Aziende sanitarie per risparmiare risorse. Tutto ciò alimenta soprattutto l'inappropriatezza organizzativa, con pazienti che vengono assistiti in setting assistenziali più costosi di quanto realmente necessario.

Nel recente report, l'OMS¹⁸⁰ riconosce l'inadeguata integrazione dei percorsi come una delle principali forme di *operational waste*. Propone di affrontarla attraverso la creazione di IPU e di modelli di *integrated care systems* (ICS), basati su team multidisciplinari, standardizzazione dei percorsi e piattaforme digitali interoperabili. Questi approcci consentono di ridurre duplicazioni, ritardi e inappropriatezza organizzativa, favorendo la presa in carico proattiva dei pazienti cronici e la continuità assistenziale lungo l'intero ciclo di cura.

In Italia, il PNRR ha individuato nella riorganizzazione dell'assistenza territoriale una priorità, prevedendo la creazione delle Case della Comunità e lo sviluppo di una rete di servizi integrati ospedale-territorio. Tuttavia, l'attuazione procede con marcate differenze regionali, con il rischio di accentuare le diseguaglianze esistenti (§ 8.3.4). Nella Relazione 2024¹⁸¹, la Corte dei Conti ha inoltre richiamato le Regioni sulla necessità di rafforzare il coordinamento dei servizi territoriali e digitali, per evitare che le risorse del PNRR si disperdano in progetti non integrati.

In definitiva, l'inadeguato coordinamento dell'assistenza non rappresenta soltanto una criticità organizzativa, ma una vera e propria fonte diretta di sprechi e di peggioramento degli esiti di salute. Per ridurlo è indispensabile adottare una strategia integrata che includa percorsi assistenziali condivisi, piattaforme informatiche interoperabili e modelli organizzativi centrati sul paziente, in grado di superare l'attuale frammentazione del SSN.

¹⁸⁰ WHO. A global review of value-based care: theory, practice and lessons learned. World Health Organization Country Office for India 2025. Disponibile a: www.who.int/publications/i/item/9789290220121. Ultimo accesso: 30 settembre 2025.

¹⁸¹ Corte dei conti. Relazione sullo stato di attuazione del piano nazionale di ripresa e resilienza (PNRR). Roma, dicembre 2024. Disponibile a: www.mur.gov.it/sites/default/files/2024-12/PNRR_cortedeiconti_rel_II_sem_2024.pdf. Ultimo accesso: 30 settembre 2025.

INADEGUATO COORDINAMENTO DELL'ASSISTENZA	
Definizione	Inefficienze intra- e inter-aziendali e/o scarsa integrazione tra diversi setting assistenziali o servizi dello stesso setting.
Determinanti	Mancata standardizzazione di percorsi, processi e procedure, assenza di reti integrate.
Tassonomia	1. Inadeguato coordinamento tra strutture dello stesso setting assistenziale 2. Inadeguato coordinamento tra strutture appartenenti a setting differenti
Esempi	Duplicazione di test diagnostici, aumento tempi di attesa, aumento durata degenza media, inadeguata presa in carico post-dimissione, difficoltà di prenotazione prestazioni e ritiro referti, mancata condivisione di informazioni cliniche tra servizi territoriali e ospedalieri, ritardi nel trasferimento dal pronto soccorso ai reparti di degenza, discontinuità nell'erogazione di cure e servizi tra strutture sanitarie e sociali.

Tabella 6.3. Sprechi da inadeguato coordinamento dell'assistenza

6.4. Acquisti a costi eccessivi

La limitata implementazione dei prezzi di riferimento e l'assenza di regole ben definite su scala nazionale hanno fatto lievitare i costi di acquisizione delle tecnologie sanitarie (farmaci, dispositivi, attrezzature, etc.), così come quelli di beni e servizi non sanitari (lavanderia, mensa, pulizie, riscaldamento, etc.) ben oltre il loro valore reale, con differenze regionali e aziendali non giustificate. Nonostante l'attivazione di centrali di acquisto a diversi livelli (di area vasta, regionali, nazionali) e l'attività di controllo da parte di vari organismi, non sempre la dinamica degli acquisti ha beneficiato pienamente delle misure di contenimento della spesa per acquisto di beni e servizi, tra cui la centralizzazione degli acquisti. Persistono difformità territoriali ingiustificate e comportamenti opportunistici da parte dei fornitori, che tendono a incorporare nei prezzi fattori di rischio legati a ritardi nei pagamenti, incertezza nelle consegne e complessità amministrative.

In questa prospettiva, l'OMS¹⁸² richiama la necessità di evolvere dal procurement tradizionale ad un procurement *value-based*, che non si limiti a considerare il prezzo più basso, ma soprattutto gli esiti generati da farmaci, dispositivi e servizi. Ciò significa valorizzare la capacità di questi interventi di generare valore per pazienti e sistema. Strumenti come i contratti basati sugli esiti (*outcome-based agreements*) e un utilizzo sistematico dell'HTA diventano centrali per guidare la selezione e la negoziazione dei prezzi, garantendo equità di accesso e sostenibilità.

In definitiva, per ridurre gli sprechi negli acquisti è necessario andare oltre la logica del massimo ribasso, adottando procedure trasparenti e standardizzate, rafforzando il ruolo delle centrali di acquisto e introducendo su larga scala strumenti di valutazione e contrattualistica orientati al valore. Solo così sarà possibile ridurre le differenze regionali, garantire un uso più efficiente delle risorse e migliorare l'accesso a tecnologie realmente innovative.

¹⁸² WHO. A global review of value-based care: theory, practice and lessons learned. World Health Organization Country Office for India 2025. Disponibile a: www.who.int/publications/i/item/9789290220121. Ultimo accesso: 30 settembre 2025.

ACQUISTI A COSTI ECCESSIVI	
Definizione	Acquisti di beni e servizi a costi non standardizzati, superiori al valore di mercato e con differenze regionali e locali.
Determinanti	Ritardi nei pagamenti dei fornitori, processi di gara non trasparenti, scarso monitoraggio, centrali uniche di acquisto che utilizzano procedure differenti.
Tassonomia	<ol style="list-style-type: none"> 1. Tecnologie sanitarie 2. Beni e servizi non sanitari
Esempi	<ol style="list-style-type: none"> 1. Farmaci, vaccini, stent, ausili per incontinenza, protesi d'anca, generali, defibrillatori, pacemaker, valvole cardiache, dispositivi ortopedici, apparecchiature diagnostiche, materiali monouso (cateteri, guanti, mascherine, medicazioni, aghi e siringhe). 2. Gestione apparecchiature elettromedicali, servizi di manutenzione pulizia, ristorazione, lavanderia, smaltimento rifiuti sanitari, guardiania e vigilanza armata, riscaldamento, utenze telefoniche, servizi informatici, etc.

Tabella 6.4. Sprechi da acquisti a costi eccessivi

6.5. Inefficienze amministrative

In un sistema complesso come quello sanitario, le inefficienze amministrative sono evidenti in tutti i processi non clinici: dalla gestione degli acquisti al controllo dei servizi esternalizzati, dalla gestione del bilancio alla verifica delle attività e dei risultati ottenuti, dalle procedure amministrative sulle diverse prestazioni alla pianificazione e negoziazione del budget. In Italia, questi fenomeni sono amplificati da un sovraccarico burocratico che spesso sottrae tempo prezioso anche ai professionisti sanitari: il personale clinico è costretto a svolgere incombenze amministrative che non generano valore, mentre i costi del personale amministrativo rappresentano già una voce consistente della spesa del SSN. Per ridurre le inefficienze amministrative servono interventi strutturali: semplificazione e standardizzazione dei processi, informatizzazione e dematerializzazione dei documenti, formazione alle competenze digitali, rinnovo delle infrastrutture informatiche e applicazione di principi di *lean management* al settore amministrativo.

Il report OMS¹⁸³ conferma che la riduzione di questi sprechi è un pre-requisito per l'implementazione di modelli di sanità basata sul valore. A tal fine vengono indicate tre priorità: completare la digitalizzazione del sistema sanitario, garantendo l'interoperabilità dei dati; integrare in un unico flusso i dati clinici e amministrativi per consentire la misurazione del valore; introdurre pratiche di *lean management* per eliminare attività ridondanti, liberando risorse e tempo da destinare all'assistenza diretta. Ad esempio, una recente survey condotta su oltre 1.500 ematologi italiani¹⁸⁴ ha rilevato che circa il 50% del loro tempo lavorativo viene assorbito da compiti amministrativi, con l'assistenza ai pazienti che rappresenta l'attività più penalizzata dalla carenza di tempo.

¹⁸³ WHO. A global review of value-based care: theory, practice and lessons learned. World Health Organization Country Office for India 2025. Disponibile a: www.who.int/publications/i/item/9789290220121. Ultimo accesso: 30 settembre 2025.

¹⁸⁴ Petruzzelli D, Vignetti M, Trasarti S, et al. Exploring the administrative burden faced by hematologists: a comprehensive study in Italy. Glob Reg Health Technol Assess. 2024;11:161-168.

In definitiva, ridurre le inefficienze amministrative non è solo una questione di risparmio economico, ma un passaggio obbligato per garantire la sostenibilità del SSN, migliorare l'esperienza di cura dei pazienti e restituire tempo ai professionisti sanitari per l'attività clinica.

INEFFICIENZE AMMINISTRATIVE	
Definizione	Processi non clinici (gestionali e amministrativi) che assorbono una quantità eccessiva di risorse rispetto al valore generato.
Determinanti	Eccesso di burocrazia, limitata standardizzazione e informatizzazione di processi non clinici e relative procedure, basso livello di <i>digital skills</i> del personale amministrativo, sistemi informativi complessi e poco interconnessi.
Tassonomia	-
Esempi	Gestione non informatizzata delle sale operatorie, ritardo nella consegna di referti e cartelle cliniche, difficoltà a tracciare e reperire documentazione cartacea, mancata interoperabilità tra sistemi informativi, procedure di autorizzazione complesse per esami diagnostici e piani terapeutici, sovrapposizione di uffici e funzioni amministrative con duplicazione di attività.

Tabella 6.5. Sprechi da inefficienze amministrative

6.6. Frodi e abusi

L'Italia occupa posizioni poco invidiabili nelle classifiche internazionali sulla corruzione in ambito economico e produttivo: il *Transparency Corruption Perceptions Index 2024*¹⁸⁵ con uno score di 54 su 100 colloca il nostro Paese al 19° posto tra i 27 Paesi dell'Unione Europea, e al 52° su 180 a livello mondiale, con un trend in peggioramento (-2) rispetto al 2023. Il problema della corruzione interessa in modo significativo il settore sanitario, che rappresenta un ambito ad elevata vulnerabilità: complessità dei processi, incertezza clinica, difficoltà a misurare la qualità, conflitti di interesse e variabilità decisionale creano un terreno fertile per fenomeni corruttivi. Questi possono assumere diverse forme: influenze improprie sulle politiche sanitarie, acquisti non necessari o a prezzi "gonfiati", fatturazioni per prestazioni mai erogate, appalti pilotati, utilizzo privato di risorse pubbliche, fino all'immissione sul mercato di prodotti contraffatti o non conformi agli standard.

L'OMS, nel suo recente report¹⁸⁶, colloca fenomeni di frodi e abusi nella categoria del *governance-related waste*, sottolineando come rappresentino un ostacolo sistemico alla creazione di valore. Per contrastarli, raccomanda di rafforzare i meccanismi di accountability, implementare sistemi digitali trasparenti per la tracciabilità dei flussi finanziari e delle forniture e adottare pratiche di procurement *value-based* basate su contratti chiari e verificabili. In questa prospettiva, la lotta a frodi e abusi non è soltanto una questione etica, ma una strategia per liberare risorse da reinvestire in prestazioni e tecnologie dal valore elevato.

¹⁸⁵ Transparency International. Corruption perceptions index 2023. Disponibile a: www.transparency.org/en/cpi/2024. Ultimo accesso: 30 settembre 2025.

¹⁸⁶ WHO. A global review of value-based care: theory, practice and lessons learned. World Health Organization Country Office for India 2025. Disponibile a: www.who.int/publications/item/9789290220121. Ultimo accesso: 30 settembre 2025.

In definitiva, contrastare frodi e abusi è indispensabile per rafforzare la sostenibilità e la credibilità del SSN. Oltre a inasprire le sanzioni e potenziare i controlli, è necessario promuovere una cultura della trasparenza e dell'etica professionale, supportata da strumenti digitali e organizzativi capaci di ridurre le opportunità di dispersione impropria delle risorse pubbliche.

FRODI E ABUSI	
Definizione	Risorse erose direttamente o indirettamente da fenomeni corruttivi e/o da comportamenti opportunisticci condizionati da conflitti di interesse, che non necessariamente configurano reato o illecito amministrativo.
Determinanti	Conflitti di interesse, attitudine a comportamenti illeciti, assenza di etica professionale, minimizzazione del fatto illecito.
Tassonomia¹⁸⁷	<ol style="list-style-type: none"> 1. Policy making e governance del sistema sanitario 2. Regolamentazione del sistema sanitario 3. Ricerca biomedica 4. Marketing e promozione di farmaci, dispositivi e altre tecnologie sanitarie 5. Acquisto di beni e servizi 6. Distribuzione e stoccaggio di prodotti 7. Gestione delle risorse finanziarie 8. Gestione delle risorse umane 9. Erogazione dei servizi sanitari
Esempi	Influenze illecite sulle politiche sanitarie, selezione inadeguata di prodotti, utilizzo improprio dei fondi assegnati per la ricerca, modifiche improprie delle soglie di malattia, acquisti non necessari, fatturazione di prestazioni mai erogate o più onerose di quelle effettivamente erogate, corruzione nella concessione di appalti pubblici, immissione sul mercato di prodotti contraffatti o con standard inadeguati, evasione dei ticket sanitari per reddito, selezione arbitraria di personale, utilizzo a fini privati di strutture, attrezzature, prodotti e ore lavorative pubblici.

Tabella 6.6. Sprechi da frodi e abusi

Ad oltre 10 anni dalla pubblicazione della tassonomia GIMBE di sprechi e inefficienze e alla luce del dibattito, non sempre costruttivo, che ne è seguito, è utile ribadire alcune considerazioni generali:

- L'aumento del valore della spesa sanitaria attraverso il recupero di risorse (disinvestimento) da sprechi e inefficienze rappresenta una delle strategie chiave per la sostenibilità del SSN.
- La politica non deve in alcun modo strumentalizzare l'esistenza di sprechi e inefficienze per giustificare il mancato rilancio del finanziamento pubblico: l'assegnazione delle risorse è responsabilità del Governo, su cui ricade l'etica del razionamento, mentre l'etica della riduzione degli sprechi compete a Regioni, Aziende sanitarie e professionisti sanitari¹⁸⁸. Un ruolo rilevante spetta anche a cittadini e pazienti, chiamati a un uso consapevole del SSN.

¹⁸⁷ Tassonomia GIMBE di frodi e abusi in sanità. Appendice 1 in: 2° Rapporto GIMBE sulla sostenibilità del SSN. Fondazione GIMBE: Bologna, giugno 2017. Disponibile a: www.rapportogimbe.it/tassonomia_frodi_abusi. Ultimo accesso: 30 settembre 2025.

¹⁸⁸ Brody H. From an ethics of rationing to an ethics of waste avoidance. N Engl J Med 2012;366:1949-51. Disponibile a: www.nejm.org/doi/10.1056/NEJMp1203365. Ultimo accesso: 30 settembre 2025.

- Il recupero di risorse da sprechi e inefficienze non è facilmente monetizzabile senza riforme strutturali e un approccio di sistema che coinvolga, a cascata, tutti gli attori.
- La completa trasformazione digitale del SSN è uno snodo cruciale per facilitare il disinvestimento da tutte le categorie di sprechi e inefficienze, ma l'obiettivo è ancora lontano dall'essere raggiunto (§ 8.4)
- Secondo il report OCSE 2017, nella lotta agli sprechi devono essere coinvolti quattro categorie di attori: politici, manager, professionisti sanitari e cittadini/pazienti. Anche se tutti sono consapevoli del problema, seppur in diversa misura, l'inerzia prende il sopravvento sulle azioni per diversi motivi¹⁸⁹. Innanzitutto, per l'assenza di una visione di sistema del fenomeno e di uno standard condiviso di riferimento culturale; in secondo luogo, per la tendenza ad attribuire la responsabilità degli sprechi ad altri attori; infine, per le resistenze di chi trae vantaggio dallo status quo, rafforzate da vari fenomeni, quali limitata accountability, sistemi informativi inadeguati e controlli superficiali.
- Le iniziative esistenti per contrastare gli sprechi, a livello regionale e soprattutto aziendale, rimangono frammentate, prive di coordinamento e spesso limitate a progetti di durata limitata. Di fatto, non è mai stato definito un approccio organico e integrato, né attraverso gli strumenti di governance Stato-Regioni (es. monitoraggio LEA), né mediante quelli utilizzati da Regioni e Aziende sanitarie (es. sistemi premiali), per attuare in modo sistematico politiche e azioni di disinvestimento da sprechi e inefficienze, pianificando gli interventi da attuare a ciascun livello decisionale e nei vari setting assistenziali.

Per tali ragioni, il Piano di Rilancio del SSN elaborato dalla Fondazione GIMBE (§ 10) include tra le azioni *"Ridurre inappropriatezze e inefficienze, contrastare frodi e abusi e riallocare le risorse recuperate in servizi essenziali e innovazioni, aumentando il valore della spesa sanitaria"*. In altre parole, il recupero di risorse da tutte le forme di sprechi e inefficienze non deve essere interpretato come una fonte di rifinanziamento del SSN, ma come un obiettivo condiviso con tutti gli attori, ispirato alla cultura del valore e orientato dall'etica organizzativa e professionale nella gestione delle risorse pubbliche. Con il fine ultimo di aumentare il *value for money* della spesa sanitaria e contribuire alla sostenibilità del SSN.

¹⁸⁹ Maffei CM. La lotta agli sprechi nel Ssn: se non ora quando? Quotidiano Sanità, 29 ottobre 2024. Disponibile a: www.quotidianosanita.it/lettere-al-direttore/articolo.php?articolo_id=125395. Ultimo accesso: 30 settembre 2025.

CAPITOLO 7

Il personale sanitario

Le analisi sul personale sanitario risultano complesse a causa della disponibilità di numerose fonti che forniscono dati in parte sovrapponibili e in parte complementari, con differenti livelli di dettaglio. Per questo motivo, il presente capitolo esamina anzitutto i contenuti e le differenze tra le fonti istituzionali nazionali, successivamente confrontate con il database dell'OCSE, riferimento per i benchmark internazionali. Viene quindi scattata una "fotografia statica" della distribuzione del personale dipendente, con focus su medici e infermieri, analizzando le differenze tra Regioni e paesi OCSE. Seguono infine valutazioni specifiche su medici di medicina generale (MMG) e pediatri di libera scelta (PLS), inclusa la stima di carenze e fabbisogni. Per tutte le analisi effettuate, l'anno di riferimento è il 2023.

Esulano dagli obiettivi del presente capitolo la valutazione delle dinamiche del personale dipendente (pensionamenti, licenziamenti volontari, nuove assunzioni, etc.) finalizzate a stimare carenze e fabbisogni futuri.

7.1. Fonti dati

Fonti nazionali. Tra le fonti nazionali pubblicamente disponibili per le analisi sul personale sanitario si segnalano:

- **Conto Annuale Ragioneria Generale dello Stato (CA-RGS).** Include solo il personale dipendente delle Pubbliche Amministrazioni a cui si applica il CCNL del comparto sanità, indipendentemente dal tipo di ente in cui viene prestato servizio.
- **Ministero della Salute.** Il Ministero della Salute pubblica due distinti report. Per entrambi, l'ultimo aggiornamento, pubblicato nel 2024, riporta i dati riferiti all'anno 2022:
 - Report "Personale delle A.S.L. e degli Istituti di ricovero pubblici ed equiparati"¹⁹⁰ che include, per tipologia di struttura in cui viene prestato servizio, sia il personale dipendente del Servizio Sanitario Nazionale (SSN) e dell'Università che opera nelle Aziende e nelle strutture pubbliche (Aziende Sanitarie Locali, Ospedali a gestione diretta, Aziende Ospedaliere, Aziende Ospedaliere-Universitarie), sia il personale dipendente o con rapporto professionale continuativo in servizio presso le strutture di ricovero equiparate alle pubbliche (Policlinici Universitari privati, IRCCS pubblici e privati, Ospedali classificati, Istituti qualificati presidi delle ASL, Enti di Ricerca).
 - Report "Il personale del sistema sanitario italiano"¹⁹¹, elaborato a partire dai dati del CA-RGS integrati con tabelle predisposte dal Ministero della Salute per

¹⁹⁰ Ministero della Salute. Direzione Generale della Digitalizzazione, del Sistema Informativo Sanitario e delle Statistica. Ufficio di Statistica. Personale delle A.S.L. e degli Istituti di ricovero pubblici ed equiparati. Disponibile a: www.salute.gov.it/new/it/scheda-statistica/personale-del-sistema-sanitario-italiano-e-donne-del-ssn/. Ultimo accesso: 30 settembre 2025.

¹⁹¹ Ministero della Salute. Direzione Generale della Digitalizzazione, del Sistema Informativo Sanitario e delle Statistica. Ufficio di Statistica. Direzione Generale delle Professioni sanitarie e delle Risorse Umane del SSN. Il personale del sistema sanitario italiano. Disponibile a: www.salute.gov.it/new/it/scheda-statistica/personale-del-sistema-sanitario-italiano-e-donne-del-ssn/. Ultimo accesso: 30 settembre 2025.

rispondere alle esigenze conoscitive e gestionali del settore sanitario (es. classi di età, anzianità di servizio, cessazioni e assunzioni, dettaglio delle professioni sanitarie, etc.).

- **ISTAT.** Il database ISTAT¹⁹² include il personale in attività nel sistema sanitario pubblico e privato per i seguenti profili professionali: medici (generici e specialisti), odontoiatri, ostetriche, professioni sanitarie infermieristiche e farmacisti. Per i medici specialistici vengono riportate alcune specialità, mentre una quota rilevante è classificata come “altri medici specialisti”. Viene inoltre indicato il numero di MMG e PLS. I dati ISTAT vengono trasmessi annualmente agli organismi internazionali (Eurostat, OECD, WHO) nell’ambito del *Joint Questionnaire on non-monetary health data*. L’ultimo dato disponibile è relativo all’anno 2022, pertanto non è stato considerato per il presente Rapporto.
- **Struttura Interregionale Sanitari Convenzionati (SISAC).** Riporta gli aggiornamenti annuali del personale convenzionato: MMG, PLS e specialisti ambulatoriali¹⁹³.
- **Associazione Italiana Ospedalità Privata (AIOP).** Pubblica annualmente il Rapporto “Rapporto Ospedali & Salute”¹⁹⁴ che riporta il personale dipendente dalle strutture sanitarie private accreditate afferenti all’AIOP. L’ultimo Rapporto disponibile è quello 2023 con dati relativi al 2021.

Considerato che il presente Rapporto fa riferimento ai dati 2023, sono stati utilizzati quelli del CA-RGS per il personale dipendente e quelli della SISAC per MMG e PLS.

Fonti internazionali. I confronti internazionali si basano sull’*OECD Data Explorer*¹⁹⁵, che utilizza le fonti riportate nel box 7.1¹⁹⁶ e classifica il personale sanitario, in particolare medici e infermieri, sulla base dei dati trasferiti da ISTAT, che non tengono conto né della tipologia di contratto (es. CA-RGS), né della struttura in cui lavorano i professionisti (es. Ministero della Salute). Di conseguenza, i benchmark internazionali consentono un confronto limitato esclusivamente al numero totale dei professionisti.

¹⁹² Istituto Nazionale di Statistica. IstatData. Salute e sanità. Servizi sanitari e loro ricorso. Personale sanitario 2022. Disponibile a: https://esploradati.istat.it/databrowser/#/it/dw/categories/IT1.Z0810HEA.1.0/HEA SERVICES/IT1.43_973_DF_DCIS_PERS_SANI_T.1.1.0. Ultimo accesso: 30 settembre 2025.

¹⁹³ Struttura Interregionale Sanitari Convenzionati - SISAC. Medicina Convenzionata - Numero medici al 1° gennaio 2024. Disponibile a: www.sisac.info/ActionPagina_296.do. Ultimo accesso: 30 settembre 2025.

¹⁹⁴ Associazione Italiana Ospedalità Privata – AIOP. 21° Rapporto Ospedali & Salute. Roma, marzo 2024. Disponibile a: <https://series.francoangeli.it/index.php/oa/catalog/view/1113/982/6284>. Ultimo accesso: 30 settembre 2025.

¹⁹⁵ Organisation for Economic Co-operation and Development. OECD Data Explorer. Healthcare human resources. Last updated September 29, 2025. Disponibile a: [https://data-explorer.oecd.org/?fs\[0\]=Topic%2C1%7CHealth%23HEA%23%7CHealthcare%20human%20resources%23HEA_RES%23&pg_=0&fc=Topic&bp=true&snb=16](https://data-explorer.oecd.org/?fs[0]=Topic%2C1%7CHealth%23HEA%23%7CHealthcare%20human%20resources%23HEA_RES%23&pg_=0&fc=Topic&bp=true&snb=16). Ultimo accesso: 30 settembre 2025.

¹⁹⁶ Organisation for Economic Co-operation and Development. OECD Health Statistics 2025. Definitions, Sources and Methods. Healthcare resources. Healthcare Human Resources. Disponibile a: <https://stats.oecd.org/wbos/fileview2.aspx?IDFile=52112707-c689-4cc8-a923-8d15edcc7017>. Ultimo accesso: 30 settembre 2025.

Box 7.1. Fonti dati OCSE per il personale sanitario

- Per i MMG e per tutti i pediatri (PLS e ospedalieri) che lavorano per il SSN: Ministero della Salute, Direzione Generale per la digitalizzazione, il sistema informativo sanitario e la statistica, Ufficio statistico – Modelli per la rilevazione delle “Attività gestionali ed economiche delle ASL e Aziende ospedaliere”.
- A partire dall’aggiornamento del 21 agosto 2025 sono state modificate le fonti per i medici specialisti e gli altri medici generalisti e pediatri che non lavorano per il SSN. Sino al 2020 è stata utilizzato l’IQVIA Italia One-Key database. Dal 2021 la fonte è il Sistema dati integrato sul personale sanitario dell’ISTAT, che fornisce dati più accurati, completi e coerenti con la definizione OCSE. Da rilevare che la fonte IQVIA non includeva la maggior parte degli specializzandi e degli iscritti al Corso di Formazione Specifica in Medicina Generale. Questo spiega il netto incremento del numero dei medici a partire dal 2021.
- La data di riferimento per tutti i dati è il 31 dicembre dell’anno citato.

Considerato che al 30 settembre 2025 non sono ancora disponibili i dati relativi all’anno 2023 del Ministero della Salute e dell’ISTAT, le tabelle 7.1 e 7.2 confrontano, per medici e infermieri, i valori forniti da CA-RGS e SISAC con quelli dell’OCSE. Dal confronto emerge un evidente gap tra il numero complessivo di medici e infermieri e quelli effettivamente in servizio nel SSN. Infatti, a fronte dei 256.490 medici riportati dall’OCSE, il CA-RGS ne rileva 109.024 (42,5%); per gli infermieri, a fronte dei 404.497 indicati dall’OCSE, il CA-RGS ne riporta 277.164 (68,5%). Queste differenze si riflettono inevitabilmente sul rapporto infermieri/medici.

Medici	OCSE	CA-RGS	SISAC
Medici specialisti ^{a,b}	256.490	-	-
Medici di Medicina Generale (MMG)	37.983	-	37.260
Altri medici generalisti	21.247	-	-
Dipendenti con CCNL sanità	-	109.124	
Specialisti convenzionati con il SSN	-	-	14.136
Pediatri di libera scelta (PLS) ^b	-	-	6.484
TOTALE	315.720	109.124	57.880

^aI medici iscritti alle scuole di specializzazione sono inclusi tra gli specialisti
^b6.484 PLS sono inclusi da OCSE tra i medici specialisti

Tabella 7.1. Medici: confronto tra le fonti analizzate (anno 2023)

Infermieri	OCSE	CA-RGS
Infermieri	404.497	-
Dipendenti con CCNL sanità	-	277.164
TOTALE	404.497	277.164

Tabella 7.2. Infermieri: confronto tra le fonti analizzate (anno 2023)

7.2. Personale dipendente

Per analizzare i dati sul personale dipendente il presente Rapporto fa riferimento ai dati del CA-RGS¹⁹⁷ per le analisi a livello nazionale e all'*OECD Data Explorer*¹⁹⁸ per i benchmark internazionali.

Il CA-RGS, tuttavia, riporta nel comparto sanità solo il personale dipendente delle Pubbliche Amministrazioni a cui si applica il CCNL sanità, che per l'anno 2023 contabilizza 701.170 unità di personale dipendente, ripartite per macro-categoria (tabella 7.3).

Macro-categoria	N°
Personale non dirigente	565.079
Dirigenti sanitari (medici, odontoiatri, veterinari)	130.014
Dirigenti Professionali, Tecnici e Amministrativi	5.262
Altro personale	815
Totale	701.170

Tabella 7.3. Personale dipendente per macro-categoria
(dati CA-RGS, anno 2023)

Poiché fa riferimento al CCNL del comparto sanità, il CA-RGS include dipendenti che lavorano prevalentemente nelle strutture del SSN, ma anche quelli impiegati in altri enti (tabella 7.4).

Tipologia Istituzione	N°
Aziende Sanitarie	628.073
Istituti di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico	37.236
Policlinici Universitari	16.744
Agenzie per la Protezione dell'Ambiente	8.237
Istituti Zooprofilattici Sperimentali	3.818
Ex IPAB*	3.330
Altri Enti	1.810
Altri Enti regionali	1.500
Consorzi, associazioni, comprensori	251
Agenzie	171
Totale	701.170

*Istituzioni Pubbliche di Assistenza e Beneficenza

Tabella 7.4. Personale dipendente per tipologia di istituzione
(dati CA-RGS, anno 2023)

¹⁹⁷ Ministero dell'Economia e delle Finanze - Dipartimento della Ragioneria Generale dello Stato. Conto annuale 2023. Disponibile a: <https://contoannuale.rgs.mef.gov.it/it/web/sicosito/occupazione>. Ultimo accesso: 30 settembre 2025.

¹⁹⁸ Organisation for Economic Co-operation and Development. OECD Data Explorer. Healthcare human resources. Last updated September 29, 2025. Disponibile a: [https://data-explorer.oecd.org/?fs\[0\]=Topic%2C1%7CHealth%23HEA%23%7CHealthcare%20human%20resources%23HEA_RES%23&pg=0&fc=Topic&bp=true&snb=16](https://data-explorer.oecd.org/?fs[0]=Topic%2C1%7CHealth%23HEA%23%7CHealthcare%20human%20resources%23HEA_RES%23&pg=0&fc=Topic&bp=true&snb=16). Ultimo accesso: 30 settembre 2025.

Il CA-RGS consente inoltre di estrarre i dati per categoria di personale (tabella 7.5). Come si può osservare, in alcuni casi la categoria corrisponde a una professione (es. medici, farmacisti), mentre in altri casi fa riferimento alla posizione organizzativa (es. dirigenti, direttori generali). La categoria “Professionisti della salute e funzionari” raggruppa invece varie professioni e posizioni organizzative.

Categoria	N°
Professionisti della salute e funzionari	393.268
Medici	109.024
Operatori	96.014
Assistenti	37.758
Personale di Supporto	35.529
Psicologi	5.642
Veterinari	5.090
Biologi	4.602
Farmacisti	3.491
Dirigente Ruolo Amministrativo	2.751
Profili Ruolo Ricerca Sanitaria	2.415
Dirigente Ruolo Professionale	1.541
Dirigente Ruolo Tecnico	970
Fisici	840
Dirigenti Professioni Sanitarie	809
Direttori Generali*	747
Chimici	364
Odontoiatri	152
Personale di elevata qualificazione	95
Personale Contrattista	68
Totale	701.170

Tabella 7.5. Personale dipendente per categoria professionale
(dati CA-RGS, anno 2023)

Di conseguenza, per ricavare dal CA-RGS il numero di professionisti sanitari per singola professione (tabella 7.6), si è fatto ricorso alla qualifica, che permette di identificare la professione per le categorie in cui non è specificata.

Professione	N°
Infermieri*	277.164
Medici	109.024
Operatori socio-sanitari	77.024
Tecnici sanitari*	38.024
Professioni sanitarie della riabilitazione*	21.594
Ostetriche*	11.813
Professioni sanitarie della prevenzione*	10.022
Assistenti sociali	5.953
Psicologi	5.642
Veterinari	5.090
Biologi	4.602
Altri professionisti sanitari	3.620
Farmacisti	3.491
Fisici	840
Chimici	364
Odontoiatri	152
Altri professionisti socio-sanitari	72
Totale	574.491

*Il numero non include 809 Dirigenti delle Professioni Sanitarie la cui professione non è identificabile nei dati CA-RGS

Tabella 7.6. Personale sanitario dipendente per professione
(dati CA-RGS, anno 2023)

Infine, il CA-RGS permette di analizzare la distribuzione regionale del personale dipendente (tabella 7.7).

Regione	Personale
Abruzzo	16.009
Basilicata	6.672
Calabria	18.783
Campania	50.611
Emilia-Romagna	67.298
Friuli Venezia Giulia	20.747
Lazio	49.829
Liguria	24.968
Lombardia	106.818
Marche	19.924
Molise	2.827
Piemonte	57.018
Prov. Aut. di Bolzano	9.412
Prov. Aut. di Trento	8.427
Puglia	42.030
Sardegna	22.300
Sicilia	45.146
Toscana	55.151
Umbria	11.937
Valle D'Aosta	2.179
Veneto	63.084
TOTALE	701.170

Tabella 7.7. Personale dipendente per Regione
(dati CA-RGS, anno 2023)

Parametrando il personale sanitario per 1.000 abitanti sulla base della popolazione ISTAT al 1° gennaio 2024, a livello nazionale si registrano 11,9 unità di personale con un range che varia dagli 8,7 del Lazio ai 17,7 della Valle d'Aosta (figura 7.1). Dall'analisi emergono due evidenze principali:

- nelle prime cinque posizioni si collocano le Province autonome e le Regioni a statuto speciale di piccole dimensioni: Valle d'Aosta, Friuli Venezia Giulia e le Province autonome di Trento e Bolzano;
- risultano invece al di sotto della media nazionale, ad eccezione dell'Abruzzo, tutte le Regioni in Piano di rientro (tra cui Calabria e Molise, attualmente commissariate), insieme alla Lombardia.

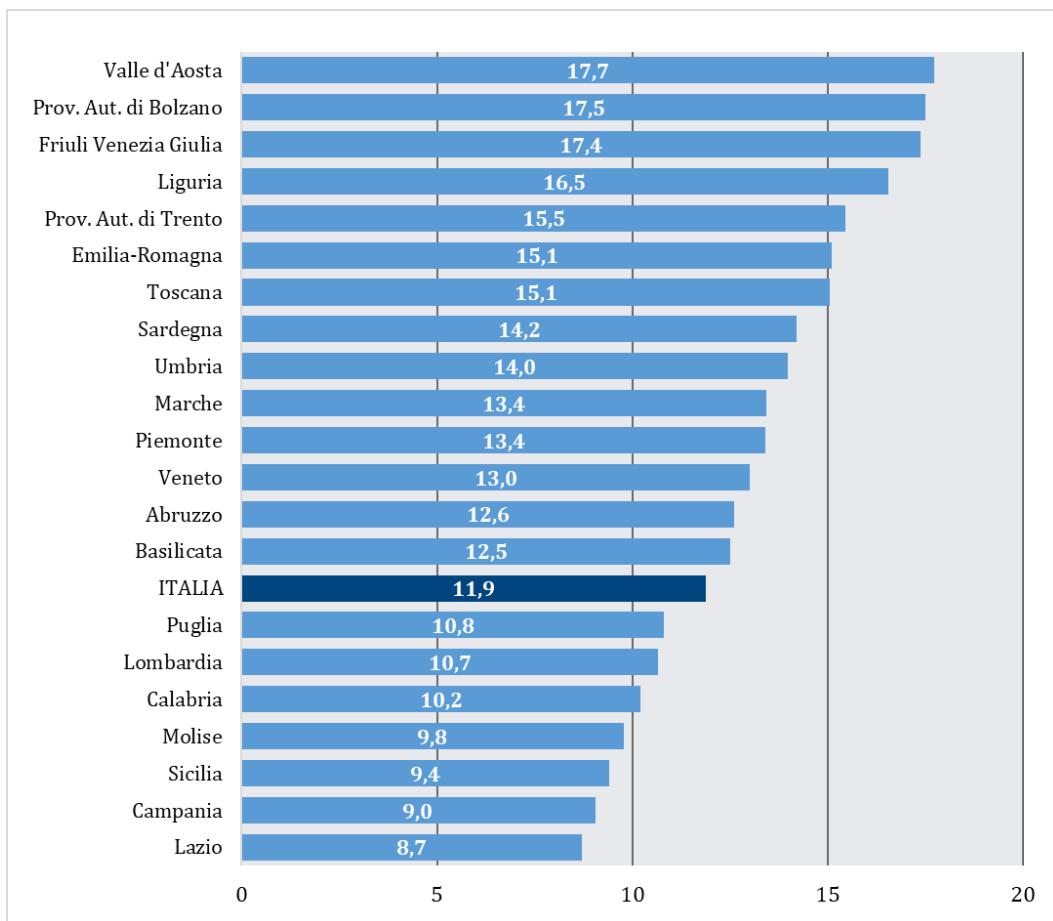


Figura 7.1. Personale dipendente per 1.000 abitanti per Regione
(dati CA-RGS, anno 2023)

Dal 2012 al 2016 la sanità ha registrato un calo costante di personale, perdendo quasi 25.000 addetti, per poi stabilizzarsi negli anni 2016-2019, attestandosi poco al di sotto dei 650.000 dipendenti. Questa dinamica riflette le misure di contenimento della spesa per il personale introdotte a partire dal triennio 2005-2007 (L. 311/2004, art.1, c. 98). Al riguardo si evidenzia che gli enti del SSN, a differenza di altri settori del pubblico impiego, non sono sottoposti a limiti assunzionali legati al turn over, bensì ad un vincolo di spesa. Nel periodo 2019-2023 si osserva un aumento degli occupati, dovuto sia all'introduzione di una nuova disciplina assunzionale (DL 35/2019, art. 11, c. 1), sia ai decreti emanati per fronteggiare l'emergenza COVID-19 (DL 18/2020, DL 34/2020 e DL 104/2020), che hanno previsto misure straordinarie di reclutamento del personale. Di conseguenza, nel 2023 il comparto della sanità ha raggiunto il valore più alto dal 2012 (figura 7.2).

Il CA-RGS rileva anche che, fino al 2019, la riduzione del personale nel comparto sanità ha interessato prevalentemente le Regioni sottoposte ai Piani di rientro. Anche nel biennio 2020-2021, gli incrementi percentuali risultano inferiori rispetto alle altre Regioni. Nel 2022, invece, mentre il tasso di variazione del personale nelle Regioni non soggette a Piano di rientro rimane pressoché stabile, in quelle sottoposte a Piano si osserva una crescita significativa, con un incremento quasi doppio rispetto alle altre.

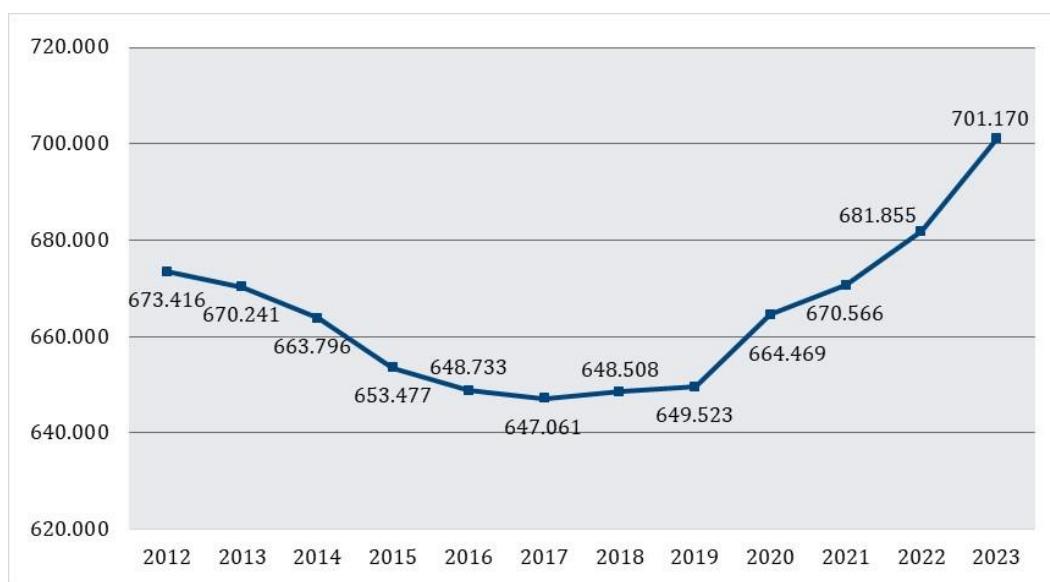


Figura 7.2. Personale dipendente con CCNL sanità
(dati CA-RGS)

7.2.1. Medici e infermieri dipendenti

Medici. Secondo i dati del CA-RGS, nel 2023 i medici con il CCNL sanità sono 109.024. Prendendo a riferimento la popolazione ISTAT al 1° gennaio 2024, la media nazionale è di 1,85 medici per 1.000 abitanti, con un range che varia da 1,45 del Molise a 2,59 della Sardegna, per un gap complessivo del 78,6% (figura 7.3).

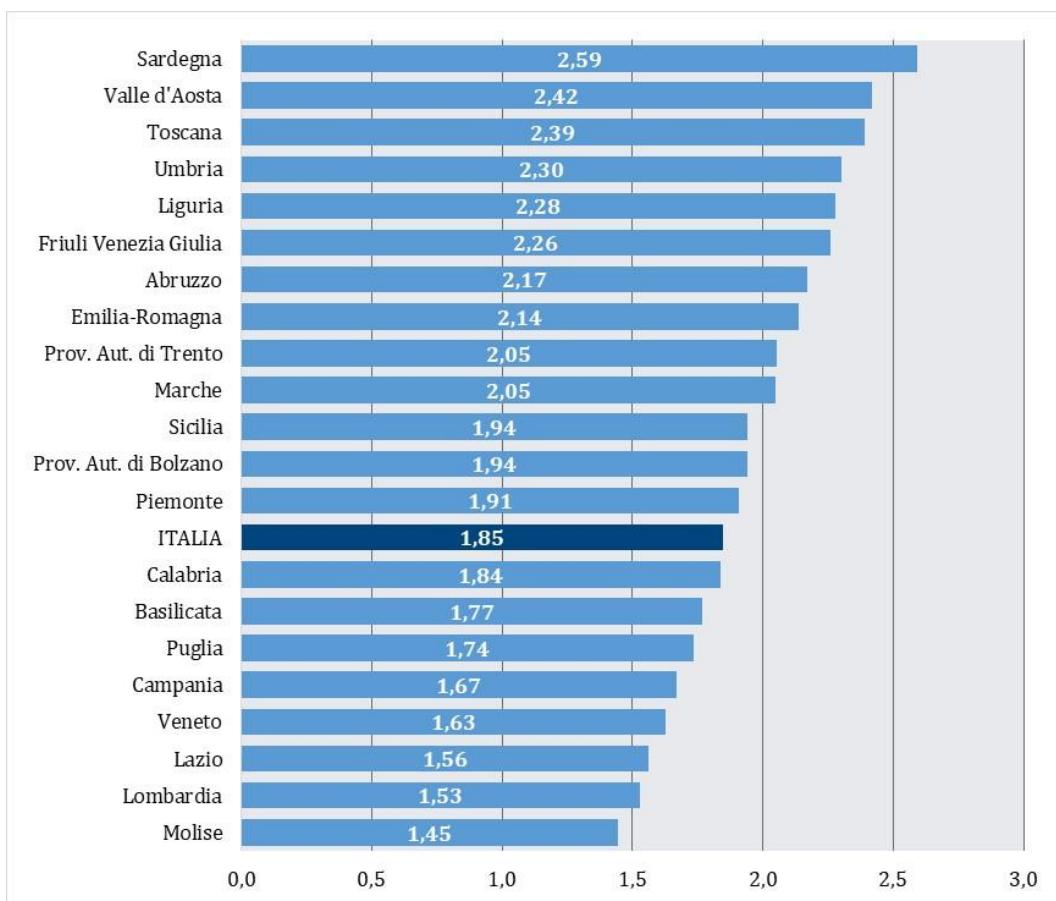


Figura 7.3. Medici dipendenti CCNL sanità per 1.000 abitanti per Regione
(dati CA-RGS, anno 2023)

Contratti di formazione specialistica. I risultati delle assegnazioni del concorso 2025-2026, sono stati resi noti il 30 settembre¹⁹⁹: prendendo in considerazione i soli contratti statali (n. 14.493), ne sono stati assegnati 12.248 (85%), un numero destinato a ridursi ulteriormente a causa delle successive mancate immatricolazioni. Se oltre la metà (26 su 51) delle specializzazioni raggiungono il 100% delle assegnazioni, persiste lo scarso interesse per altre specialità fondamentali per il buon funzionamento del SSN: chirurgia generale (64%), medicina d'emergenza-urgenza (56%), chirurgia toracica (56%), medicina nucleare (45%) medicina e cure palliative (41%). Alcune specialità si confermano poi completamente "dissertate", rimanendo al di sotto del 40% delle assegnazioni: medicina di comunità e delle cure primarie (36%), radioterapia (35%), farmacologia e tossicologia clinica (22%) e le specialità di laboratorio (24% patologia clinica e biochimica clinica, 20% microbiologia) (tabella 7.8).

¹⁹⁹ Associazione Liberi Specializzandi (ALS). Articolo "Prima assegnazione SSM". Disponibile a: <https://als-fattore2a.org/news/statistica-prima-assegnazione-SSM2025/>. Ultimo accesso: 30 settembre 2025.

Scuola di Specializzazione	N. di contratti disponibili	N. di contratti assegnati	% assegnazione
Pediatria	823	823	100%
Radiodiagnostica	658	658	100%
Malattie dell'apparato cardiovascolare	606	606	100%
Psichiatria	548	548	100%
Ginecologia ed Ostetricia	535	535	100%
Ortopedia e traumatologia	470	470	100%
Medicina fisica e riabilitativa	373	373	100%
Neurologia	329	329	100%
Malattie dell'apparato respiratorio	246	246	100%
Neuropsichiatria infantile	224	224	100%
Malattie dell'apparato digerente	209	209	100%
Oftalmologia	208	208	100%
Endocrinologia e malattie del metabolismo	204	204	100%
Medicina del lavoro	187	187	100%
Otorinolaringoiatria	182	182	100%
Medicina legale	153	153	100%
Neurochirurgia	130	130	100%
Dermatologia e venereologia	119	119	100%
Chirurgia Vascolare	117	117	100%
Reumatologia	108	108	100%
Chirurgia plastica ricostruttiva ed estetica	101	101	100%
Allergologia ed immunologia clinica	79	79	100%
Medicina dello sport e dell'esercizio fisico	79	79	100%
Chirurgia pediatrica	60	60	100%
Chirurgia maxillo facciale	51	51	100%
Medicina termale	8	8	100%
Oncologia medica	298	293	98%
Urologia	264	254	96%
Scienza dell'alimentazione	62	59	95%
Cardiochirurgia	116	108	93%
Audiologia e foniatria	34	30	88%
Medicina interna	820	717	87%
Genetica medica	70	59	84%
Igiene e medicina preventiva	542	451	83%
Geriatrica	353	292	83%
Anestesia Rianimazione Terapia Intensiva e del dolore	1.438	1.166	81%
Ematologia	217	175	81%
Anatomia patologica	168	132	79%
Malattie Infettive e Tropicali	228	169	74%
Chirurgia Generale	646	415	64%
Nefrologia	340	208	61%
Medicina d'emergenza urgenza	954	537	56%
Chirurgia Toracica	87	49	56%
Medicina nucleare	80	36	45%
Medicina e Cure Palliative	155	64	41%
Statistica sanitaria e Biometria	47	17	36%
Medicina di comunità e delle cure primarie	134	48	36%
Radioterapia	139	49	35%
Patologia Clinica e Biochimica Clinica	272	66	24%
Farmacologia e Tossicologia Clinica	114	25	22%
Microbiologia e virologia	108	22	20%
TOTALE	14.493	12.248	85%

**Tabella 7.8. Contratti di Scuola di Specializzazione Medica assegnati al 30 settembre 2025
(dati da¹⁹⁹)**

Infermieri. Secondo il CA-RGS, nel 2023 gli infermieri con il CCNL sanità sono 277.164: il numero non include 809 Dirigenti delle Professioni Sanitarie per i quali non è stato possibile identificare la professione dai dati CA-RGS. Rapportando questi valori alla popolazione ISTAT al 1° gennaio 2024, la media nazionale è di 4,7 infermieri per 1.000 abitanti, con un range che varia da 3,53 della Sicilia a 6,86 della Liguria, pari a un gap del 94,3% (figura 7.4). Fatta eccezione per l'Abruzzo, tutte le Regioni in Piano di rientro si collocano al di sotto della media nazionale, dimostrando come la “stretta” sul personale abbia colpito in misura maggiore il personale infermieristico che quello medico.

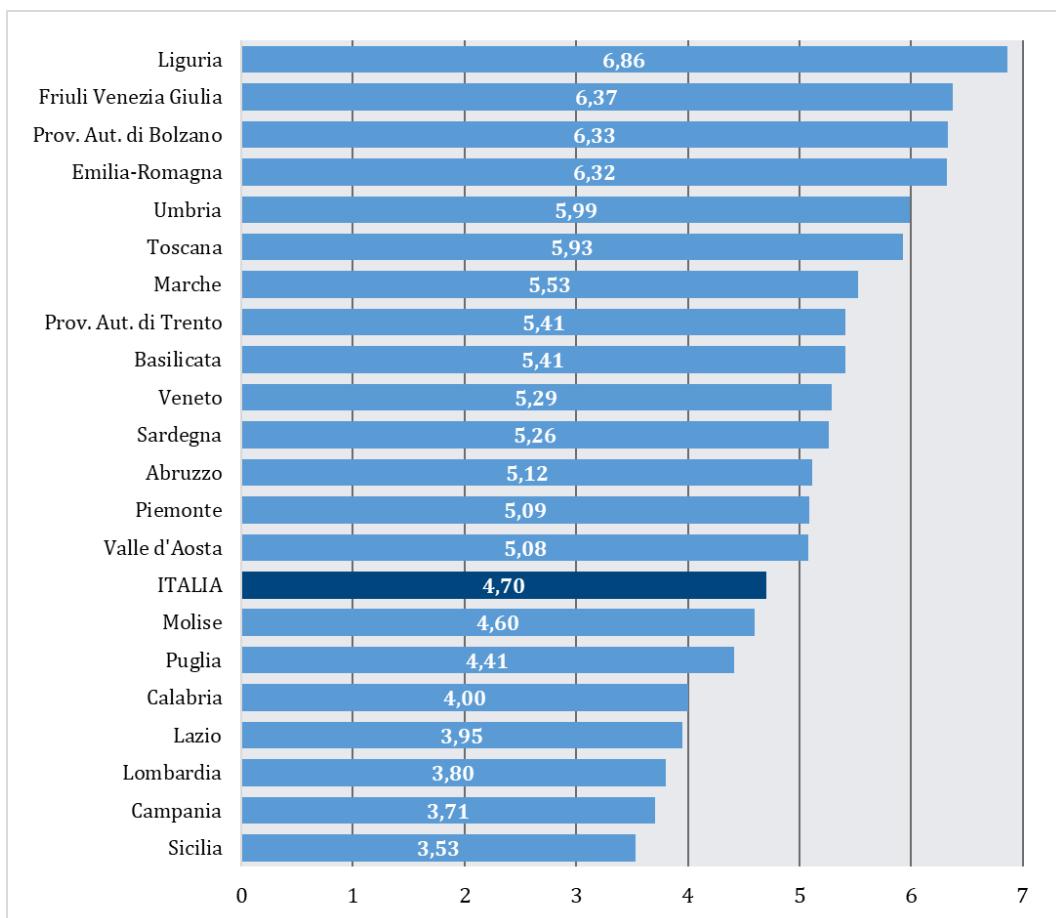


Figura 7.4. Infermieri dipendenti CCNL sanità per 1.000 abitanti per Regione
(dati CA-RGS, anno 2023)

La carenza di personale infermieristico è ulteriormente aggravata dal crollo del rapporto tra domande presentate e posti disponibili per il Corso di Laurea in Infermieristica certificato dai dati del Ministero dell'Università e della Ricerca (MUR): se prima della pandemia il rapporto era di 1,6, a partire dall'anno accademico 2020-2021 si è ridotto progressivamente fino a toccare quota 1 nel 2024/2025, quando i candidati sono risultati appena sufficienti a coprire i posti disponibili, per poi scendere a 0,9 nel 2025/2026 (figura 7.5).

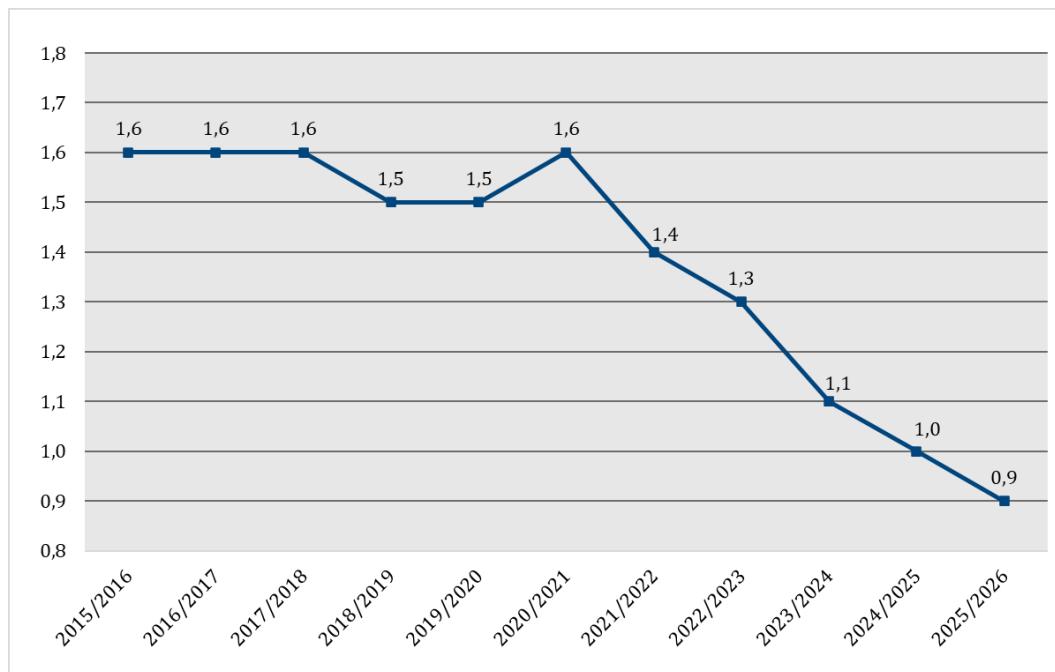


Figura 7.5. Corso di Laurea in Infermieristica: rapporto tra domande presentate e posti disponibili (dati MUR)

Secondo una recente analisi sui dati delle Università italiane e del MUR²⁰⁰, il Corso di Laurea in Infermieristica risulta tra i meno attrattivi tra le 23 professioni sanitarie, con un rapporto domande/posti pari a 0,92 a fronte di una media di 1,73. Il fenomeno è particolarmente rilevante considerando che i posti messi a bando per Infermieristica (20.409) rappresentano oltre il 50% del totale previsto per tutte le professioni sanitarie (tabella 7.9). È tuttavia verosimile ipotizzare che una quota rilevante di studenti che hanno iniziato il semestre filtro alla Facoltà di Medicina e Chirurgia possa iscriversi ai Corsi di Laurea per le professioni sanitarie in caso di mancato superamento degli esami.

²⁰⁰ Mastrillo A. Professioni sanitarie. Domande in lieve calo (-1,5%), ma aumentano i posti a bando (+3,8%). Fisioterapia e Logopedia i corsi più ambi. In: Quotidiano sanità, 8 settembre 2025. Disponibile a: www.quotidianosanita.it/lavoro-e-professioni/articolo.php?articolo_id=131769. Ultimo accesso: 30 settembre 2025.

Corsi di Laurea triennali per professione sanitaria	Domande presentate	Posti disponibili	Rapporto domande/posti
Fisioterapista	20.770	3.262	6,37
Logopedista	5.019	1.112	4,51
Ostetrica	4.136	1.261	3,28
Dietista	1.764	623	2,83
Tecnico di Radiologia	4.693	1.863	2,52
Igienista dentale	1.933	922	2,10
Terapista dell'età neuro evolutiva	854	428	2,00
Osteopata	794	425	1,87
Infermiere pediatrico	440	290	1,52
Tecnico di neurofisiopatologia	249	206	1,21
Podologo	141	119	1,18
Tecnico di Laboratorio	1.701	1.660	1,02
Tecnico di riabilitazione psichiatrica	574	588	0,98
Infermiere	18.683	20.409	0,92
Ortottista	314	355	0,88
Tecnico di prevenzione lavoro	701	921	0,76
Educatore professionale	546	844	0,65
Tecnico di fisiopatologia cardiocircolatoria	190	292	0,65
Tecnico di audiometria	46	102	0,45
Tecnico di ortopedico	93	207	0,45
Tecnico audioprotesista	130	299	0,43
Terapista occupazionale	101	253	0,40
Assistente sanitario	182	502	0,36
TOTALE	64.054	36.943	1,73

Tabella 7.9. Corso di Laurea delle professioni sanitarie: domande di iscrizione, posti disponibili, rapporto tra domande di iscrizione e posti disponibili
 (dati da²⁰⁰)

Rapporto infermieri/medici. Secondo il CA-RGS, nel 2023 il rapporto nazionale infermieri/medici tra il personale dipendente con CCNL sanità è pari a 2,54, con un range che varia da 1,82 della Sicilia a 3,26 della Provincia autonoma di Bolzano, con un gap dell'79,1% (figura 7.6).

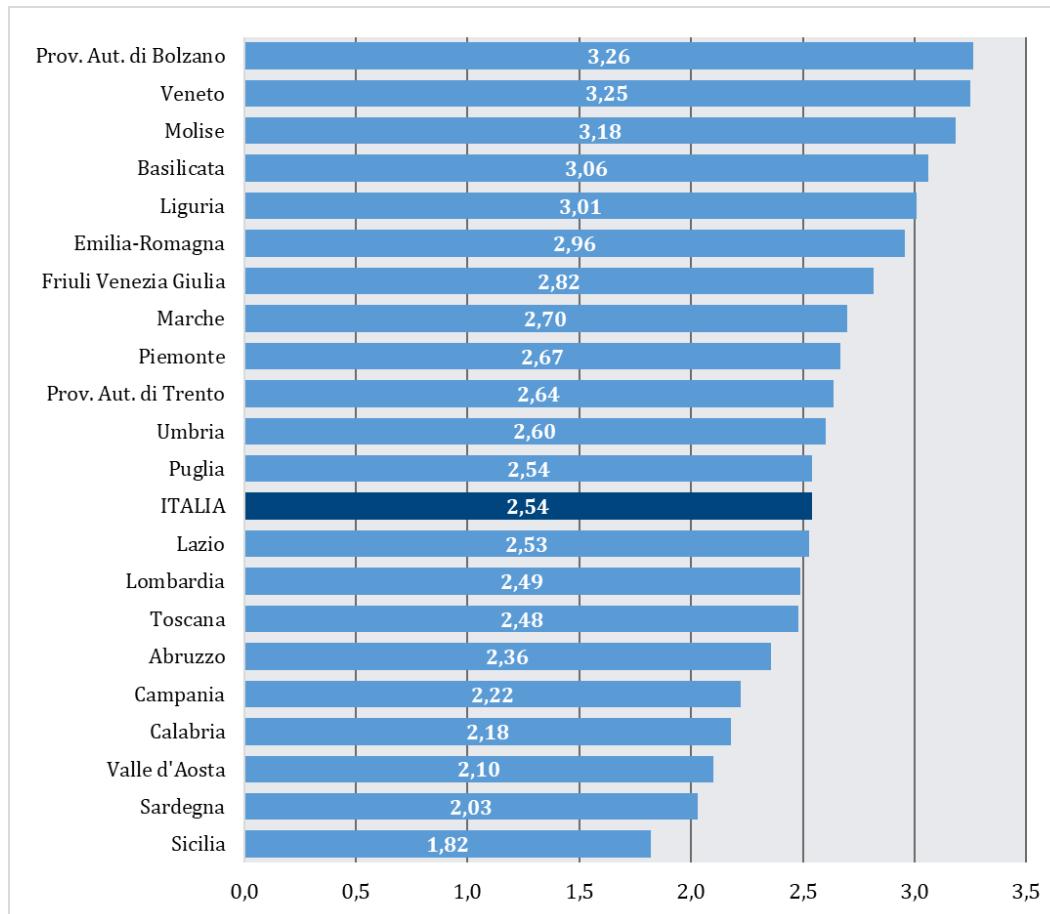


Figura 7.6. Rapporto infermieri/medici dipendenti con CCNL sanità per Regione
(dati CA-RGS, anno 2023)

Se nel calcolo del rapporto nazionale infermieri/medici si aggiungono ai medici dipendenti (n. 109.024) i 57.880 medici convenzionati, il valore scende da 2,54 a 1,66, avvicinandosi al dato riportato dall'OCSE di 1,3 (§ 7.2.2).

7.2.2. Benchmark internazionali

Utilizzando l'*OECD Data Explorer*²⁰¹, aggiornato al 21 agosto 2025, sono stati analizzati i dati relativi a medici e infermieri per 100.000 abitanti, alle retribuzioni (espresse in \$ pro-capite a prezzi correnti e parità di potere d'acquisto) e al numero di laureati. I dati italiani sono stati confrontati sia con quelli dei singoli paesi dell'area OCSE, sia con la media OCSE e con la media dei paesi europei (media EU), intesi come quelli appartenenti sia all'area OCSE sia all'Unione Europea. Si precisa che i dati non sono disponibili per tutti i paesi OCSE.

²⁰¹ Organisation for Economic Co-operation and Development. OECD Data Explorer. Healthcare human resources. Last updated September 29, 2025. Disponibile a: [https://data-explorer.oecd.org/?fs\[0\]=Topic%2C1%7CHealth%23HEA%23%7CHealthcare%20human%20resources%23HEA_RES%23&pg=0&fc=Topic&bp=true&snb=16](https://data-explorer.oecd.org/?fs[0]=Topic%2C1%7CHealth%23HEA%23%7CHealthcare%20human%20resources%23HEA_RES%23&pg=0&fc=Topic&bp=true&snb=16). Ultimo accesso: 30 settembre 2025.

7.2.2.1. Numero di medici e infermieri

Medici. In Italia si registrano 5,4 medici ogni 1.000 abitanti, un valore superiore sia alla media OCSE (3,9) sia alla media EU (4,1). Questo colloca l'Italia in 2^a posizione tra i 31 paesi OCSE che forniscono il dato (figura 7.7).

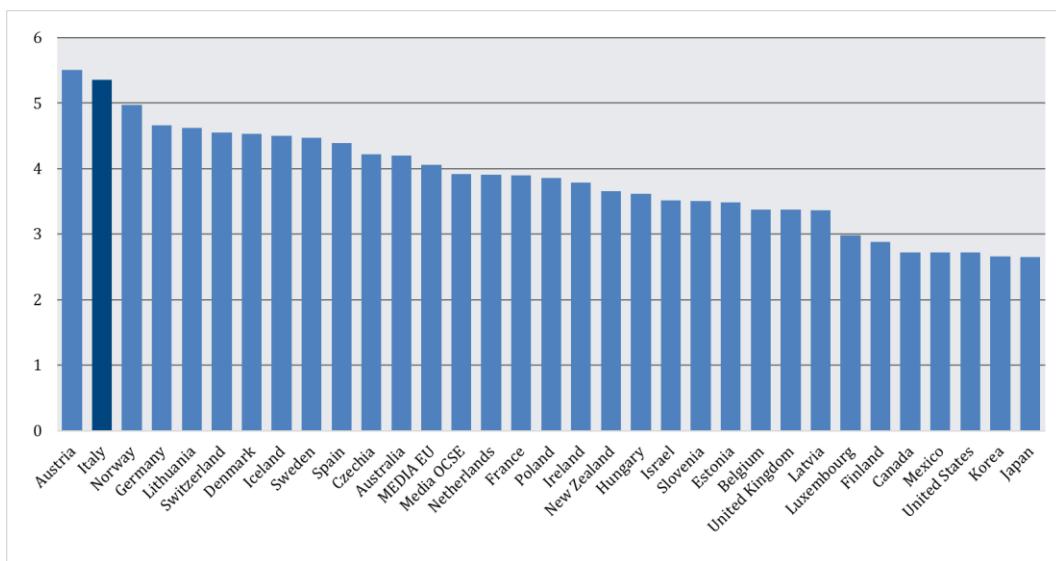


Figura 7.7. Medici per 1.000 abitanti
(dati OCSE, anno 2023 o più recente disponibile)

Infermieri. In Italia si contano 6,9 infermieri ogni 1.000 abitanti, un valore nettamente inferiore sia alla media OCSE (9,5) che alla media EU (8,5). In Europa solo pochi paesi hanno un numero inferiore di infermieri: Estonia (6,6), Polonia (5,9), Spagna (5,9), Ungheria (5,5), Lettonia (4,2) e Grecia (3,8). Al contrario la Germania (12,3) dispone di quasi il doppio degli infermieri rispetto all'Italia e la Svizzera (18,8) quasi quasi il triplo (figura 7.8).

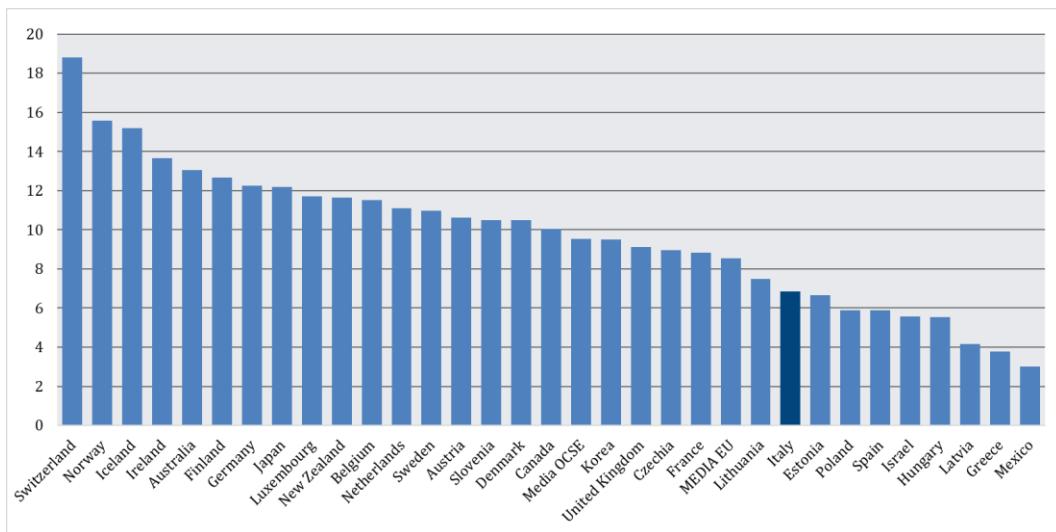


Figura 7.8. Infermieri per 1.000 abitanti
(dati OCSE, anno 2023 o più recente disponibile)

Rapporto infermieri/medici. In Italia il rapporto infermieri/medici è pari a 1,3, un valore nettamente inferiore sia alla media OCSE (2,4) sia alla media EU (2,1). In Europa l'Italia si colloca penultima, davanti soltanto alla Lettonia (1,2) (figura 7.9).

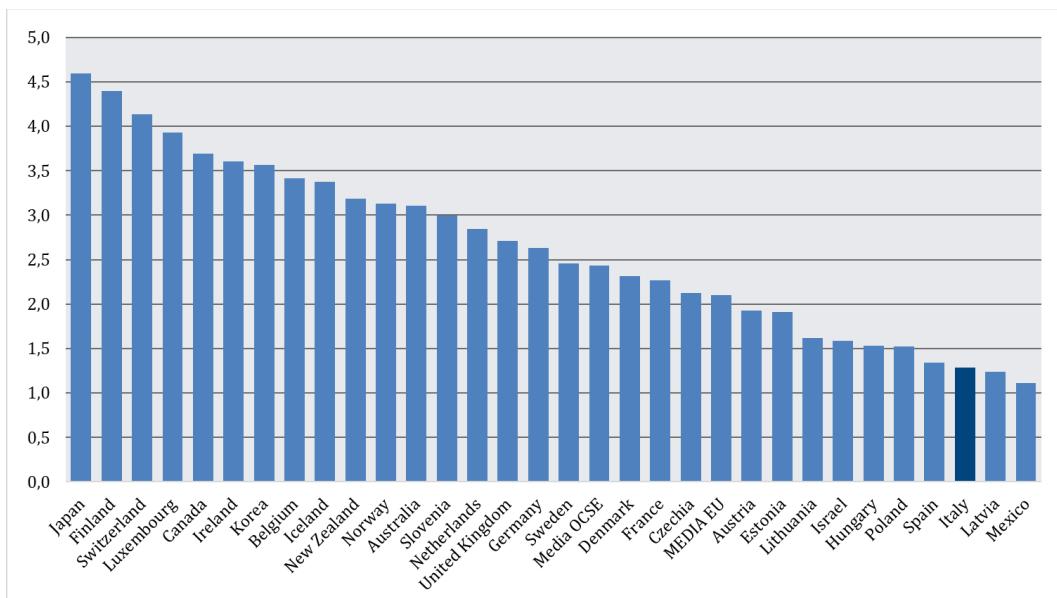


Figura 7.9. Rapporto infermieri/medici anno 2023
(dati OCSE, anno 2023 o più recente disponibile)

7.2.2.2. Retribuzioni

Retribuzioni dei medici specialisti. Nel database OCSE, per l'Italia è disponibile solo il dato relativo ai medici specialisti dipendenti (non ai MMG), espresso in termini di retribuzione lorda. A parità di potere di acquisto per i consumi privati, il valore per l'Italia è di \$ 117.954 (figura 7.10), un dato nettamente inferiore sia alla media OCSE (\$ 131.455) sia alla media EU (\$ 123.555). L'Italia si colloca su livelli simili alla Francia (\$ 115.323), ma resta molto distante da altri paesi europei come l'Olanda (\$ 228.482) e la Germania (\$ 207.049).

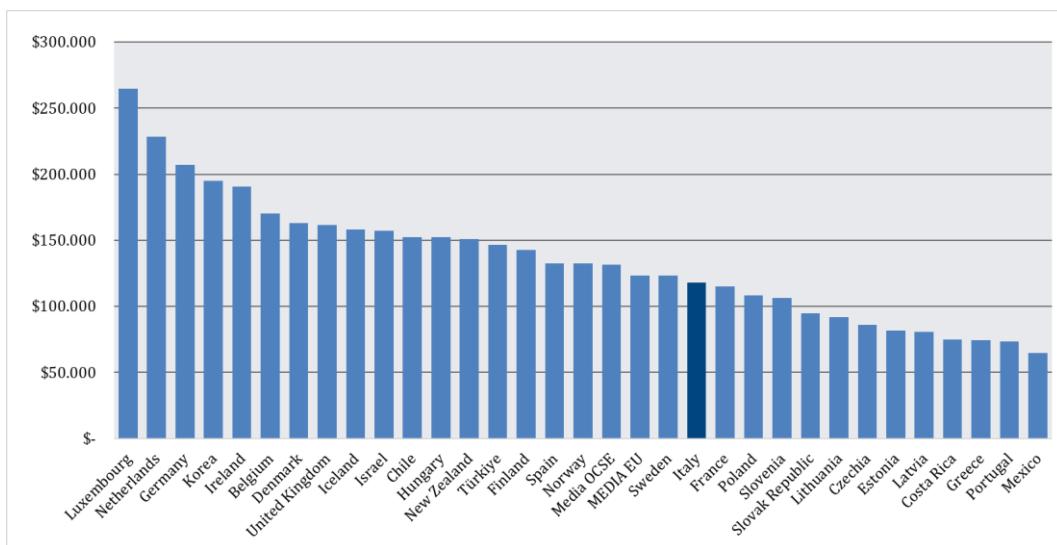


Figura 7.10. Retribuzione dei medici specialisti in \$ a parità di potere di acquisto per consumi privati
(dati OCSE, anno 2023 o più recente disponibile)

Retribuzioni degli infermieri ospedalieri. Nel database OCSE, per l'Italia è disponibile solo il dato relativo agli infermieri dipendenti da strutture ospedaliere, espresso in termini di retribuzione lorda. A parità di potere di acquisto per i consumi privati, il valore per l'Italia è di \$ 45.434 (figura 7.11), un dato nettamente inferiore sia alla media OCSE (\$ 60.260) sia alla

media EU (\$ 63.417). Il divario risulta ancora più marcato nel confronto con altri paesi europei come il Belgio (\$ 108.011), l'Olanda (\$ 82.231) e la Germania (\$ 73.086).

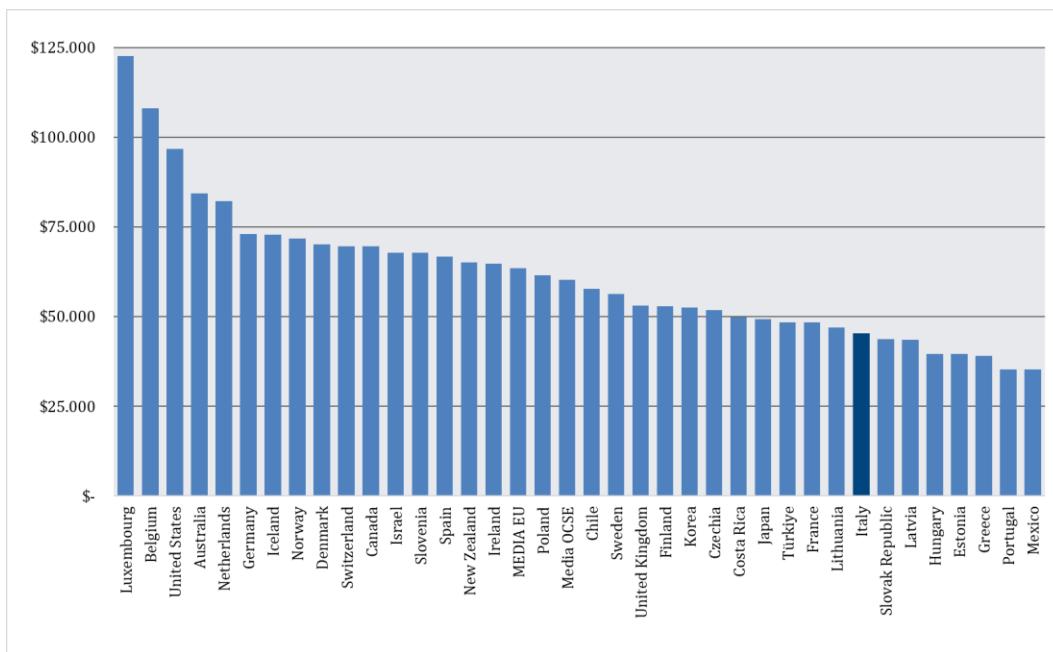


Figura 7.11. Retribuzione degli infermieri dipendenti ospedalieri in \$ a parità di potere di acquisto per consumi privati
(dati OCSE, anno 2023 o più recente disponibile)

7.2.2.3. Laureati

Laureati in Medicina e Chirurgia. Nel 2023 In Italia i laureati in Medicina e Chirurgia sono 16,6 per 100.000 abitanti, un valore superiore alla media OCSE (14,3) e leggermente superiore alla media EU (16,3) (figura 7.12). Questo risultato colloca l'Italia al 9º posto tra i 31 paesi OCSE che forniscono il dato.

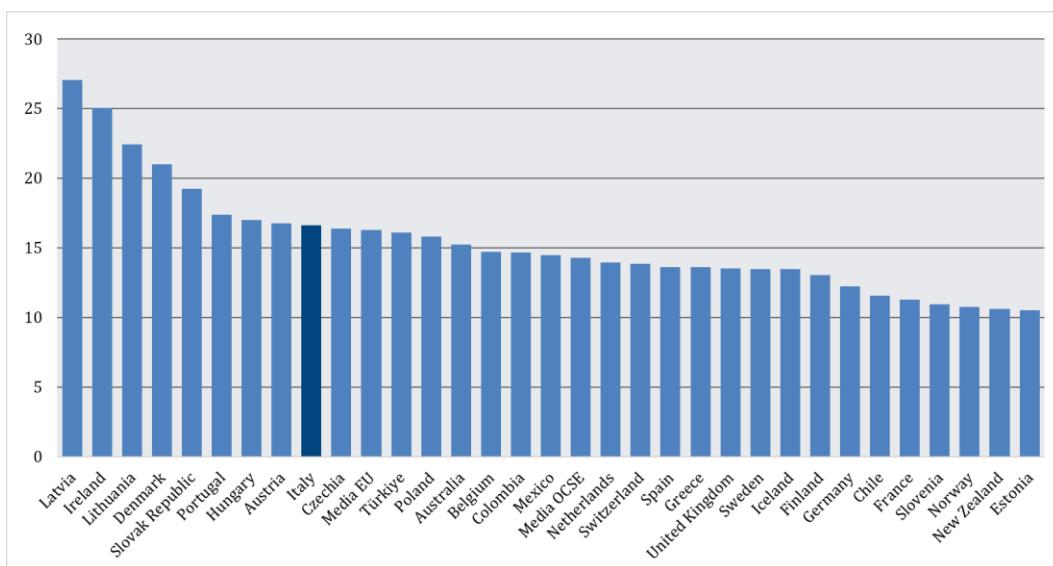


Figura 7.12. Laureati in Medicina e Chirurgia per 100.000 abitanti
(dati OCSE, anno 2023 o più recente disponibile)

Laureati in Infermieristica. Nel 2023 in Italia i laureati in Scienze Infermieristiche sono 17,3 per 100.000 abitanti, un valore nettamente inferiore sia alla media OCSE di 45,3 sia alla media EU di 37,9. L'Italia si colloca così al terzultimo posto, davanti soltanto a Lussemburgo (10,2) e Colombia (8,8) (figura 7.13).

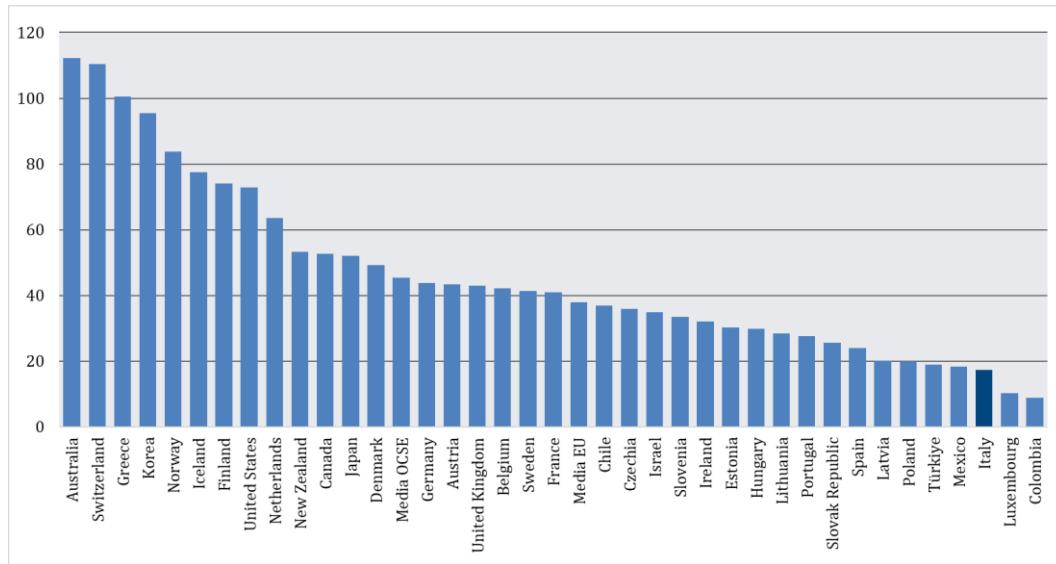


Figura 7.13. Laureati in Scienze Infermieristiche per 100.000 abitanti
(dati OCSE, anno 2023 o più recente disponibile)

7.3. Medici di Medicina Generale

Ogni persona iscritta al SSN ha diritto a un medico di medicina generale (MMG) – cd. medico di famiglia – tramite il quale può accedere a tutti i servizi e prestazioni inclusi nei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA). Attualmente il MMG non è un dipendente del SSN, ma opera in regime di convenzione con l’Azienda Sanitaria Locale (ASL): il rapporto di lavoro è disciplinato dall’Accordo Collettivo Nazionale (ACN), dagli Accordi Integrativi Regionali e dagli Accordi Attuativi Aziendali a livello delle singole ASL.

L’allarme sulla carenza dei MMG riguarda oggi tutte le Regioni e origina da fattori concomitanti: inadeguata programmazione del fabbisogno, pensionamenti anticipati, ridotta attrattività della professione, fattori che si traducono in un carico eccessivo di assistiti per singolo medico e in una progressiva desertificazione delle aree disagiate. In molti contesti questi fattori rendono difficile, se non impossibile, trovare un MMG nei pressi del proprio domicilio, con rilevanti disagi per i cittadini e rischi per la salute. Per meglio comprendere le cause e stimare le dimensioni del fenomeno, sono state analizzate le criticità normative che regolano l’inserimento dei MMG nel SSN ed è stata quantificata l’entità della carenza attuale e futura di MMG a livello regionale. Le analisi hanno incontrato due principali ostacoli. Innanzitutto, i 21 differenti Accordi Integrativi Regionali introducono una forte variabilità nel massimale di assistiti per MMG, con conseguente rischio di sovraccarico o sotto-stimare il fabbisogno reale rispetto alle specifiche situazioni locali; in secondo luogo, carenze e fabbisogni possono essere stimati solo su base media regionale, perché la reale necessità di MMG viene determinata da ciascuna ASL sugli ambiti territoriali di competenza.

7.3.1. Criticità

Massimale di assistiti. Secondo l'ACN, il numero massimo di assistiti per ciascun MMG è fissato a 1.500; in casi particolari può essere elevato fino a 1.800 e, in alcune realtà, ulteriormente superato attraverso deroghe locali (es. fino a 2.000 nella Provincia autonoma di Bolzano) o in caso di indisponibilità di MMG, oltre che per le scelte temporanee affidate al medico (es. extracomunitari senza permesso di soggiorno, non residenti). Parallelamente, vi sono circostanze che determinano un numero inferiore di assistiti: autolimitazione volontaria, incarichi aggiuntivi (es. continuità assistenziale) che ne limitano le scelte, la fase iniziale della carriera e/o attività in zone disagiate. Il carico effettivo di assistiti per MMG restituisce quindi un quadro molto eterogeneo: accanto a una quota di MMG "ultra-massimalisti" che supera il 50%, vi sono colleghi con un numero di assistiti molto basso. I dati del Ministero della Salute relativi all'anno 2023²⁰² documentano che, su 37.983 MMG attivi, il 51,7% ha più di 1.500 assistiti; il 30,7% tra 1.001 e 1.500 assistiti; il 10,5% da 501 a 1.000; il 5,6% tra 51 e 500 e l'1,5% meno di 51 (figura 7.14).

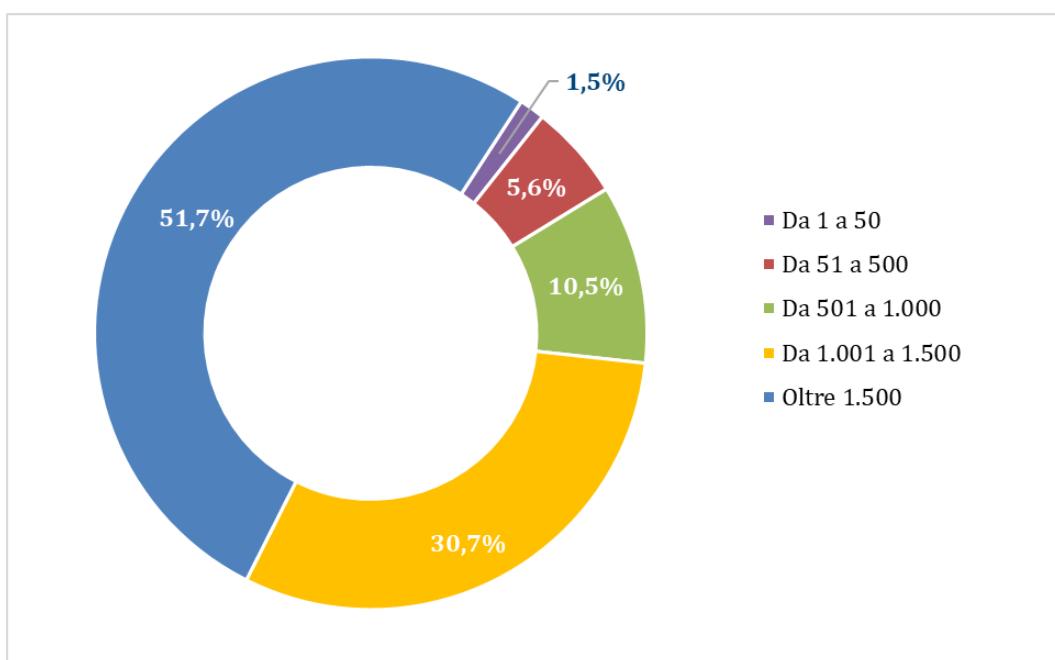


Figura 7.14. Numero di assistiti per MMG, % sul totale
(dati Ministero della Salute, anno 2023)

In particolare, il massimale di 1.500 assistiti è superato da oltre la metà dei MMG in 10 Regioni: Liguria (50,7%), Friuli Venezia Giulia (52,4%), Piemonte (54,1%), Marche (55,5%), Provincia autonoma di Trento (56,1%), Emilia-Romagna (57,6%), Campania (58,8%), Sardegna (60,6%), Valle d'Aosta (61,1%) e Provincia autonoma di Bolzano (65,1%). La percentuale sale oltre i due terzi in Veneto (68,7%) e sfiora i tre quarti in Lombardia (74%) (figura 7.15).

²⁰² Ministero della Salute. Annuario Statistico del Servizio Sanitario Nazionale. Anno 2023. Disponibile a: www.salute.gov.it/portale/documentazione/p6_2_2_1.jsp?lingua=italiano&id=3523. Ultimo accesso: 30 settembre 2025.

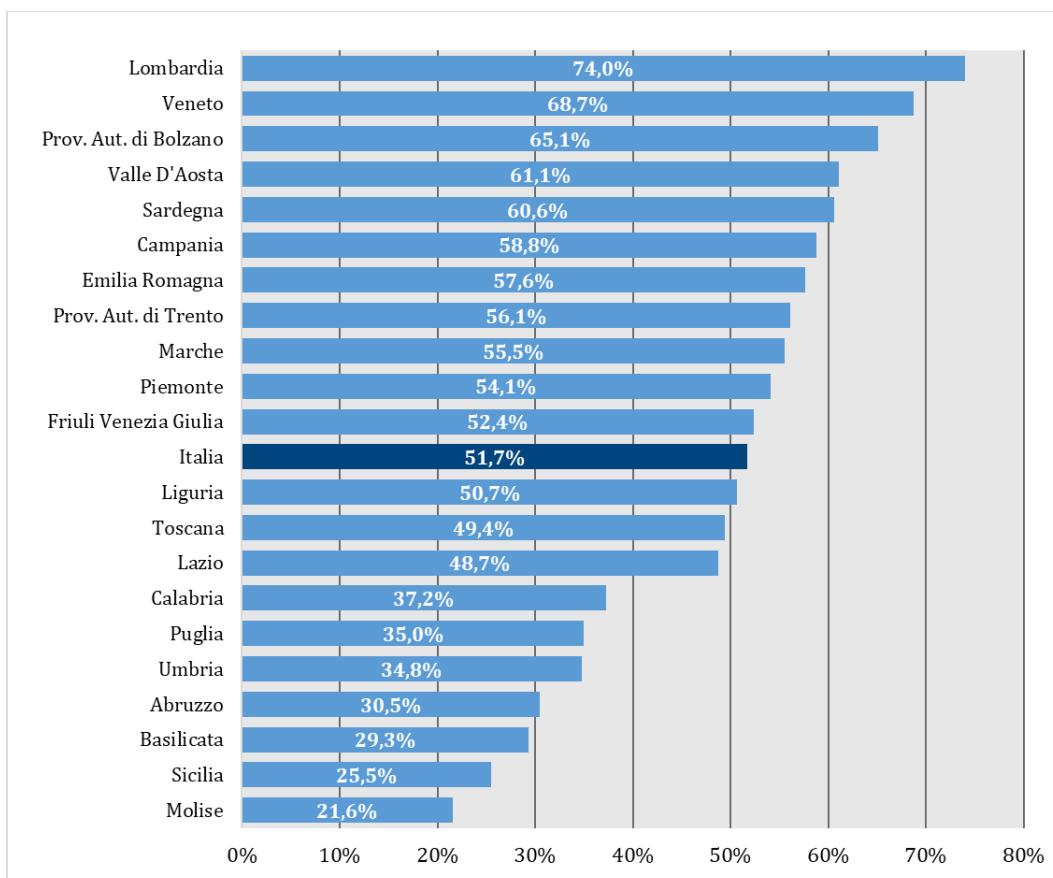


Figura 7.15. Percentuale di MMG con oltre 1.500 assistiti
(dati Ministero della Salute, anno 2023)

Il sovraccarico di assistiti determina inevitabilmente una riduzione della disponibilità oraria e, soprattutto, della qualità dell'assistenza. Inoltre, condiziona la distribuzione omogenea e capillare dei MMG sul territorio in rapporto alla densità abitativa, limitando di fatto la possibilità per il cittadino di esercitare pienamente il diritto della libera scelta.

Quadro demografico. Tra il 1984 e il 2024 la percentuale di residenti di età ≥ 65 anni è quasi raddoppiata, passando dal 12,9% (7,29 milioni) al 24,3% (14,36 milioni). Ancora più marcato appare l'aumento degli over 80, la cui prevalenza è più che triplicata: dal 2,4% (1,4 milioni) del 1984 al 7,7% (4,5 milioni) nel 2024. Le previsioni ISTAT confermano nel 2034 gli over 65 rappresenteranno il 29,5% della popolazione (17,08 milioni), mentre la quota degli over 80 salirà al 9,2% (5,32 milioni)²⁰³ (figura 7.16).

²⁰³ Istituto Nazionale di Statistica (ISTAT). Demografia in cifre. Disponibile a: <https://demo.istat.it>. Ultimo accesso: 30 settembre 2025.

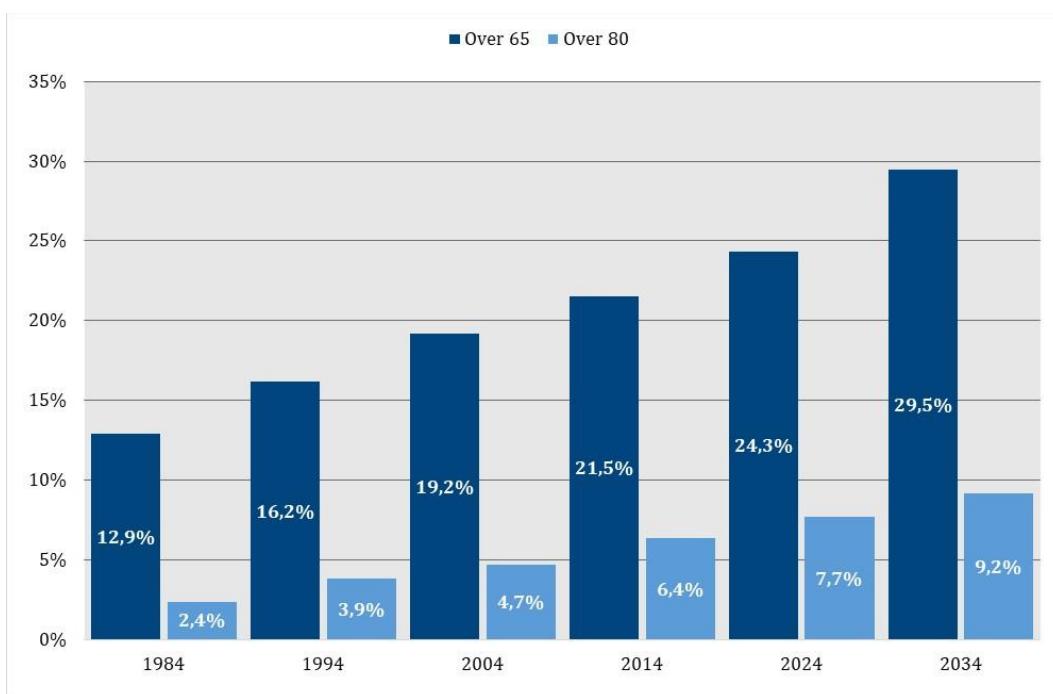


Figura 7.16. Over 65 e over 80 sul totale della popolazione
(dati ISTAT)

Inoltre, i dati ISTAT sullo stato di salute della popolazione²⁰⁴ documentano che nel 2023, ben 11,1 milioni di over 65 (77,6%) presentavano almeno una malattia cronica, e tra questi 7,8 milioni (54,5%) erano affetti da due o più cronicità. Di conseguenza il massimale di 1.500 assistiti per MMG, ritenuto adeguato nel 1984 rispetto alla distribuzione demografica dell'epoca, risulta oggi del tutto insostenibile. L'invecchiamento della popolazione e la crescente prevalenza delle patologie croniche generano infatti bisogni clinico-assistenziali più complessi e impongono ai MMG un carico di lavoro sempre più gravoso, con inevitabili ripercussioni sulla qualità dell'assistenza.

Ambiti territoriali carenti. L'ultimo ACN ha innalzato il rapporto ottimale tra medici e popolazione, passando da un MMG ogni 1.000 residenti a uno ogni 1.200. Questo parametro, utilizzato per individuare le cosiddette "zone carenti", ovvero le aree dove il numero di medici di famiglia è insufficiente a soddisfare il fabbisogno della popolazione, finisce per aumentare la soglia di cittadini senza MMG necessaria ad attivare un bando in un determinato territorio.

Pensionamenti. Secondo i dati forniti dalla Federazione Italiana dei Medici di Medicina Generale (FIMMG), tra il 2024 e il 2027 ben 7.345 MMG hanno raggiunto o raggiungeranno il limite di età per la pensione, fissato a 70 anni, salvo deroghe.

Nuovi MMG. Nel periodo 2014-2017, il numero annuale di borse di studio ministeriali per il Corso di Formazione Specifica in Medicina Generale si è mantenuto intorno a 1.000, un numero del tutto insufficiente a compensare i pensionamenti attesi. Negli anni successivi, l'offerta formativa è stata progressivamente ampliata, raggiungendo le 4.362 borse nel 2021, grazie al cumulo di due finanziamenti straordinari: 3.277 borse stanziate dal cosiddetto DL

²⁰⁴ Istituto Nazionale di Statistica (ISTAT). IstatData. Salute e sanità. Stato di salute e consumo di farmaci. Stato di salute. Disponibile a: https://esploradati.istat.it/databrowser/#/it/dw/categories/IT1.Z0810HEA,1.0/HEA_HESTDRUGS/HEA_HESTDRUGS_HEST/I1.83_63_DF_DCCV_AVQ_PERSONE_205,1.0. Ultimo accesso: 30 settembre 2025.

Calabria (2019-2022) e 2.700 finanziate attraverso il PNRR (2021-2023). A partire dal 2023, il numero delle borse si è stabilizzato intorno a 2.600 (figura 7.17).

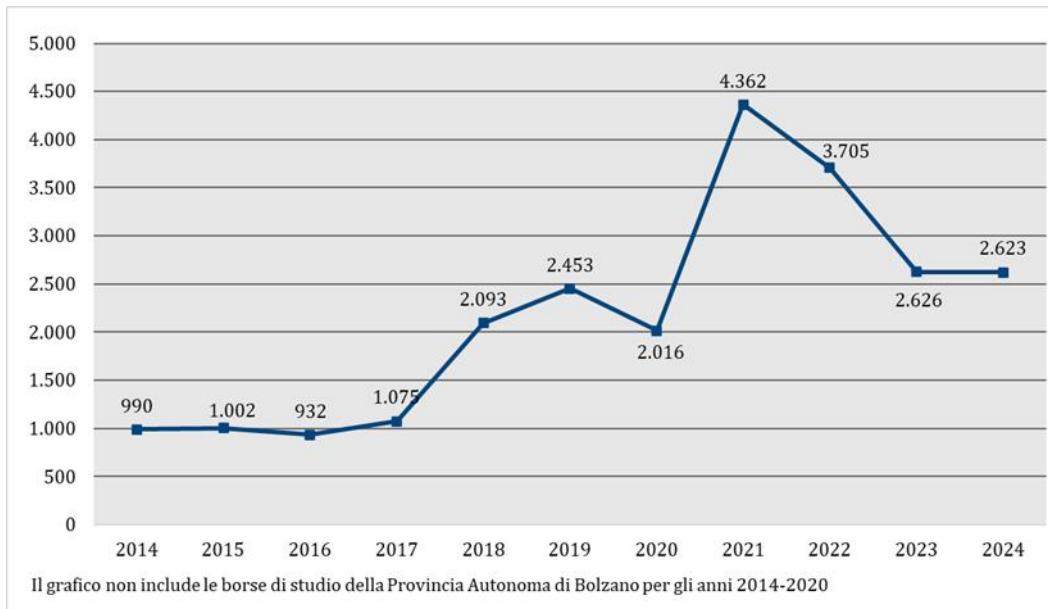


Figura 7.17. Numero di borse di studio finanziate per il Corso di Formazione Specifica in Medicina Generale
(dati Agenas, MUR)

Secondo i dati del Ministero della Salute, nel 2024 i partecipanti al concorso nazionale sono risultati inferiori ai posti disponibili: 2.240 candidati per 2.623 borse, con un gap di 383 posti (-15%). La mancata copertura delle borse si è concentrata in alcune Regioni: Marche (-68%), Molise (-67%), Provincia autonoma di Bolzano (-57%), Lombardia (-45%), Liguria (-42%), Veneto (-41%) (tabella 7.10, figura 7.18). Questa spia rossa, già accesa da anni in alcune Regioni, non solo conferma il progressivo disinteresse verso la professione di MMG, ma mette anche in evidenza gravi criticità in territori come la Lombardia e il Veneto, dove la carenza di MMG è già strutturale.

Regione	Differenza	Differenza %
Marche	-106	-68%
Molise	-12	-67%
Prov. Aut. di Bolzano	-17	-57%
Lombardia	-227	-45%
Liguria	-28	-42%
Veneto	-102	-41%
Prov. Aut. di Trento	-16	-40%
Toscana	-78	-39%
Umbria	-17	-38%
Basilicata	-5	-31%
Sardegna	-17	-28%
Piemonte	-41	-24%
Valle d'Aosta	-2	-20%
Puglia	-33	-17%
Calabria	-1	-2%
Emilia-Romagna	21	10%
Friuli Venezia Giulia	8	20%
Sicilia	86	45%
Lazio	81	48%
Campania	96	59%
Abruzzo	27	61%
ITALIA	-383	-15%

Tabella 7.10. Corso di Formazione Specifica in Medicina Generale 2024: n. di partecipanti al bando vs n. di borse finanziarie
 (dati Ministero della Salute)

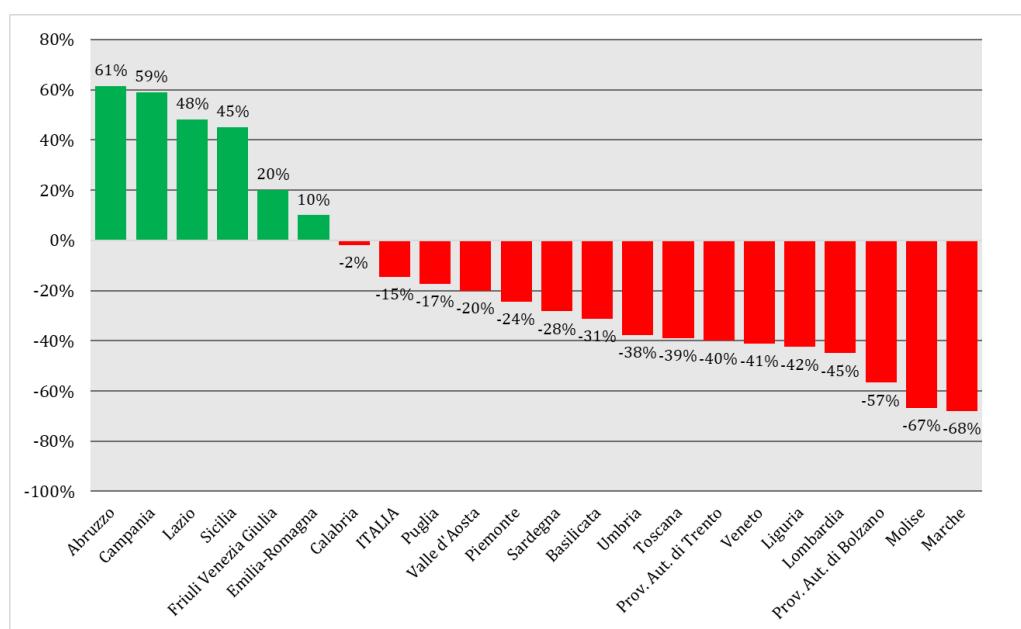


Figura 7.18. Corso di Formazione Specifica in Medicina Generale 2024: percentuale di partecipanti al bando su numero di borse finanziarie
 (dati Ministero della Salute)

7.3.2. Stima della carenza di MMG

Trend 2019-2022 e anzianità di laurea. I dati SISAC²⁰⁵ documentano una progressiva riduzione del numero di MMG in tutte le Regioni, con la sola eccezione della Provincia autonoma di Bolzano (+1%). Tra il 2019 e il 2023, i MMG sono diminuiti complessivamente di 4.749 unità (-12,8%), passando da 42.009 a 37.260. Le differenze regionali risultano molto marcate: la Sardegna registra il calo più rilevante (-39%), mentre quello più contenuto si osserva nelle Marche (-1,7%) (figura 7.19).

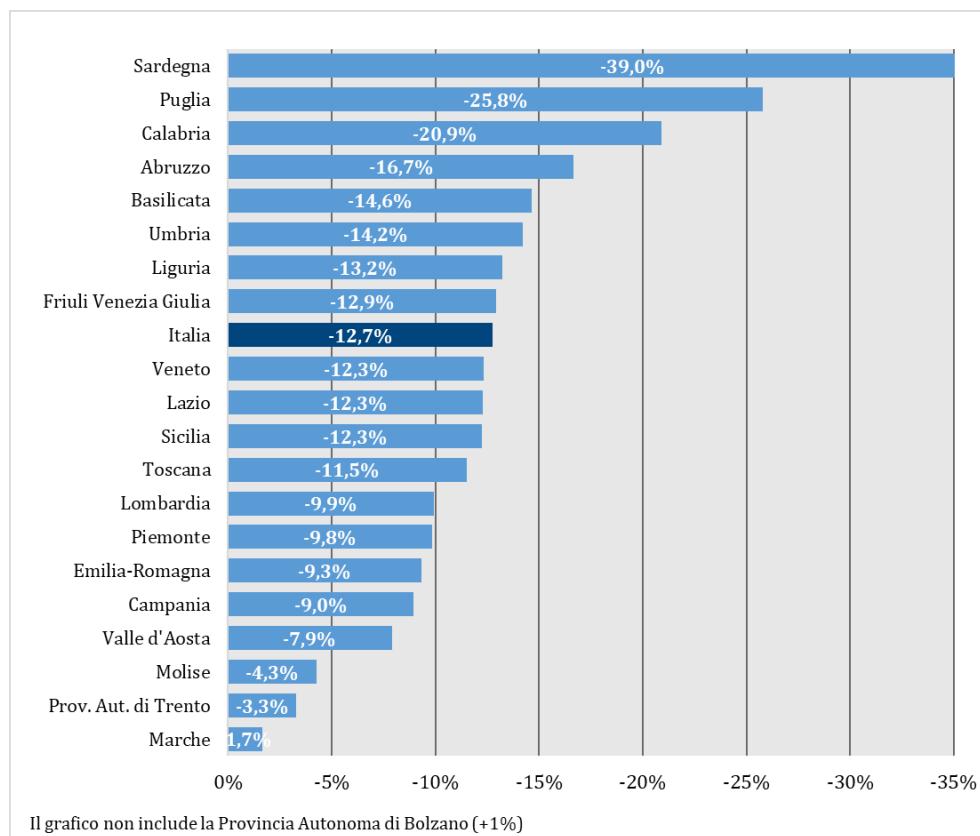


Figura 7.19. Riduzione percentuale del numero di MMG nel 2023 rispetto al 2019
(elaborazione GIMBE su dati SISAC)

Numero di assistiti per MMG. Secondo le rilevazioni della SISAC²⁰⁶, al 1° gennaio 2024 i 37.260 MMG avevano in carico complessivamente quasi 51,2 milioni di assistiti, con una media di 1.374 assistiti per medico. Le differenze regionali sono tuttavia significative: si passa dai 1.100 assistiti in Molise ai 1.548 della Provincia autonoma di Bolzano (figura 7.20).

²⁰⁵ Struttura Interregionale Sanitari Convenzionati - SISAC. Medicina Convenzionata - Assistenza sanitaria convenzionata. Disponibile a: www.sisac.info/ActionPagina_296.do. Ultimo accesso: 30 settembre 2025.

²⁰⁶ Struttura Interregionale Sanitari Convenzionati - SISAC. Medicina Convenzionata - Numero medici al 1° gennaio 2024. Disponibile a: www.sisac.info/ActionPagina_296.do. Ultimo accesso: 30 settembre 2025.

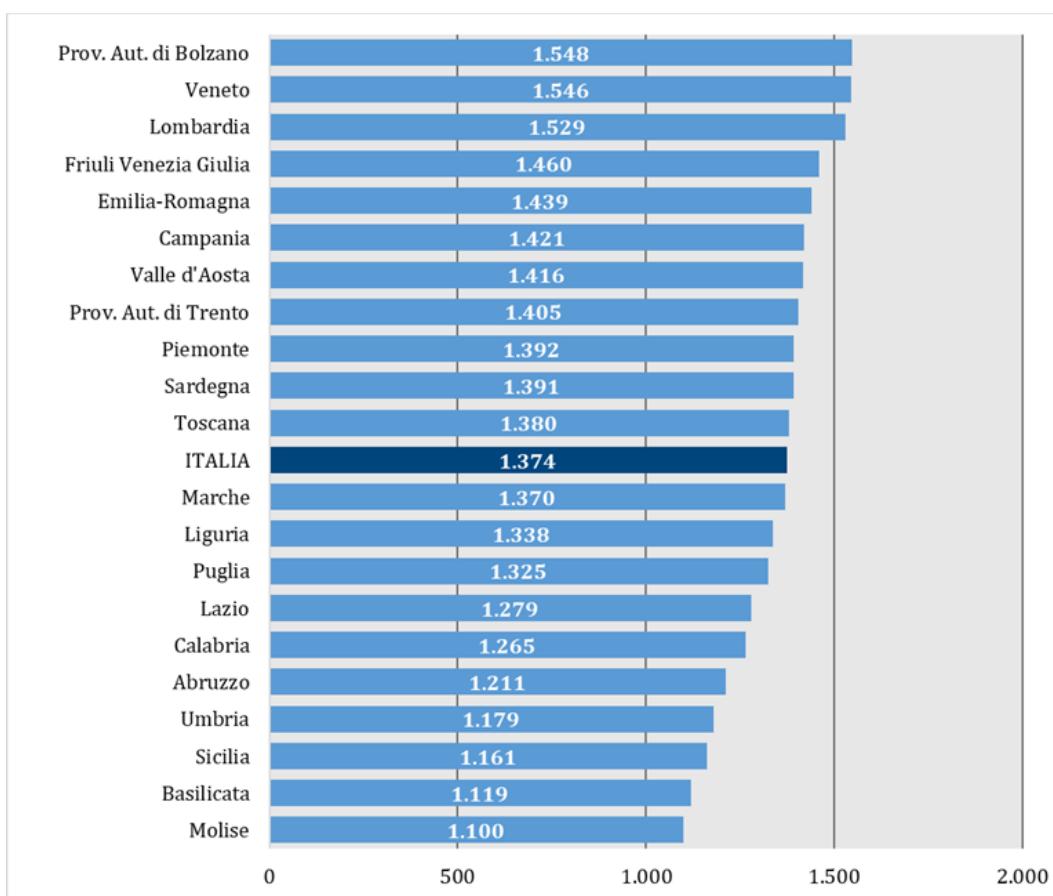


Figura 7.20. Numero medio di assistiti per MMG al 1° gennaio 2024
(elaborazione GIMBE su dati SISAC)

Tuttavia lo scenario è ben più critico di quanto lascino intendere i numeri, perché con l'attuale livello di saturazione dei MMG risulta compromesso il principio della libera scelta: spesso è impossibile trovare un MMG disponibile nei pressi del proprio domicilio, non solo nelle cosiddette aree desertificate (zone a bassa densità abitativa, geograficamente disagiate, rurali o periferiche), dove i bandi per gli ambiti territoriali carenti vanno frequentemente deserti, ma anche nelle grandi città metropolitane.

Stima della carenza di MMG al 1° gennaio 2024. Le criticità sopra descritte permettono soltanto una stima media regionale del fabbisogno di MMG in relazione al numero di assistiti, poiché l'individuazione puntuale delle carenze spetta alle ASL sulla base delle specificità locali. Per garantire una distribuzione omogenea e capillare in rapporto alla densità abitativa, alla prossimità degli ambulatori e all'effettivo esercizio della libera scelta, la Fondazione GIMBE ha assunto come parametro di riferimento un rapporto ottimale pari a 1 MMG ogni 1.200 assistiti. Sulla base dei dati SISAC al 1° gennaio 2024, la carenza complessiva è stimata in 5.575 MMG, distribuiti in 17 Regioni e Province autonome. Le situazioni più critiche si concentrano in quasi tutte le grandi Regioni: Lombardia (-1.525), Veneto (-785), Campania (-652), Emilia-Romagna (-536), Piemonte (-431) e Toscana (-345). Non si rilevano, invece, carenze in Basilicata, Molise, Umbria e Sicilia (figura 7.21).

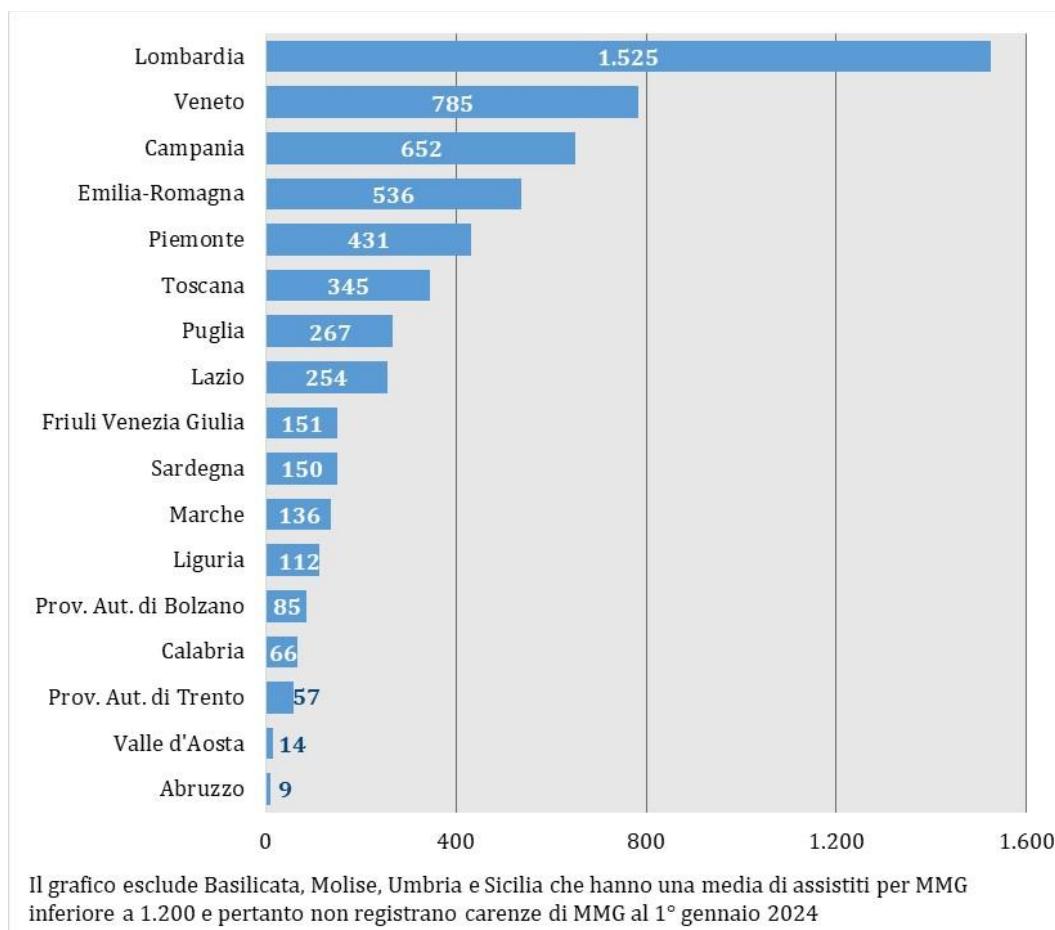


Figura 7.21. Stima del numero di MMG mancanti al 1° gennaio 2024
(elaborazione GIMBE su dati SISAC)

Stima della carenza di MMG al 2026. Se tutti i MMG andassero in pensione al compimento dei 70 anni e se tutte le borse di studio finanziate tra il 2021 e il 2024 fossero state effettivamente assegnate e completate, nel 2027 le nuove leve riuscirebbero a compensare sia i pensionamenti attesi sia le carenze rilevate al 1° gennaio 2024. Si tratta però di uno scenario poco realistico: da un lato cresce il numero di medici che si pensionano prima dei 70 anni; dall'altro si amplia il divario tra borse messe a bando e percorsi conclusi. Un gap legato sia alla mancata partecipazione ai concorsi (il 15% nel 2024), sia agli abbandoni durante il percorso formativo, che interessano almeno il 20% degli iscritti.

A determinare l'attuale carenza hanno contribuito, nel tempo, errori di programmazione e politiche sindacali che non hanno favorito il bilanciamento tra i pensionamenti attesi e il numero di borse di studio disponibili. Parallelamente, la professione ha perso progressivamente attrattività per i giovani, che non solo abbandonano *in itinere* il corso di formazione, ma sempre più spesso scelgono di non partecipare nemmeno al bando. In questo contesto, le soluzioni adottate si sono rivelate insufficienti: l'innalzamento dell'età pensionabile a 72 anni, le deroghe sull'aumento del massimale e la possibilità per gli iscritti al Corso di Formazione in Medicina Generale di acquisire sino a 1.000 assistiti non hanno inciso sulle cause strutturali della crisi. Se la professione di MMG continuerà a perdere *appeal*, il rischio concreto è che milioni di persone rimangano senza medico di famiglia, con un inevitabile peggioramento della qualità dell'assistenza territoriale e conseguenze particolarmente gravi per la salute delle persone più anziane e fragili.

Queste criticità dimostrano ancora una volta come il sottofinanziamento del SSN sia stato in larga misura scaricato proprio sul capitale umano. Alla crisi della medicina generale, la politica ha più volte cercato di rispondere con l'idea di una riforma radicale, proponendo il passaggio dal rapporto di convenzione a quello di dipendenza per i MMG, così da garantirne la presenza stabile nelle Case di Comunità e negli altri servizi delle ASL. Tuttavia, questa ipotesi non ha ancora trovato una reale quadra tra Governo, Regioni e categorie professionali: resta quindi un terreno di confronto irrisolto, mai accompagnato da valutazioni di impatto che ne dimostrino la reale efficacia. Una simile proposta dovrebbe tenere conto delle conseguenze economiche, contributive, organizzative e professionali di una trasformazione tanto radicale. In questa prospettiva, se da un lato è pienamente condivisibile la scelta di trasformare il Corso di Formazione Specifica in Medicina Generale in una vera e propria scuola di specializzazione – già formalizzata dall'art. 5 del DdL Delega in materia di professioni sanitarie approvato dal Consiglio dei Ministri il 4 settembre 2025 – al pari delle altre discipline mediche, dall'altro è imprescindibile un ripensamento globale del ruolo del MMG nel SSN. Un cambiamento che, al di là della riforma dell'assistenza territoriale prevista dal PNRR, non può essere ridotto alla dicotomia tra dipendenza e convenzione.

7.4. Pediatri di Libera Scelta

Il Pediatra di Libera Scelta (PLS) – cd. pediatra di famiglia – è il medico responsabile della tutela della salute di bambini e ragazzi tra 0 e 14 anni. Sin dalla nascita a ciascun bambino deve essere assegnato un PLS, condizione indispensabile per accedere a servizi e prestazioni inclusi nei LEA e garantiti dal SSN²⁰⁷. Oggi la carenza dei PLS riguarda l'intero territorio nazionale, con situazioni in cui s'intrecciano questioni burocratiche, carenze organizzative delle ASL, pediatri con numeri esorbitanti di assistiti e, in molti casi, l'impossibilità per le famiglie di iscrivere i propri figli a un PLS con potenziali rischi per la salute, in particolare dei più piccoli e dei più fragili.

Per comprendere le cause e le dimensioni del fenomeno, sono state analizzate le criticità normative che regolano l'inserimento dei PLS nel SSN ed è stata stimata l'entità della carenza di PLS a livello regionale. È tuttavia necessario chiarire due aspetti fondamentali. In primo luogo, le stime sulle carenze sono state elaborate a livello regionale, perché la reale necessità di PLS viene definita dalle ASL in relazione agli ambiti territoriali parenti. In secondo luogo, le stime sul ricambio generazionale sono rese incerte dalla difficoltà di prevedere quanti nuovi specialisti in pediatria opteranno effettivamente per la carriera di PLS.

7.4.1. Criticità

Fasce di età. Sino al compimento del 6° anno di età, per legge i bambini devono essere assistiti da un PLS; dai 6 ai 13 anni compresi i genitori possono invece scegliere tra il PLS e il MMG. Al compimento del 14° anno, l'assistito viene automaticamente revocato, salvo nei casi di patologie croniche o disabilità documentate, per i quali è possibile richiedere una proroga dell'assistenza del PLS fino al compimento del 16° anno. Secondo i dati ISTAT, al 1° gennaio 2024 la fascia 0-5 anni – per la quale l'iscrizione al PLS è obbligatoria – comprendeva quasi 2,5

²⁰⁷ Ministero della Salute. Assistenza sanitaria distrettuale. Disponibile a: www.salute.gov.it/new/it/tema/statistiche-sanitarie/assistenza-sanitaria-distrettuale/. Ultimo accesso: 30 settembre 2025.

milioni di bambini, mentre nella fascia 6-13 anni rientravano oltre 4,1 milioni di minori, che potrebbero essere iscritti al PLS o al MMG secondo le preferenze dei genitori o, soprattutto, in base alle disponibilità locali di PLS o MMG.

Quadro demografico. Il progressivo calo delle nascite sta modificando in modo significativo la platea di assistiti dei PLS. I dati ISTAT documentano una costante riduzione dei bambini nella fascia 0-5 anni, con circa 430 mila potenziali assistiti in meno tra il 1° gennaio 2019 e il 1° gennaio 2025 (figura 7.22). Ne consegue che, nello stesso periodo, il crollo delle nascite ha ridotto, su scala nazionale il fabbisogno di PLS di oltre 500 unità in soli 6 anni. Nel 2023 in Italia sono stati registrati 379.890 nuovi nati, a fronte di 570.894 adolescenti che hanno compiuto 14 anni e sono stati quindi revocati dall'assistenza pediatrica. Considerando che il 57,5% di minori nella fascia 6-13 anni risulta ancora iscritto ai PLS, si stima che 328.264 assistiti siano transitati dai PLS ai MMG, contro quasi 380 mila nuovi nati iscritti ai PLS. Il saldo complessivo determina un incremento netto di oltre 50.000 assistiti per i PLS, con un conseguente aggravio del carico assistenziale.

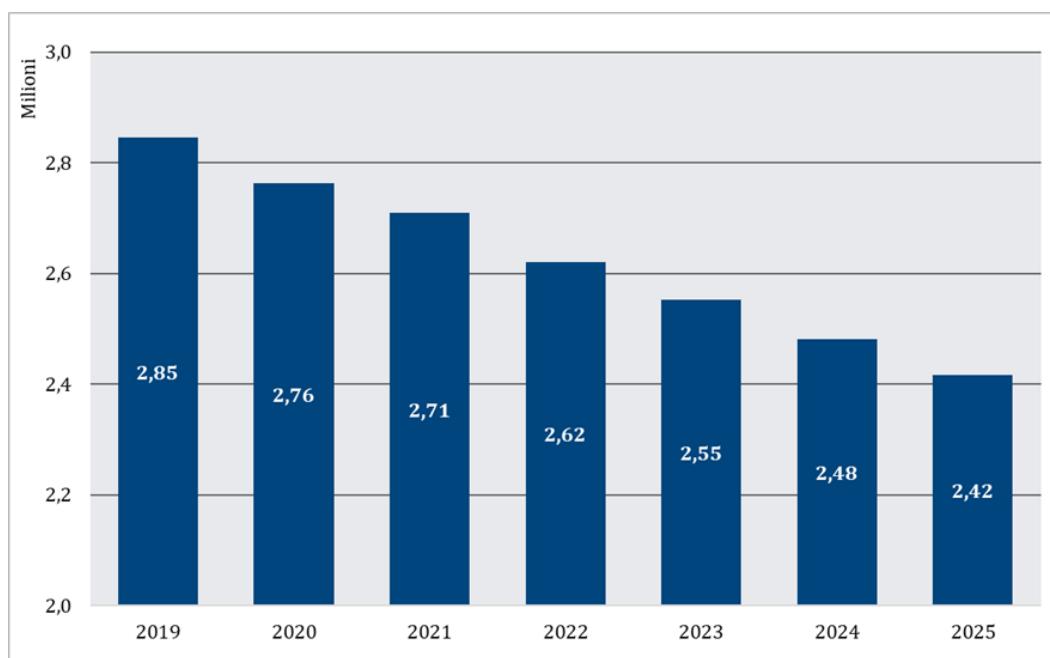


Figura 7.22. Popolazione 0-5 anni
(elaborazione GIMBE su dati ISTAT al 1° gennaio 2025)

Massimale di assistiti. L'ACN fissa a 1.000 il numero massimo di assistiti per ciascun PLS, con distinzione tra scelte ordinarie e in deroga. Una volta raggiunta tale soglia, il PLS può acquisire nuovi assistiti solo ricusando contestualmente un numero equivalente di bambini della fascia 6-13 anni. Al di sopra del limite dei 1.000, l'unica eccezione ammessa riguarda l'iscrizione dei fratelli di bambini già in carico. Deroghe temporanee al massimale possono essere concesse dalla ASL esclusivamente per periodi limitati e in presenza di esigenze specifiche legate al contesto locale o a criticità organizzative (es. indisponibilità di altri PLS sul territorio).

La carenza stimata di oltre 5.500 MMG (§ 7.3.2) rischia tuttavia di lasciare scoperti i ragazzi "ricusati" dal PLS, che potrebbero non trovare un MMG disponibile. In molti casi, l'unica soluzione praticabile resta quindi l'estensione delle deroghe al massimale, che alimenta un circolo vizioso di sovraccarico e un'ulteriore riduzione della qualità dell'assistenza pediatrica.

Ambiti territoriali carenti. L'inserimento di nuovi PLS avviene previa identificazione da parte della Regione – o di un soggetto da essa individuato – degli ambiti territoriali carenti, ossia le aree in cui è necessario colmare un fabbisogno assistenziale e garantire una distribuzione capillare degli studi pediatrici sul territorio. L'ACN stabilisce che la carenza venga calcolata sulla base di un rapporto ottimale di 1 PLS ogni 850 bambini, o frazione superiore a 450. In particolare, per definire il fabbisogno si sottrae dalla popolazione residente sotto i 14 anni il numero di minori della fascia 6-13 anni già in carico ai MMG. In assenza di accordi integrativi regionali, si assume che il 70% della fascia 6-13 anni sia assistita dai PLS. Con l'attuale ACN, quindi, rientrano nel calcolo del fabbisogno tutti gli assistiti già in carico ai PLS, anche quelli della fascia 6-13 anni che in precedenza ne erano esclusi. Questo consente di parametrare in maniera più aderente il numero dei PLS alla popolazione effettivamente assistita.

Pensionamenti. Secondo i dati forniti dalla Federazione Italiana dei Medici Pediatri (FIMP), tra il 2024 e il 2028 andranno in pensione 2.598 PLS che avranno raggiunto il limite massimo di età previsto, pari a 70 anni salvo deroghe: si passa dai 333 PLS del Lazio ai 3 della Valle d'Aosta (figura 7.23).

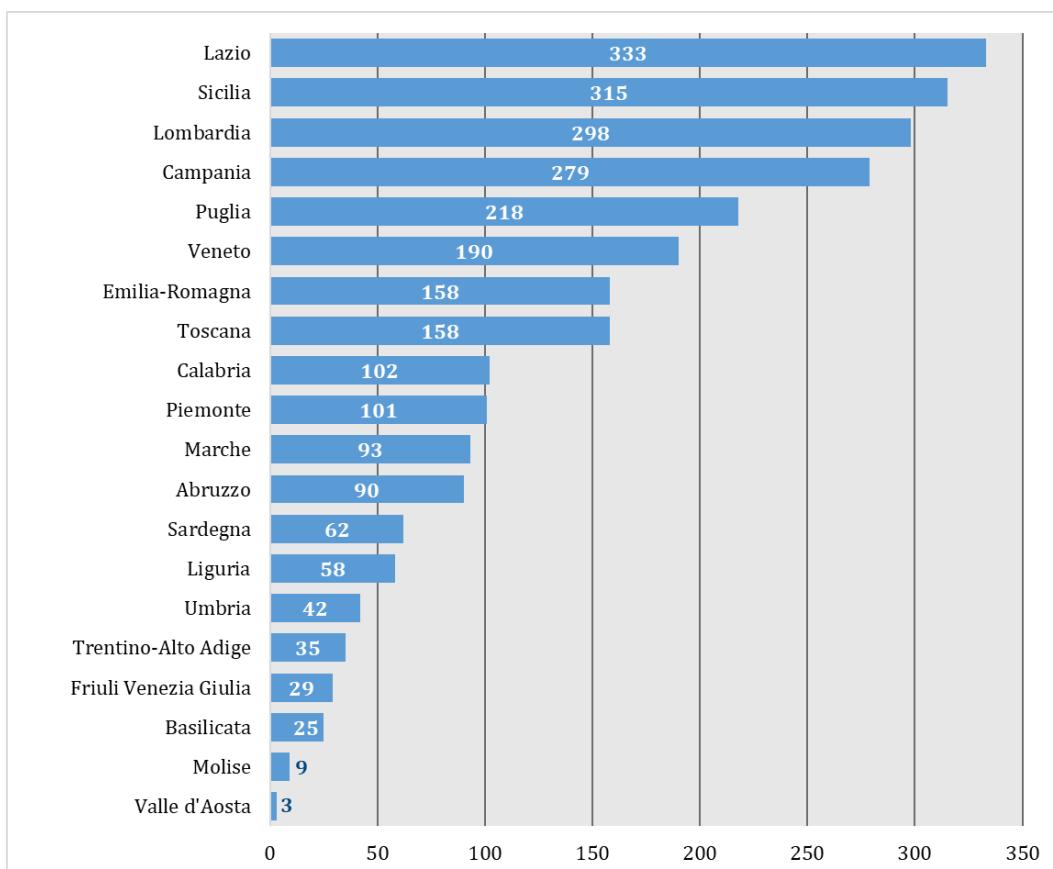


Figura 7.23. PLS che entro il 2028 raggiungono l'età di pensionamento di 70 anni
(dati FIMP)

Nuovi PLS. Il numero di borse di studio per la scuola di specializzazione in pediatria, rimasto stabile per circa un decennio, ha registrato un incremento significativo negli ultimi 7 anni: da 496 borse nell'anno accademico 2017/2018 a 854 nel 2024/2025, con un picco di 973 nel 2020/2021. Tuttavia, considerato che gli specialisti in pediatria possono intraprendere anche la carriera ospedaliera, non è possibile prevedere quanti sceglieranno effettivamente di diventare PLS. Di conseguenza non è possibile stabilire se i nuovi specialisti riusciranno a

garantire un ricambio generazionale adeguato e uniforme in tutte le Regioni, oltre che colmare le attuali carenze (figura 7.24).

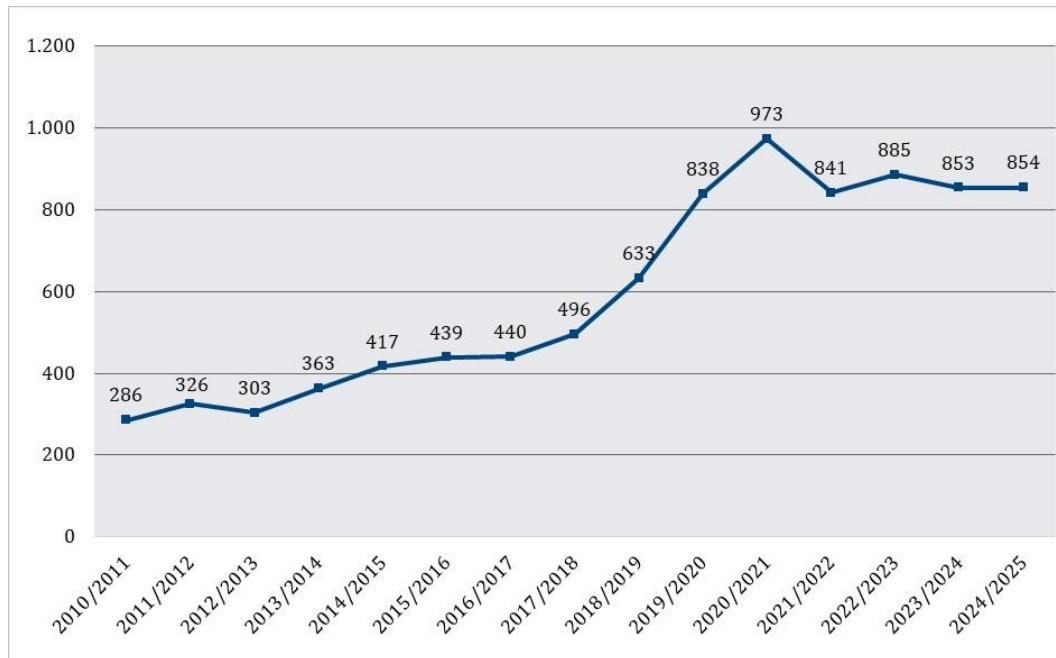


Figura 7.24. Numero di borse di studio ministeriali per la Scuola di Specializzazione in Pediatria
(dati MUR)

7.4.2. Stima della carenza di PLS

Trend 2019-2023. Secondo l'Annuario Statistico del SSN²⁰⁸ elaborato dal Ministero della Salute, nel 2023 i PLS attivi erano 6.706, vale a dire 702 in meno rispetto al 2019 (-9,5%). Inoltre, la quota di PLS con oltre 23 anni di specializzazione è passata dal 39% nel 2009 al 77% nel 2023, evidenziando un ricambio generazionale sempre più rallentato.

Numero di assistiti per PLS. Le rilevazioni SISAC²⁰⁹ indicano che al 1° gennaio 2024 erano attivi 6.484 PLS, per un numero complessivo di oltre 5,8 milioni di assistiti: 2,48 milioni nella fascia 0-5 anni (42,5%) e 3,35 milioni nella fascia 6-13 anni (57,5%). Complessivamente, l'81,2% della popolazione ISTAT tra 6 e 13 anni risulta seguita da un PLS, con marcate differenze regionali: dal 92,6% della Liguria al 60,7% della Sardegna (figura 7.25).

²⁰⁸ Ministero della Salute. Annuario Statistico del Servizio Sanitario Nazionale. Anno 2023. Disponibile a: www.salute.gov.it/new/sites/default/files/imported/C_17_pubblicazioni_3523_allegato.pdf. Ultimo accesso: 30 settembre 2025.

²⁰⁹ Struttura Interregionale Sanitari Convenzionati - SISAC. Medicina Convenzionata - Assistenza sanitaria convenzionata. Disponibile a: www.sisac.info/ActionPagina_296.do. Ultimo accesso: 30 settembre 2025.

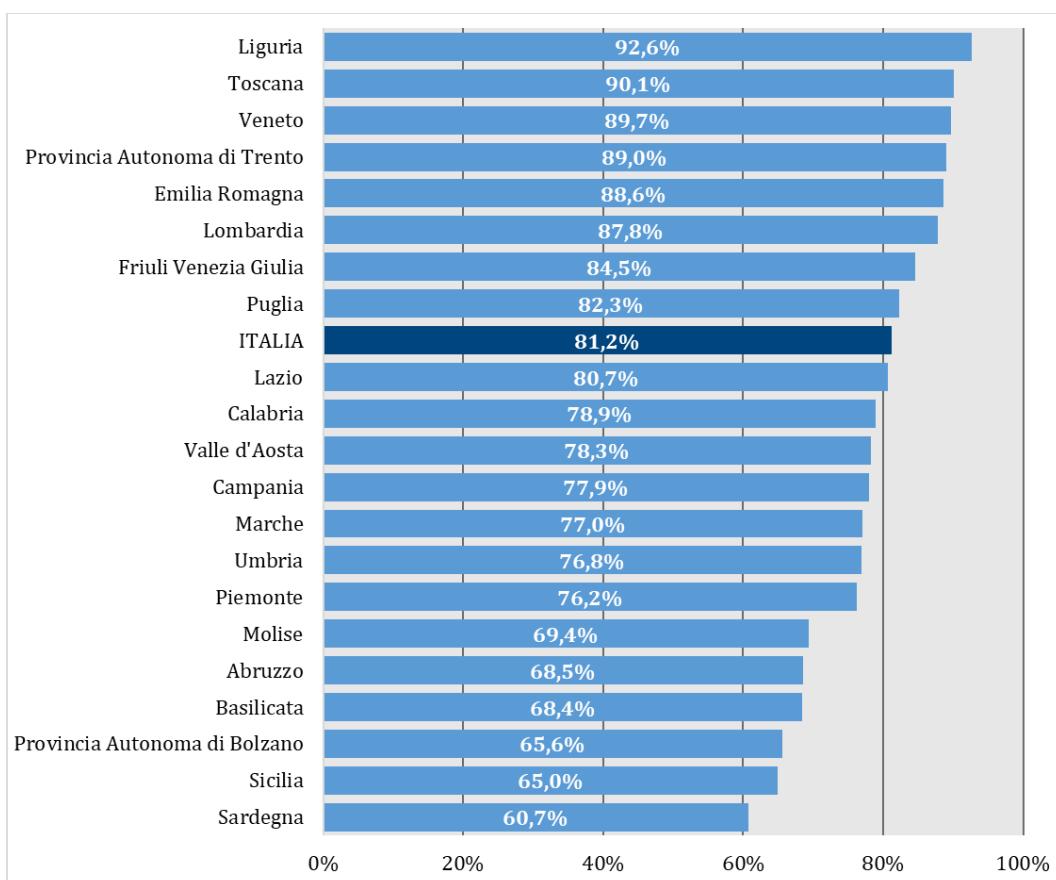


Figura 7.25. Percentuale della popolazione 6-13 anni in carico ai PLS
(dati SISAC al 1° gennaio 2024)

In termini assoluti, la media nazionale è di 900 assistiti per ciascun PLS: superano il massimale di 1.000 assistiti la Provincia autonoma di Bolzano (1.139), il Piemonte (1.119) e il Veneto (1.008). Un simile livello di saturazione rischia di compromettere il principio della libera scelta: in molte aree del Paese, infatti, può risultare difficile trovare un pediatra disponibile, tanto nelle zone interne o periferiche quanto nei grandi centri urbani (figura 7.26).

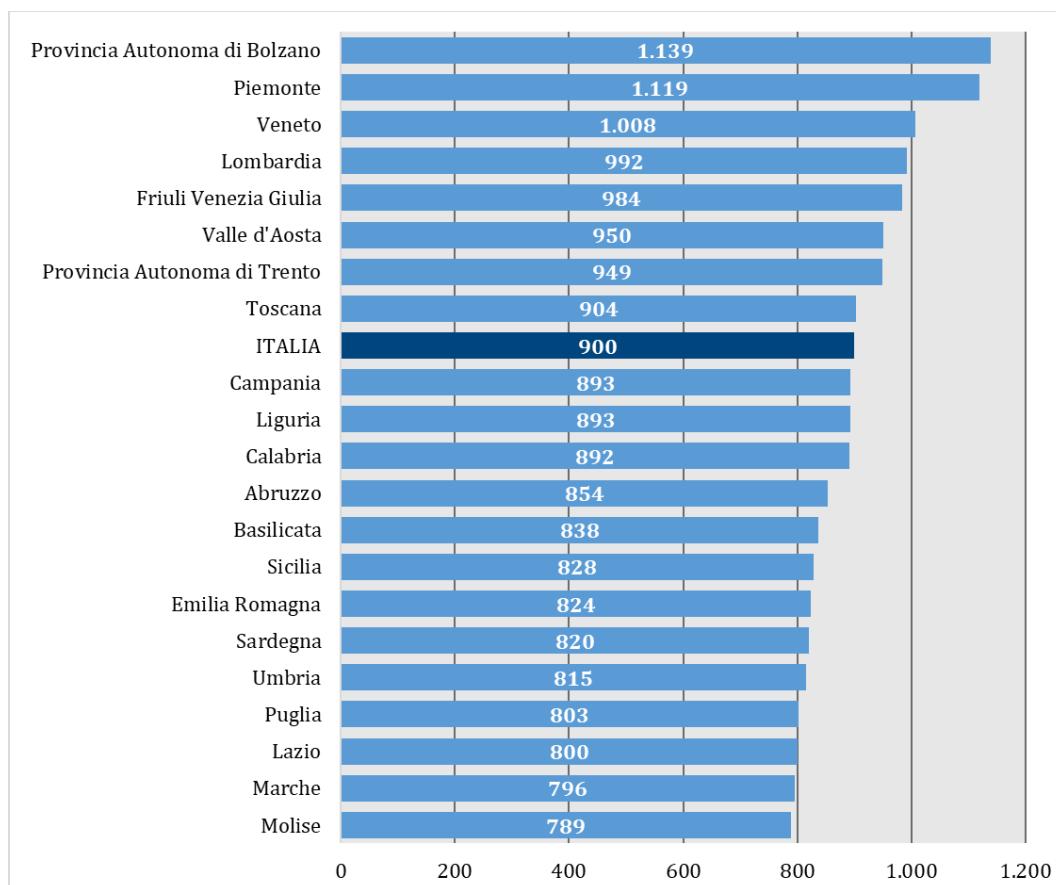


Figura 7.26. Numero medio di assistiti per PLS
(dati SISAC al 1° gennaio 2024)

Stima della carenza di PLS al 1° gennaio 2023. Le criticità sopra rilevate consentono solo una stima del fabbisogno di PLS a livello regionale, in quanto l'individuazione delle zone carenti compete alle ASL, che la effettuano in base a numerose variabili locali. Se l'obiettivo è garantire qualità dell'assistenza, distribuzione capillare coerente con la densità abitativa, prossimità degli ambulatori e reale esercizio della libera scelta, non è corretto stimare il fabbisogno di PLS prendendo a riferimento il massimale con deroga. Per questo motivo la Fondazione GIMBE, adottando come parametro un rapporto ottimale di 1 PLS ogni 850 assistiti, sulla base delle rilevazioni SISAC²¹⁰ al 1° gennaio 2024 stima una carenza complessiva di 502 PLS, con forti squilibri regionali. Ben il 75,7% delle carenze si concentra infatti in 3 sole grandi Regioni del Nord: Lombardia (180), Piemonte (108), Veneto (93). Al contrario, in 9 Regioni (Basilicata, Emilia-Romagna, Lazio, Marche, Molise, Puglia, Sardegna, Sicilia e Umbria) non si rilevano carene, poiché la media di assistiti per PLS è inferiore a 850 (figura 7.27).

²¹⁰ Struttura Interregionale Sanitari Convenzionati - SISAC. Medicina Convenzionata. Numero medici al 1° gennaio 2023. Disponibile a: www.sisac.info/ActionPagina_296.do. Ultimo accesso: 30 settembre 2025.

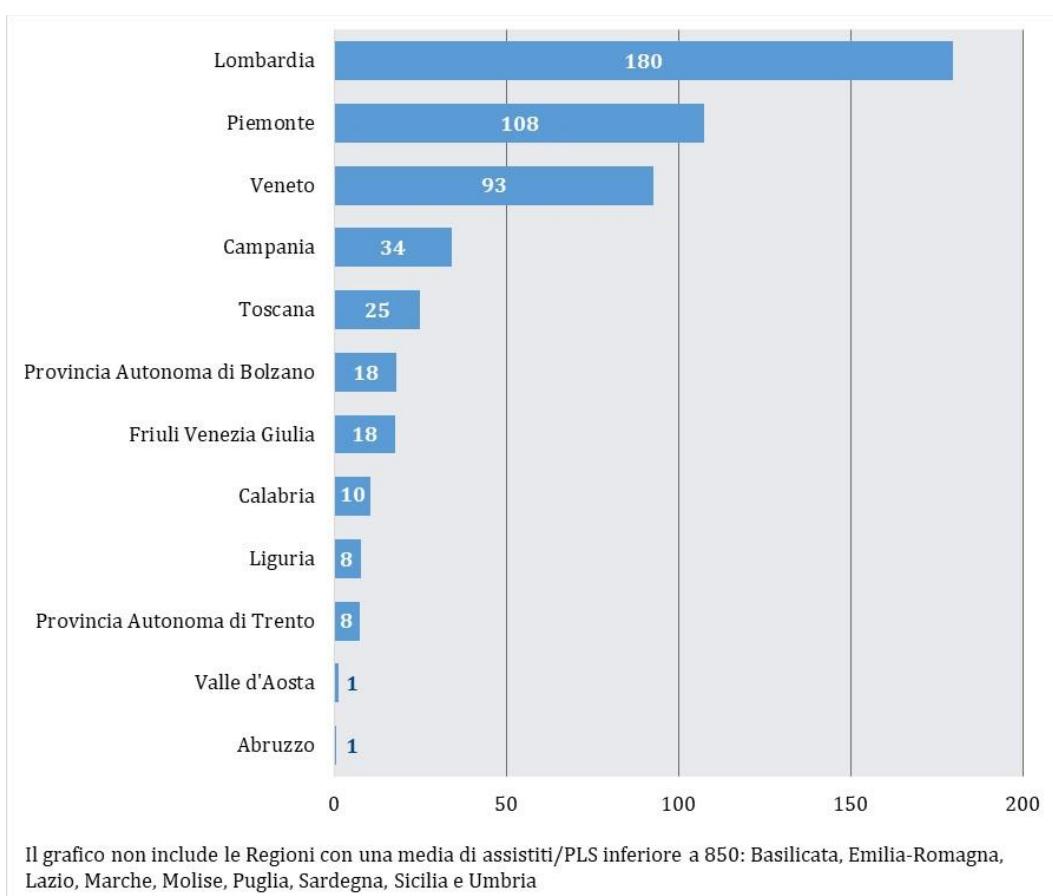


Figura 7.27. Stima del numero PLS mancanti
(elaborazione GIMBE su dati SISAC al 1° gennaio 2024)

È necessario considerare due aspetti fondamentali. Anzitutto, l'ultimo ACN²¹¹ ha innalzato il rapporto ottimale da 600 a 850 per PLS, "assorbendo" così una quota consistente delle carenze rilevate al 1° gennaio 2023. In secondo luogo, una stima effettuata su base regionale non consente di cogliere le carenze localizzate, che emergono soprattutto in territori a bassa densità abitativa, nelle zone disagiate o nelle aree montane.

7.5. Spesa per il personale sanitario

Nel periodo 2012-2024 quello per il personale sanitario è stato un capitolo di spesa sanitaria notevolmente penalizzato. In termini percentuali, la quota destinata al personale dipendente e convenzionato è scesa dal 39,7% del 2012 al 36,6% del 2024, toccando il minimo storico di 36,4% nel 2022. Il trend ha registrato una forte contrazione tra il 2013 (39,5%) e il 2017 (37,3%), poi dal 2020 (36,8%) la discesa è ripresa inesorabile, interrotta solo da un modesto recupero nel 2023 (36,7%). In termini assoluti, dopo una progressiva contrazione da € 43,1 miliardi nel 2012 a € 41,8 miliardi nel 2016, la spesa per il personale dipendente e convenzionato ha iniziato a risalire, raggiungendo € 50,6 miliardi nel 2024 (figura 7.28).

²¹¹ Struttura Interregionale Sanitari Convenzionati - SISAC. Medicina Convenzionata – Accordo Collettivo Nazionale. Roma, 25 luglio 2024. Disponibile a: www.sisac.info/antepriamaNewsHome.do?tipo=WEB&idArea=&idNews=20240729121740017. Ultimo accesso: 30 settembre 2025.

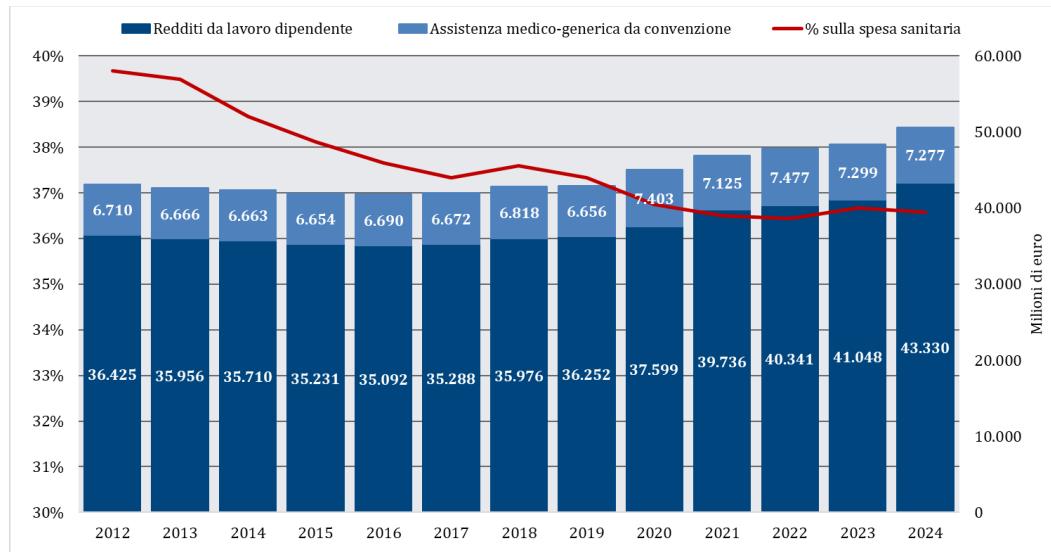


Figura 7.28. Spesa sanitaria per redditi da lavoro dipendente e assistenza medico-generica da convenzione
(dati ISTAT)

L'entità della riduzione della spesa per il personale sanitario emerge da una simulazione che ipotizza di mantenere costante, per il periodo 2012-2024, la quota di spesa per il personale dipendente registrata nel 2012 (39,7%). In questo scenario, nel periodo 2012-2024 sono stati persi complessivamente € 33,04 miliardi, di cui € 12,82 nel periodo 2020-2024 (figura 7.29).

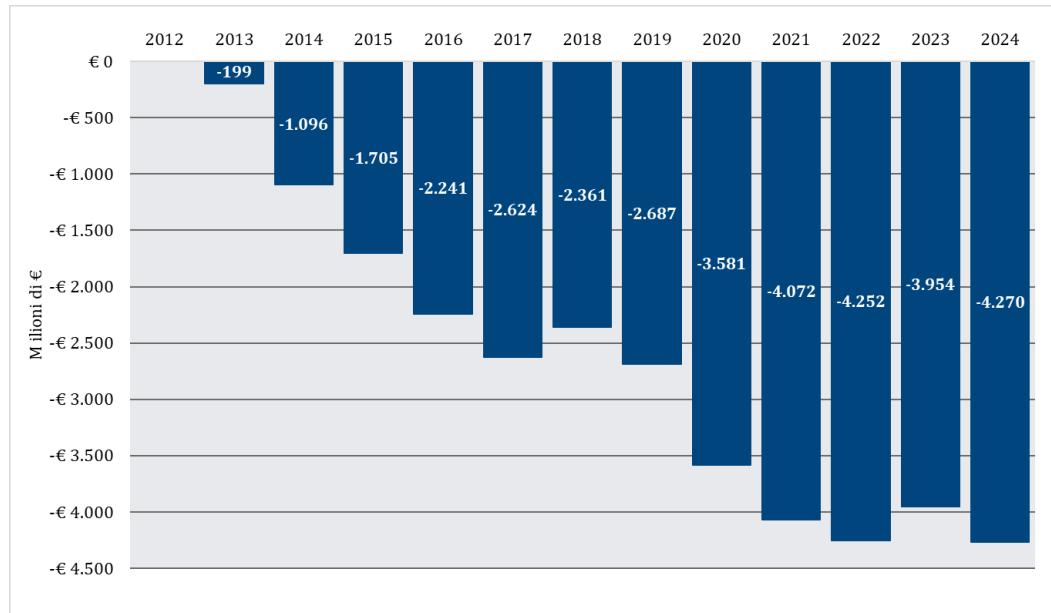


Figura 7.29. Riduzione assoluta della spesa sanitaria per il personale dipendente e convenzionato parametrando al 39,7% sulla spesa sanitaria totale
(elaborazione GIMBE dati ISTAT)

7.5.1. Personale dipendente

In termini percentuali sulla spesa sanitaria totale, la quota destinata al personale dipendente mostra una lenta ma costante riduzione: dal 33,5% del 2012 si è progressivamente attestata al 31,3% nel 2024 (figura 7.30).

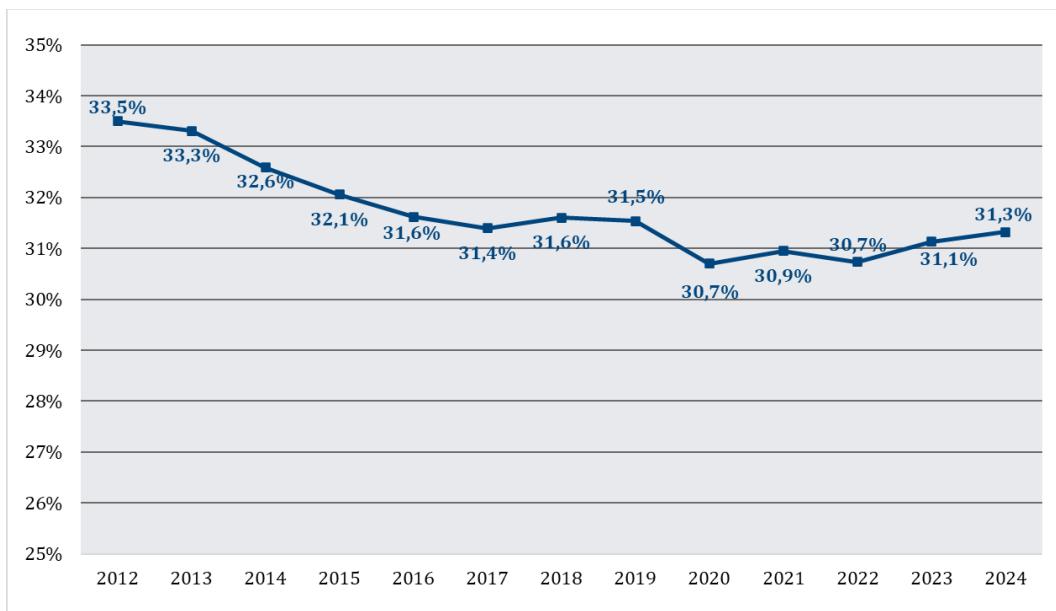


Figura 7.30. Spesa sanitaria per redditi da lavoro dipendente
(dati ISTAT, percentuale sul totale della spesa sanitaria)

Se la quota di spesa per il personale dipendente fosse rimasta ai livelli del 2012, quando rappresentava circa un terzo della spesa sanitaria totale, negli ultimi 12 anni il personale dipendente non avrebbe perso € 28,1 miliardi, di cui € 16,5 miliardi solo tra il 2020 e il 2024. Un dato che testimonia l'enorme sacrificio economico imposto ai dipendenti pubblici del SSN (figura 7.31).

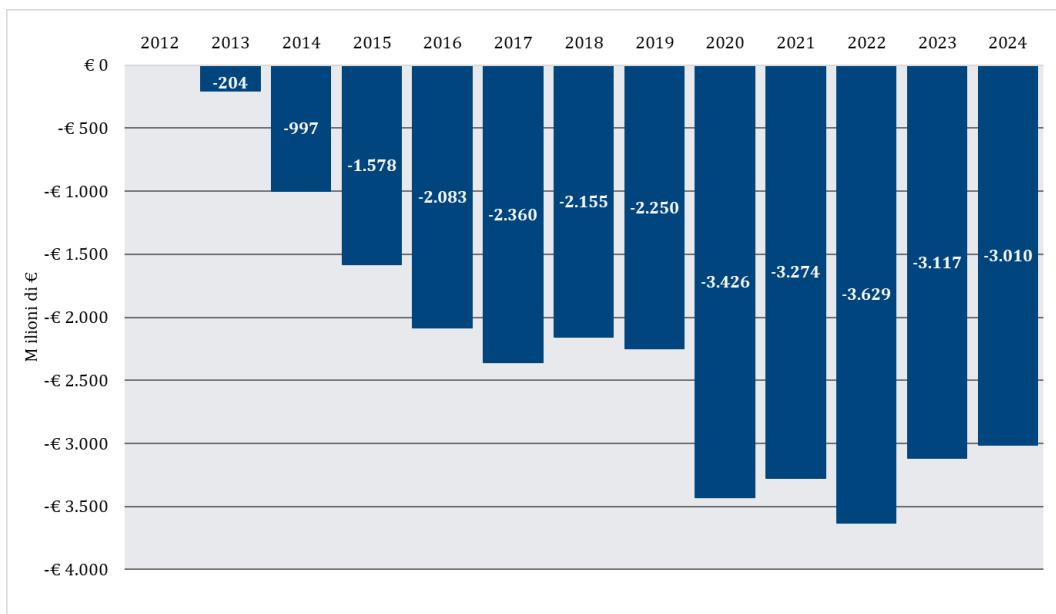


Figura 7.31. Riduzione assoluta della spesa sanitaria per il personale dipendente parametrando al 33,5% della spesa sanitaria totale
(elaborazione GIMBE dati ISTAT)

Parametrando i dati del CA-RGS relativi alla spesa sanitaria 2023 per il personale dipendente alla popolazione residente ISTAT al 1° gennaio 2023, la spesa pro-capite per è stata di € 672. Le differenze regionali sono significative: da € 1.405 euro nella Provincia autonoma di Bolzano

a € 559 in Campania (figura 7.32), con una “classifica” che riflette quella già osservata nella distribuzione del personale dipendente per 1.000 abitanti (§ 7.2).

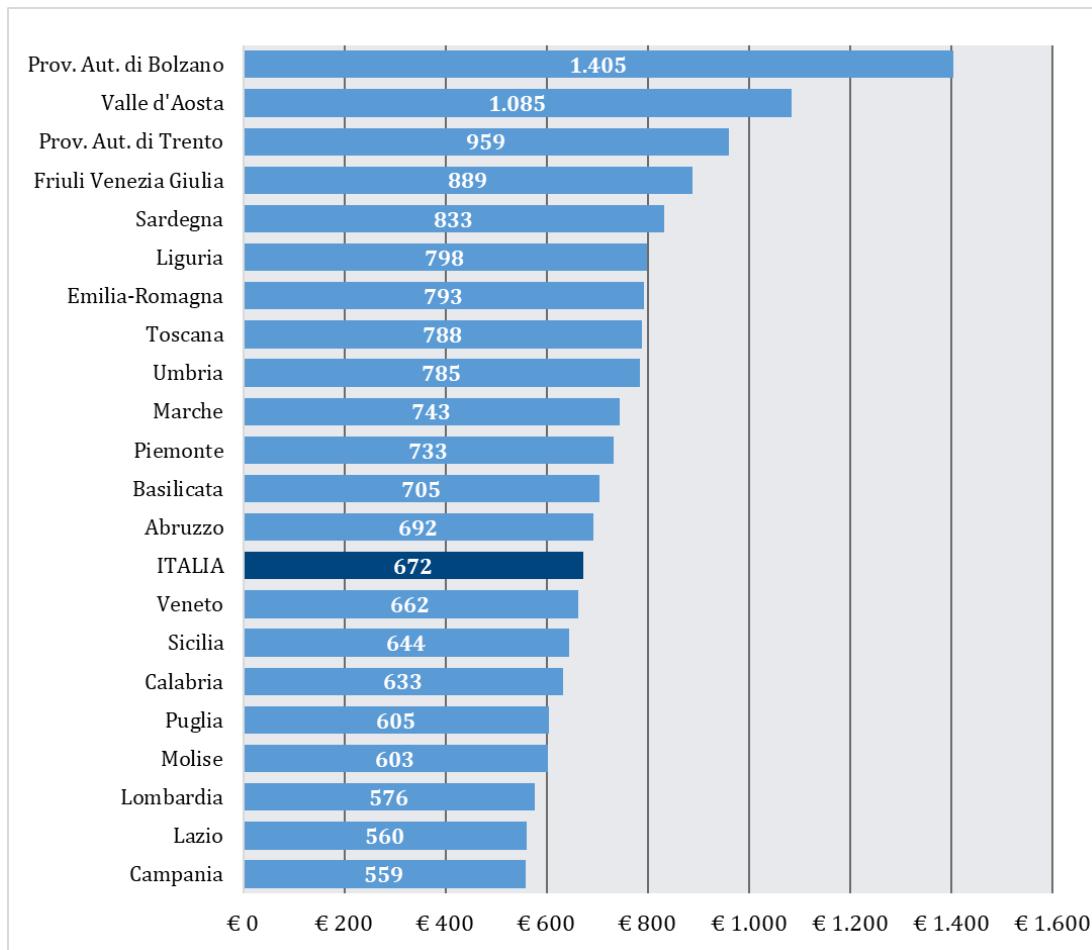


Figura 7.32. Spesa pro-capite per il personale dipendente SSN
(dati CA-RGS e ISTAT, anno 2023)

Mettendo in relazione, per il 2023, le unità di personale dipendente con la spesa sanitaria pubblica totale, il costo per unità di personale a livello nazionale è pari a € 55.566. Il range varia da € 48.308 della Liguria a € 77.510 della Provincia autonoma di Bolzano (figura 7.33). Tutte le Regioni in Piano di rientro, ad eccezione dell'Abruzzo, presentano valori superiori alla media nazionale.

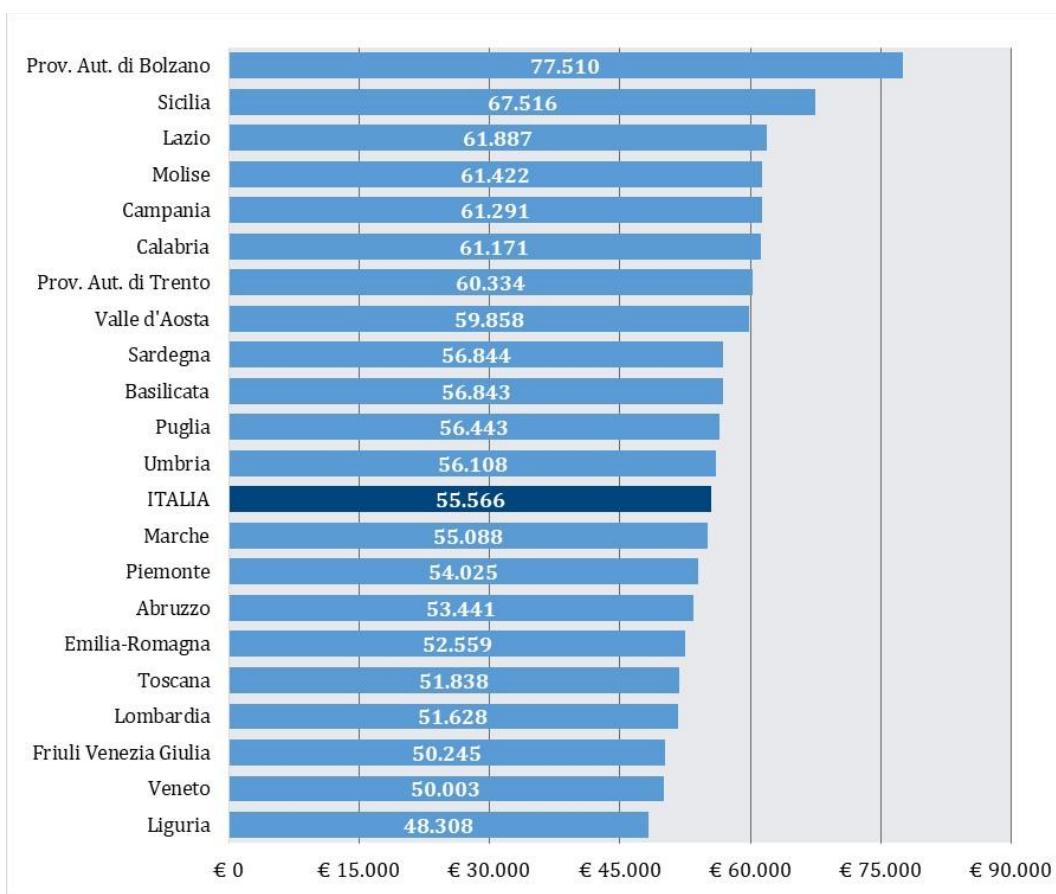


Figura 7.33. Spesa per unità di personale dipendente del SSN
(dati CA-RGS, 2023)

Mettendo in relazione il numero di dipendenti del SSN per 1.000 abitanti con la spesa per unità di personale dipendente, si ottiene un indicatore inedito che restituisce informazioni di grande interesse (figura 7.34):

- Nel quadrante in alto a sinistra si collocano le Regioni con una spesa per unità di personale inferiore alla media nazionale, ma con una dotazione superiore di unità di personale per 1.000 abitanti superiore. In questo quadrante si collocano le tre Regioni con i punteggi LEA più elevati: Emilia-Romagna, Veneto, Toscana.
- Nel quadrante in basso a destra si posizionano le Regioni con una spesa per unità di personale superiore alla media nazionale, ma con una dotazione inferiore di personale per 1.000 abitanti. Vi rientrano tutte le Regioni in Piano di rientro o commissariate (Calabria, Molise), con l'unica eccezione dell'Abruzzo.
- Nel quadrante in alto a destra si collocano le Regioni che presentano valori superiori alla media nazionale sia per spesa per unità di personale sia per unità di personale per 1.000 abitanti: quattro sono Regioni a statuto speciale e due (Basilicata e Umbria) sono Regioni di piccole dimensioni. La posizione della Provincia autonoma di Bolzano è verosimilmente motivata dalle elevate retribuzioni legate all'indennità del bilinguismo.
- Nel quadrante in basso a sinistra si colloca solo la Lombardia, dove sia la spesa per unità di personale, sia le unità di personale per 1.000 abitanti risultano inferiori alla media nazionale: un dato che evidenzia in maniera inequivocabile il disinvestimento nel personale del SSN.

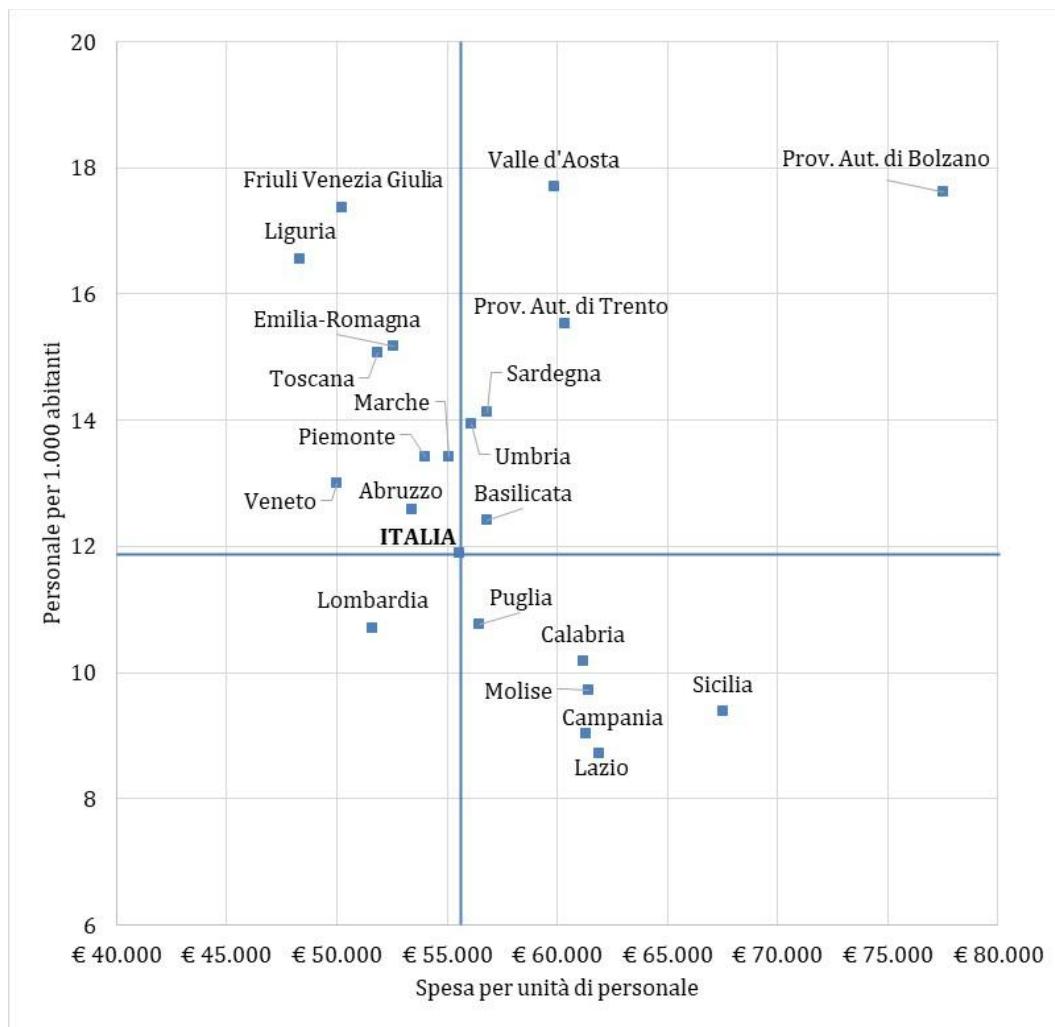


Figura 7.34. Personale dipendente del SSN per 1.000 abitanti e spesa per unità di personale
(Dati CA-RGS, 2023)

È evidente che tali differenze riflettono politiche diverse nella gestione del personale, nella riorganizzazione dei servizi sanitari e nell'applicazione dei tetti di spesa: l'ottimizzazione della spesa pubblica per il personale sanitario è stata infatti gestita in modo molto eterogeneo dalle Regioni. Non a caso, quelle più virtuose nell'erogazione dei LEA registrano una spesa per unità di personale dipendente più contenuta. Un risultato verosimilmente attribuibile sia alla riduzione delle posizioni apicali, sia ad un più elevato rapporto professioni sanitarie/medici, che consente di contenere i costi garantendo al tempo stesso una maggiore forza lavoro per l'erogazione dell'assistenza sanitaria.

7.5.2. Personale convenzionato

La quota di spesa sanitaria pubblica destinata all'assistenza medico-generica da convenzione (medici di famiglia, pediatri di libera scelta e specialisti ambulatoriali) è scesa dal 6,2% nel 2012 al 5,3% nel 2024 (figura 7.35).

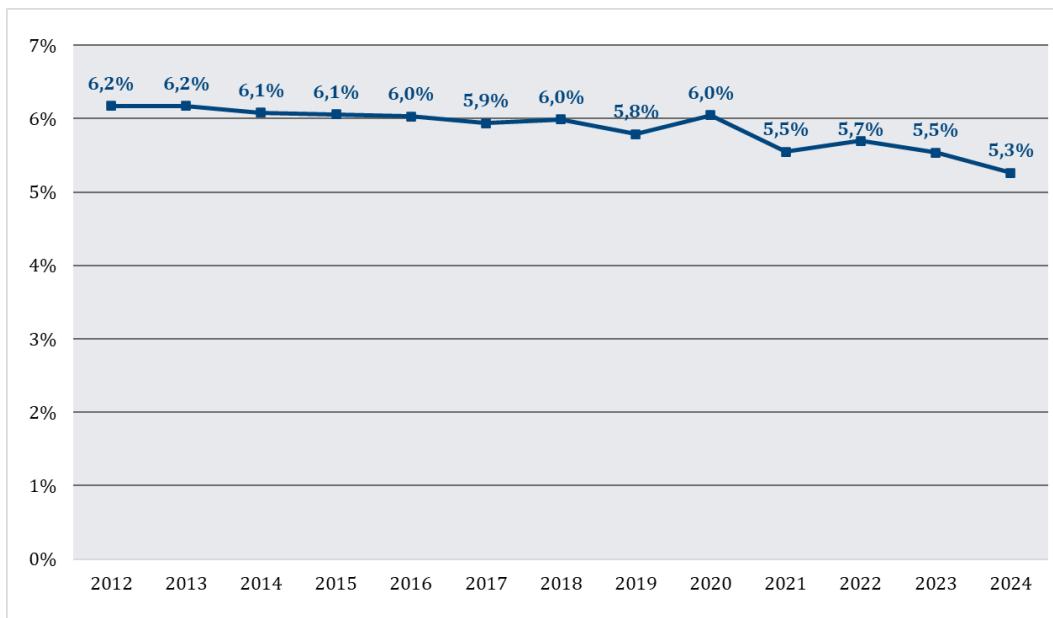


Figura 7.35. Spesa sanitaria per personale convenzionato
(dati ISTAT, percentuale sul totale della spesa sanitaria)

Se la quota di spesa per il personale convenzionato fosse rimasta ai livelli del 2012 (6,2%), negli ultimi 12 anni il personale convenzionato non avrebbe perso € 4,96 miliardi, di cui € 3,67 miliardi tra il 2020 e il 2024 (figura 7.36).

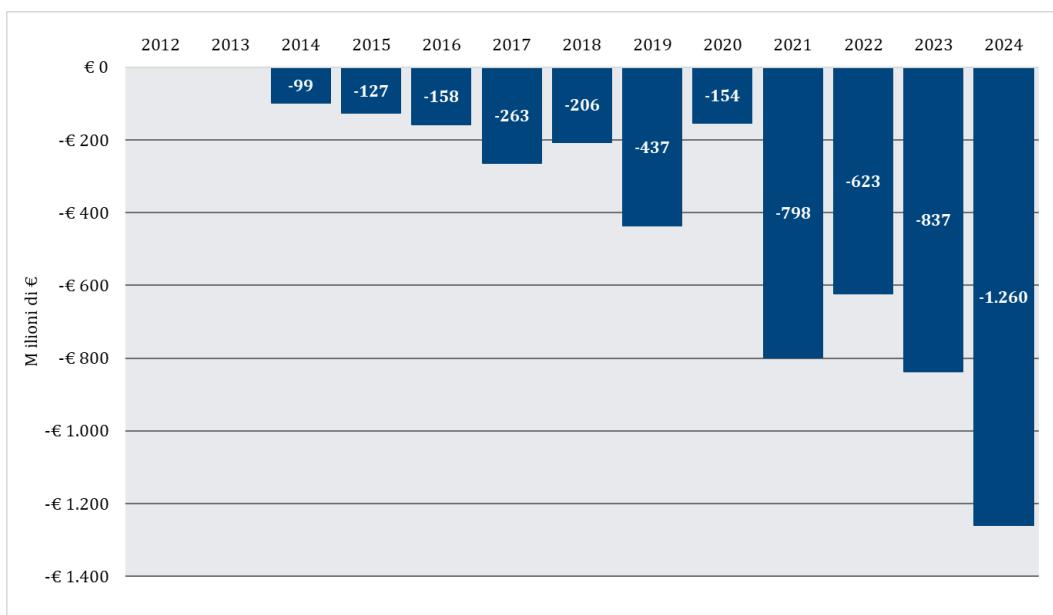


Figura 7.36. Riduzione assoluta della spesa sanitaria per il personale convenzionato parametrando al 6,2% della spesa sanitaria totale
(elaborazione GIMBE su dati ISTAT)

7.5.3. Fornitura di personale sanitario (c.d. “gettonisti”)

La carenza di personale sanitario, unita all'impossibilità per le Regioni di incrementare la spesa per il personale dipendente a causa dei tetti di spesa, ha alimentato negli anni il fenomeno dei “gettonisti”: medici, infermieri e altri professionisti sanitari reclutati tramite agenzie di somministrazione del lavoro o cooperative, con costi rendicontati come spese per l'acquisto di beni e servizi. L'Autorità Nazionale Anticorruzione (ANAC) è stata tra i primi soggetti istituzionali a segnalare la criticità legata alla crescente esternalizzazione del personale sanitario. Secondo i dati della Relazione annuale 2024²¹², relativa al periodo 2019-2024, la spesa contabilizzata per contratti e adesioni ad accordi quadro/convenzioni per servizi di fornitura di “gettonisti” era già consistente nel 2019 (€ 183,2 milioni), è cresciuta sensibilmente nel 2021 (€ 283,9 milioni), si è stabilizzata negli anni 2022-2023 e infine è balzata nel 2024 a € 457,5 milioni (figura 7.37).

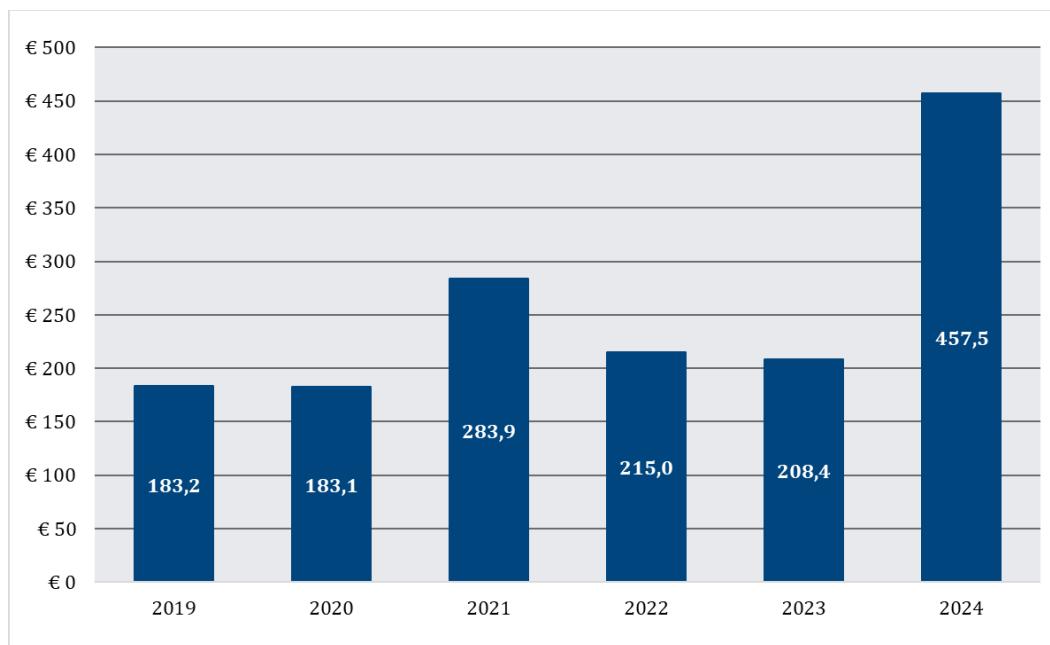


Figura 7.37. Spesa per contratti e adesione ad accordi quadro/convenzioni per servizi di fornitura di personale sanitario (c.d. “gettonisti”)
 (dati ANAC, 2025)

Dei complessivi € 1.531,1 milioni spesi nel periodo 2019-2024, solo il 17,9% è riconducibile a una tipologia di professionista: € 143,7 milioni per i medici e € 129,9 milioni per gli infermieri. Per il rimanente 82,1%, pari a € 1.257,5 milioni, non è invece possibile risalire alla tipologia di professionista richiesto, poiché nei relativi appalti viene utilizzato il codice generico del *Common Procurement Vocabulary* (CPV) europeo riferito a “servizi di fornitura di personale” (figura 7.38).

²¹² Autorità Nazionale Anticorruzione (ANAC), Relazione Annuale 2024. Camera dei Deputati: Roma, 20 maggio 2025. Disponibile a: www.anticorruzione.it/-/relazione.annuale.2025. Ultimo accesso: 30 settembre 2025.

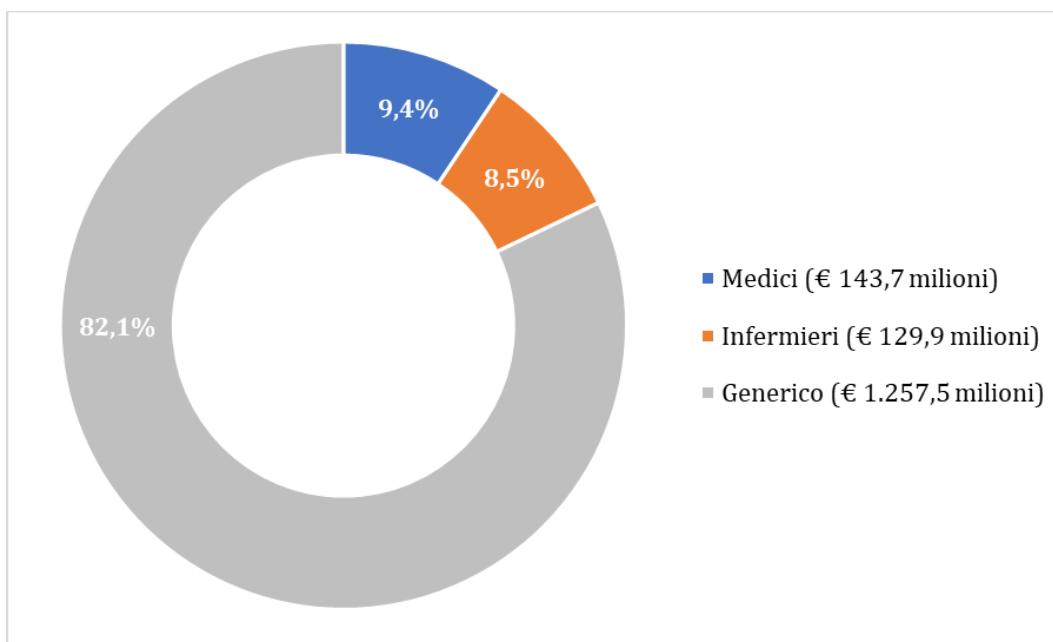


Figura 7.38. Spesa per contratti e adesione ad accordi quadro/convenzioni per servizi di fornitura di personale sanitario per CPV (c.d. "gettonisti")
 (dati ANAC, 2025)

La figura 7.39 riporta il valore dei servizi di fornitura di personale nell'anno 2024 per Regione.

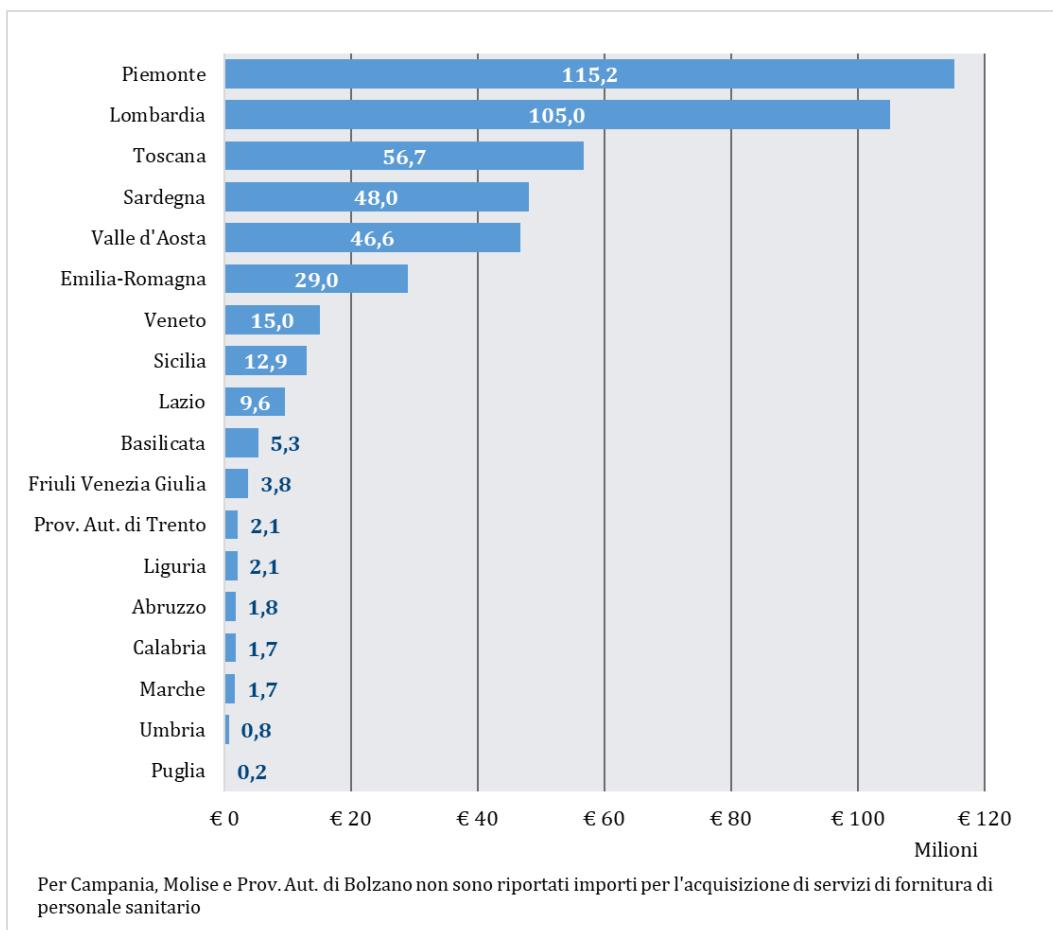


Figura 7.39. Valore dei servizi di fornitura di personale nell'anno 2024
 (dati ANAC, 2025)

Nel 2024 il ricorso ai “gettonisti” risulta molto eterogeneo e concentrato in alcune Regioni del Nord: infatti, Piemonte (€ 115,2 milioni) e Lombardia (€ 105 milioni) assorbono da sole oltre il 48% del valore complessivo dei contratti. Seguono Toscana (€ 56,7 milioni), Sardegna (€ 48 milioni) e Valle d’Aosta (€ 46,6 milioni), che insieme rappresentano un ulteriore 33%. Il rimanente 18,8% si distribuisce tra altre 13 Regioni, mentre in Campania, Provincia autonoma di Bolzano e Molise non risultano importi per la fornitura di personale sanitario.

Dal 31 luglio 2025, in attuazione del DM 17 giugno 2024, vige per gli enti del SSN il divieto di stipulare nuovi contratti con i “gettonisti”, mentre quelli già attivi sono stati mantenuti fino alla loro naturale scadenza. Se da un lato lo stop ai “gettonisti” risponde al lodevole obiettivo di superare una distorsione nella gestione delle risorse umane, dall’altro apre a criticità significative. Senza interventi efficaci per restituire attrattività al SSN e trattenere i professionisti in servizio, la copertura dei turni rischia di diventare un problema non indifferente, soprattutto in alcune specialità (*emergenza-urgenza in primis*), nelle aree geografiche più decentrate e in determinati periodi dell’anno: l’autunno-inverno per l’aumento dei ricoveri e l'estate con la riduzione degli organici per le ferie. Un rischio che i Direttori Generali delle Aziende sanitarie non possono permettersi, perché significherebbe lasciare scoperti servizi essenziali con rischi per i pazienti e possibili ricadute legali legate alle loro responsabilità.

7.6. Considerazioni conclusive

Dalle analisi effettuate si possono trarre le seguenti considerazioni:

- Le fonti disponibili presentano diverse criticità. Innanzitutto, non consentono un’analisi univoca, sistematica e tempestiva della reale “forza lavoro” del SSN, impegnata nell’erogazione dei LEA e composta da personale dipendente delle strutture pubbliche e assimilate, personale convenzionato (MMG, PLS e specialisti ambulatoriali) e dipendenti delle strutture private accreditate. Inoltre, poiché i dati più aggiornati si fermano al 2023, è impossibile fotografare accuratamente un contesto in rapida e imprevedibile evoluzione. Infine, la mancata pubblicazione al 30 settembre 2025 del Report del Ministero della Salute sul personale sanitario e dei dati ISTAT sul personale sanitario ostacola ulteriormente una ricostruzione completa e analitica.
- Le dinamiche che hanno portato negli anni alla crisi del personale sanitario possono distinguersi in due fasi principali. Dal 2010 al 2019, tagli al SSN e sottofinanziamento cronico hanno determinato una forte contrazione degli investimenti sul personale sanitario dipendente, tramite tetti di spesa, blocco delle assunzioni e mancati rinnovi contrattuali. Inoltre, l’assenza di una programmazione adeguata e di sufficienti borse di studio per specialisti e MMG ha aggravato progressivamente la carenza di professionisti sanitari, in particolare nelle Regioni in Piano di rientro. Dopo la pandemia, si è slatentizzata una crisi motivazionale latente: oggi sempre più giovani disertano corsi di laurea e specializzazioni mediche meno attrattive, non riuscendo a compensare i pensionamenti previsti, mentre burnout, demotivazione e condizioni di lavoro difficili alimentano l’abbandono del SSN e la ricerca di soluzioni professionali più retributive, meno stressanti, più compatibili con la vita privata. Dinamiche che, se da un lato riducono la forza lavoro della sanità pubblica, dall’altro peggiorano qualità e sicurezza del lavoro di chi rimane in servizio ed è spesso costretto a turni massacranti in condizioni di carenza di organico. Inoltre, l’aumento dei casi

di violenza fisica e verbale ai danni del personale sanitario, soprattutto nei pronto soccorso, ha ulteriormente compromesso la sicurezza e le condizioni di lavoro. Il peso della burocrazia e la scarsa digitalizzazione, infine, complicano il lavoro quotidiano dei professionisti sanitari, alimentando inefficienze e frustrazione.

- Nel periodo della pandemia e, soprattutto, negli anni successivi i dati raccolti da organizzazioni sindacali e di categoria documentano un progressivo abbandono del SSN. L'ONAOSI ha riportato che, tra il 2019 e il 2022, il SSN ha perso oltre 11.000 medici per licenziamenti o conclusione di contratti a tempo determinato, con un trend in crescita dal 2020 al 2022²¹³. Secondo l'ANAAO, fino al 2027 si potrà ancora parlare di una carenza di specialisti negli ospedali del SSN stimata in circa 20-25.000 unità²¹⁴. Secondo la FNOPI, dal 2022 al 2022, oltre 33 mila infermieri si sono cancellati dall'albo: 11.589 nel 2022, 11.282 nel 2023, 10.230 nel 2024²¹⁵; sebbene non sia nota la percentuale di dipendenti pubblici, la portata del fenomeno con numeri che dal 2021 non scendono sotto le 10 mila unità rappresenta un ulteriore segnale di abbandono della professione infermieristica. Secondo il sindacato NursingUp, il 2024 ha registrato un esodo di oltre 20 mila infermieri, ostetriche e professionisti dell'assistenza: un livello mai raggiunto e più che raddoppiato rispetto alle 8.500 dimissioni del 2023²¹⁶. Riguardo le opportunità di carriera all'estero, l'Associazione Medici di origine Straniera in Italia (AMSI) segnala che, tra il 1° gennaio 2023 e il 31 ottobre 2024, oltre 14 mila professionisti sanitari hanno avanzato richiesta ufficiale per conoscere modalità e opportunità di lavoro all'estero: di questi, il 54% sono medici, il 31% infermieri, il 10% fisioterapisti e il 5% altri professionisti (podologi, logopedisti, psicologi, dietisti, tecnici)²¹⁷.
- In assenza di uno standard definito per il fabbisogno di personale e in attesa della "metodologia Agenas" ai sensi del DL 73/2024, l'unico indicatore disponibile resta il numero di professionisti sanitari per 1.000 abitanti. A fronte del dato nazionale (1,85 medici e 4,7 infermieri), emergono marcate differenze a livello regionale, soprattutto sul fronte infermieristico, maggiormente sacrificato nelle Regioni sottoposte a Piano di rientro.
- I benchmark internazionali relativi a medici e infermieri, basati sui dati OCSE, si riferiscono al numero totale di professionisti (dalla laurea al pensionamento), indipendentemente dal loro effettivo impiego nel SSN. Il nostro Paese si colloca al di sopra della media OCSE per numero di medici, ma ben al di sotto per unità di personale infermieristico, risultando così tra i paesi con il più basso rapporto infermieri/medici in Europa.
- Benchmark internazionali e analisi nazionali confermano una grave carenza di personale infermieristico, in particolare nelle Regioni in Piano di rientro, oltre a un rilevante divario tra il numero complessivo di medici attivi e quelli realmente ascrivibili alla "forza lavoro" del SSN. Considerato che anche il numero di nuovi medici rimane superiore alla media OCSE, la priorità non è aumentare i posti al Corso di Laurea in Medicina e Chirurgia, ma rendere più attrattivo il lavoro nel SSN. Sul fronte infermieristico, invece, i dati confermano

²¹³ Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali. Il Personale del Servizio Sanitario Nazionale: pag. 6. Disponibile a: www.agenas.gov.it/images/agenas/personale/PersonaleSSN_marzo_2023.pdf. Ultimo accesso: 30 settembre 2025.

²¹⁴ Studio Anaaos Assomed. Dalla carenza di specialisti alla pletora medica: tra 5 anni, 60 mila camici bianchi in cerca di lavoro. Subito un piano di assunzioni. 3 marzo 2025. Disponibile a:

[www.anaaos.it/public/aaa_3934006_studio_marzo2025\(revisione\)\[1\].pdf](http://www.anaaos.it/public/aaa_3934006_studio_marzo2025(revisione)[1].pdf). Ultimo accesso: 30 settembre 2025.

²¹⁵ Federazione Nazionale Ordini Professioni Mediche (FNOPI). DataCorner, la sezione si arricchisce di nuovi dati e analisi. Roma, 21 agosto 2025. Disponibile a: www.fnopi.it/2025/08/21/datacorner-nuovi-dati/. Ultimo accesso: 30 settembre 2025.

²¹⁶ Nurse24.it. Articolo: Esodo dal Nord e dalla Sanità Pubblica: "Nel 2024 in fuga 20mila infermieri". 7 aprile 2025. Disponibile a: www.nurse24.it/infermiere/attualita-infermieri/infermieri-dimissioni-sanita-pubblica-nursing-up.html. Ultimo accesso: 30 settembre 2025.

²¹⁷ La Stampa. Articolo: Medici, la grande fuga: oltre 14 mila tra dottori e infermieri pronti a trasferirsi all'estero. Disponibile a: www.lastampa.it/cronaca/2024/12/22/news/medici_infermieri_fuga_estero-14901111. Ultimo accesso: 30 settembre 2025.

una crescente disaffezione dei giovani: per l'anno accademico 2025-2026 sono state presentate 18.790 domande a fronte di 20.409 posti disponibili²¹⁸.

- Le carenze di personale medico, oltre a quelle nella medicina di famiglia, interessano specialità di cruciale importanza per il funzionamento della sanità pubblica, ma poco attrattive per i giovani medici: medicina d'emergenza-urgenza, chirurgia toracica, medicina nucleare, medicina e cure palliative; particolarmente critiche sono quelle che risultano al di sotto del 40% delle assegnazioni: medicina di comunità e delle cure primarie, radioterapia, patologia clinica e biochimica clinica, farmacologia e tossicologia clinica, microbiologia. In assenza di interventi straordinari, questi settori nei prossimi anni andranno incontro a difficoltà crescenti dovute alla carenza di personale.
- Il DL 73/2024, convertito con modificazioni dalla L. 107/2024 (cd. Decreto Liste di attesa), ha previsto l'abolizione del tetto di spesa per il personale sanitario, subordinandola a tre condizioni: l'adozione, tramite uno o più decreti attuativi, di una metodologia definita da Agenas per calcolare il fabbisogno di personale del SSN; l'applicazione dei decreti entro i limiti del FSN e nel rispetto dell'equilibrio economico regionale; la predisposizione da parte delle Regioni di piani triennali dei fabbisogni, da approvare con decreto del Ministero della Salute, di concerto con il MEF e previa intesa in Conferenza Stato-Regioni, al fine di verificarne la sostenibilità finanziaria. In sostanza, ogni Regione deve dimostrare di avere un'organizzazione dei servizi coerente con i nuovi criteri e, al tempo stesso, la capacità di sostenerne i costi. Ad oggi, però, i decreti attuativi previsti dal DL 73/2024 non sono stati emanati e, di conseguenza, la metodologia Agenas non è ancora stata completata. Alla luce delle altre due condizioni, senza un consistente rilancio del finanziamento pubblico l'abolizione del tetto di spesa per il personale sanitario appare un obiettivo fuori tempo massimo, in un contesto già segnato dalla crescente demotivazione dei professionisti e dal progressivo abbandono del SSN.

In conclusione, la crisi del personale sanitario è una priorità cruciale per la sostenibilità del SSN. Liste di attesa interminabili, pronto soccorso affollati, impossibilità di trovare un medico di famiglia hanno un comune denominatore: la carenza di professionisti sanitari, la loro disaffezione e il progressivo abbandono del SSN. Ecco perché il Piano di Rilancio del SSN (§10) prevede di *"rilanciare le politiche sul capitale umano per valorizzare la colonna portante della sanità pubblica e rendere nuovamente attrattiva la carriera nel SSN, innovando i processi di formazione e valutazione delle competenze"*. Perché senza interventi strutturali sui professionisti il SSN non potrà più essere in grado di garantire universalmente il diritto alla tutela della salute.

²¹⁸ Quotidiano Sanità. Articolo: Infermieri. Nursing Up: "Domande in calo, pensionamenti record e formazione insufficiente, un disastro annunciato". Disponibile a: www.quotidianosanita.it/lavoro-e-professioni/articolo.php?articolo_id=131985. Ultimo accesso: 30 settembre 2025.

CAPITOLO 8

La Missione Salute del PNRR

Il Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza²¹⁹ (PNRR) si articola in 16 Componenti, organizzate in 6 Missioni. Presentato alla Commissione Europea il 30 aprile 2021 e formalmente approvato il 13 luglio 2021, il PNRR (denominato “Italia Domani”) assegna all’Italia un finanziamento di € 191,5 miliardi tra sovvenzioni e prestiti. Alla Missione 6 Salute sono destinati € 15,63 miliardi, pari all’8,16% del totale (figura 8.1).

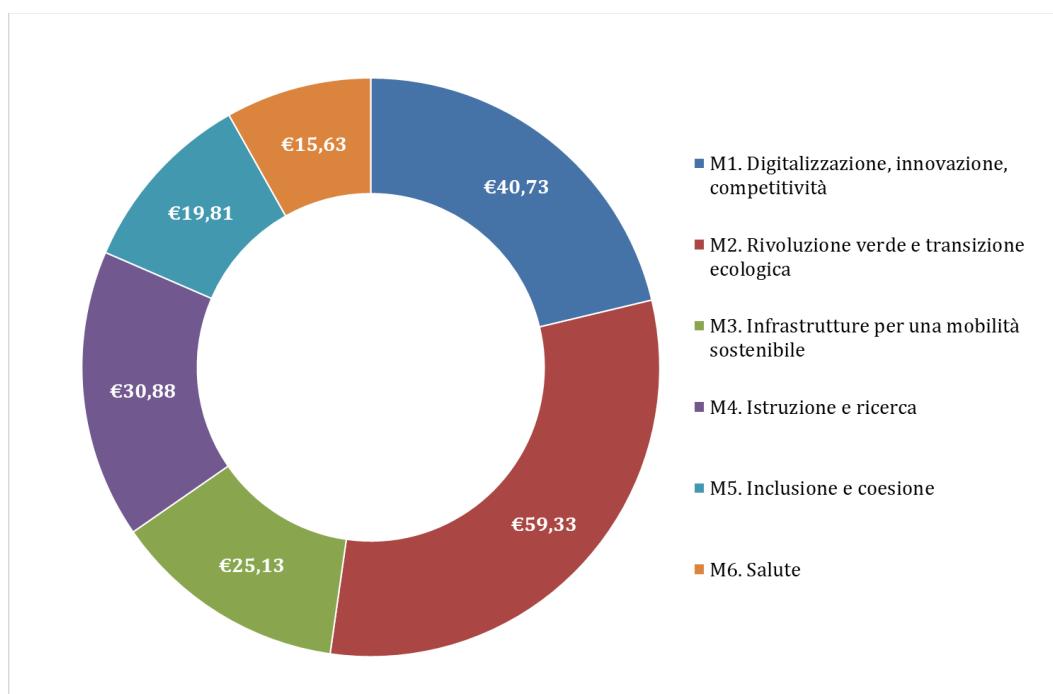


Figura 8.1. Missioni e risorse del PNRR (dati in miliardi di €)

Ai € 15,63 miliardi della Missione Salute si aggiungono ulteriori risorse che portano il totale a € 20,9 miliardi (tabella 8.1). In dettaglio:

- € 2,89 miliardi provengono dal Piano Nazionale per gli investimenti Complementari (PNC), istituito dal Governo per integrare e potenziare i contenuti del PNRR. Di questi € 2,39 miliardi sono assegnati al Ministero della Salute²²⁰ con le seguenti destinazioni:
 - € 500 milioni per il capitolo “Salute, ambiente, biodiversità e clima”;
 - € 1,45 miliardi per il programma “Verso un nuovo ospedale sicuro e sostenibile”;
 - € 437 milioni per l’ecosistema innovativo della salute.

Gli altri € 500 milioni sono destinati al Ministero dell’Università per iniziative di ricerca su tecnologie e percorsi innovativi in ambito sanitario e assistenziale²²¹.

²¹⁹ Governo Italiano. Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza “Italia Domani”. Disponibile a: www.italiadomani.gov.it/content/dam/sogei-ng/documents/PNRR%20Aggiornato.pdf. Ultimo accesso: 30 settembre 2025.

²²⁰ Ministero della Salute. Piano nazionale di ripresa e resilienza. Cos’è la Missione Salute. Aprile 2022. Disponibile a: www.pnrr.salute.gov.it/portale/pnrrsalute/detttaglioContenutiPNRSSalute.jsp?lingua=italiano&id=5833&area=PNRR-Salute&menu=missionesalute. Ultimo accesso: 30 settembre 2025.

²²¹ Ministero dell’Università e della Ricerca. Piano nazionale complementare. Disponibile a: www.mur.gov.it/it/aree-tematiche/ricerca/pnc-piano-nazionale-complementare. Ultimo accesso: 30 settembre 2025.

- € 1,71 miliardi provengono dal *Recovery Assistance for Cohesion and the Territories of Europe* (REACT-EU)²²², linea di finanziamento dell'Unione Europea per sostenere la ripresa negli Stati membri dopo la pandemia di COVID-19, di cui:
 - € 1,1 miliardi per le spese straordinarie relative all'assunzione a tempo determinato di personale sanitario impegnato nel contrasto della pandemia;
 - € 400 milioni per l'acquisto di vaccini anti-SARS-CoV-2 e di farmaci per la cura dei pazienti con COVID-19;
 - € 210 milioni per l'aumento dei contratti di formazione dei medici specializzandi.
- € 625 milioni sono destinati al Programma Nazionale Equità nella Salute¹⁷⁴, finanziato dal programma di coesione dell'UE volto a potenziare la salute in 7 Regioni del Mezzogiorno.

Investimento	Miliardi
Missione Salute	€ 15,63
Componente 1	€ 7,75
Componente 2	€ 7,88
Piano Nazionale per gli investimenti Complementari (PNC)	€ 2,89
Programma "Salute, ambiente, biodiversità e clima" ^a	€ 0,50
Programma "Verso un nuovo ospedale sicuro e sostenibile" ^a	€ 1,45
Ecosistema innovativo della salute ^a	€ 0,44
Ricerca per tecnologie e percorsi innovativi in ambito sanitario e assistenziale ^b	€ 0,50
Recovery Assistance for Cohesion and the Territories of Europe (REACT-EU)	€ 1,71
Spese straordinarie relative all'assunzione a tempo determinato di personale sanitario impegnato nel contrasto della pandemia	€ 1,10
Acquisto di vaccini anti SARS-CoV-2 e di farmaci per la cura dei pazienti con COVID-19	€ 0,40
Aumento dei contratti di formazione dei medici specializzandi	€ 0,21
Programma Nazionale Equità nella Salute destinato a potenziare la salute in 7 Regioni del Mezzogiorno	€ 0,63
TOTALE	€ 20,90

^aMinistero della Salute – ^bMinistero dell'Università e della Ricerca

Tabella 8.1. Risorse del PNRR e altri finanziamenti nazionali ed europei

Infine, altre tre missioni del PNRR prevedono interventi e investimenti destinati a digitalizzazione della sanità, ricerca biomedica, servizi socio-sanitari e welfare:

- **Missione 1:** € 500 milioni per la digitalizzazione della sanità, oltre a una quota parte di € 2,5 miliardi destinati a infrastrutture digitali, *cloud* e piena interoperabilità dei dati.
- **Missione 4:** € 1,81 miliardi per il Fondo per il Programma Nazionale della Ricerca e i Progetti PRIN per la ricerca biomedica²²³.
- **Missione 5:** € 2,25 miliardi per servizi socio-sanitari e welfare.

²²² Ministero della Salute. Piano nazionale di ripresa e resilienza. Cos'è la Missione Salute. Aprile 2022. Disponibile a: www.pnrr.salute.gov.it/portale/pnrrsalute/detttaglioContenutiPNRRSalute.jsp?lingua=italiano&id=5833&area=PNRR-Salute&menu=missionesalute. Ultimo accesso: 30 settembre 2025.

²²³ Ministero dell'Università e della Ricerca. Dalla ricerca all'impresa. Disponibile a: www.mur.gov.it/it/pnrr/misure-e-componenti/dalla-ricerca-allimpresa. Ultimo accesso: 30 settembre 2025.

8.1. Struttura, obiettivi e scadenze

La Missione 6 Salute si articola in due Componenti:

- M6C1. Reti di prossimità, strutture e telemedicina per l'assistenza sanitaria territoriale
- M6C2. Innovazione, ricerca e digitalizzazione del SSN

Per una più chiara rappresentazione descrittiva e grafica, nel presente Rapporto la Componente 2 viene riportata separatamente per le due linee di investimento:

- 2a. Aggiornamento tecnologico e digitale
- 2b. Formazione, ricerca scientifica e trasferimento tecnologico

Ciascuna Componente include diversi investimenti, spesso articolati in sub-investimenti che possono prevedere ulteriori dettagli di spesa qui non riportati.

L'attuazione del PNRR viene monitorata attraverso milestone e target da raggiungere progressivamente entro il 2026, secondo scadenze definite. In particolare:

- Le **milestone (traguardi)** sono traguardi qualitativi da raggiungere attraverso una riforma o un investimento, concretizzandosi in atti amministrativi e procedurali volti all'attuazione delle diverse misure.
- I **target (obiettivi)** rappresentano risultati quantitativi da raggiungere tramite una riforma o investimento e sono misurati attraverso specifici indicatori.

A loro volta, milestone e target possono avere rilevanza europea (EU) o nazionale (IT): quelli EU devono essere rendicontati periodicamente ai fini del pagamento delle rate (tabelle 8.2, 8.3, 8.4), mentre quelli IT sono step intermedi finalizzati al raggiungimento di quelli EU.

Le sezioni successive (§ 8.1.1. e § 8.1.2.) illustrano obiettivi, investimenti e sub-investimenti delle due Componenti della Missione Salute (figure 8.2, 8.3, 8.4), insieme alle relative scadenze (tabelle 8.2, 8.3, 8.4) così come definite a seguito della rimodulazione approvata dalla Commissione Europea il 24 novembre 2023²²⁴ e presentata dal Governo Italiano nella IV Relazione sullo Stato di Avanzamento del PNRR del 22 febbraio 2024²²⁵.

Le modifiche introdotte da tale rimodulazione rispetto alla versione originaria della Missione Salute sono analizzate nel paragrafo § 8.2. Per ulteriori approfondimenti sulla versione originaria della Missione Salute si rimanda al 6° Rapporto GIMBE sul Servizio Sanitario Nazionale²²⁶.

²²⁴ European Commission. Annex to the Proposal for a Council implementing decision. 24 novembre 2023. Disponibile a: https://commission.europa.eu/system/files/2023-11/COM_2023_765_1_EN_annexe_proposition_cp_part1_v3.pdf. Ultimo accesso: 30 settembre 2025.

²²⁵ Presidenza del Consiglio dei Ministri. Quarta relazione sullo stato di attuazione del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza. 22 febbraio 2024. Disponibile a: <https://temi.camera.it/leg19/pnrr/pnrrItalia/OCD57-4/l-attuazione-del-pnrr.html>. Ultimo accesso: 30 settembre 2025.

²²⁶ 6° Rapporto GIMBE sul Servizio Sanitario Nazionale. La Missione Salute del PNRR: pagg. 129-151. Fondazione GIMBE: Bologna, 10 ottobre 2023. Disponibile a: www.salviamo-ssn.it/attività/rapporto/6-rapporto-gimbe/download.it-IT.html. Ultimo accesso: 30 settembre 2025.

8.1.1. Componente 1. Reti di prossimità, strutture e telemedicina per l'assistenza sanitaria territoriale

La Componente 1 si pone i seguenti obiettivi generali:

- Potenziare il SSN, allineando i servizi ai bisogni delle comunità e dei pazienti, anche alla luce delle criticità emerse durante l'emergenza pandemica
- Rafforzare le strutture e i servizi sanitari di prossimità e i servizi domiciliari
- Sviluppare la telemedicina e superare la frammentazione e la mancanza di omogeneità dei servizi sanitari offerti sul territorio
- Sviluppare soluzioni di telemedicina avanzate a sostegno dell'assistenza domiciliare

Per il raggiungimento di tali obiettivi la Componente 1 prevede la “Riforma dell'assistenza sanitaria territoriale e rete nazionale della salute, ambiente e clima” e tre investimenti per un totale di € 7,75 miliardi (figura 8.2):

- 1.1. Case della Comunità e presa in carico della persona (€ 2 miliardi)
- 1.2. Casa come primo luogo di cura e telemedicina (€ 4,75 miliardi), articolato in 3 sub-investimenti
- 1.3. Rafforzamento dell'assistenza sanitaria intermedia e delle sue strutture: Ospedali di Comunità (€ 1 miliardo)

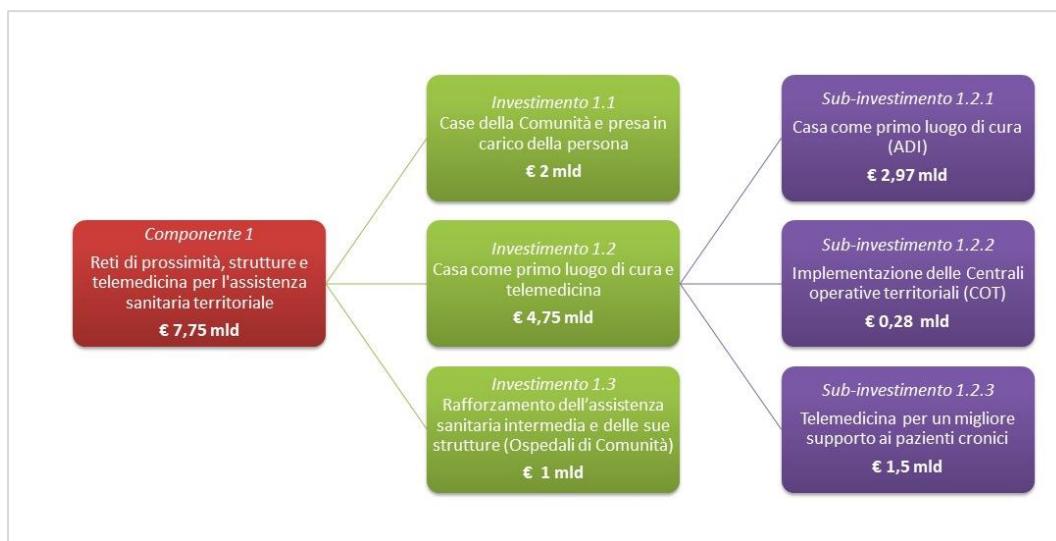


Figura 8.2. Missione Salute: investimenti e sub-investimenti della Componente 1

La tabella 8.2 riporta milestone (M) e target (T) della Componente 1 con le relative scadenze europee. Le caselle verdi identificano gli obiettivi già raggiunti.

Riforma 1. Definizione di un nuovo modello organizzativo della rete di assistenza sanitaria territoriale							
N°	M/T	Descrizione	2022	2023	2024	2025	2026
M6C1-1	M	Entrata in vigore del decreto ministeriale che prevede la riforma dell'organizzazione dell'assistenza sanitaria	30/06				

Investimento 1.1. Case della Comunità e presa in carico della persona							
N°	M/T	Descrizione	2022	2023	2024	2025	2026
M6C1-2	M	Approvazione di un Contratto istituzionale di sviluppo	30/06				
M6C1-3	T	Almeno 1.038 Case della Comunità messe a disposizione e dotate di attrezzature tecnologiche					30/06

Investimento 1.2. Casa come primo luogo di cura e telemedicina							
N°	M/T	Descrizione	2022	2023	2024	2025	2026
M6C1-4	M	Approvazione delle linee guida contenenti il modello digitale per l'implementazione dell'assistenza domiciliare	30/06				
M6C1-5	M	Approvazione di un Contratto istituzionale di sviluppo	30/06				
M6C1-8	M	Almeno un progetto di telemedicina per Regione (Progetti attuati nella singola Regione o nell'ambito di consorzi tra Regioni)		31/12			
M6C1-7	T	Almeno 480 Centrali Operative Territoriali (COT) pienamente funzionanti			31/12*		
M6C1-9	T	Almeno 300.000 persone assistite con strumenti di telemedicina				31/12	
M6C1-6	T	Almeno 842.000 nuovi pazienti in più che ricevono assistenza domiciliare					30/06

*Scadenza inizialmente fissata al 30/06/2024, poi posticipata con il Piano di rimodulazione del PNRR

Investimento 1.3. Rafforzamento dell'assistenza sanitaria intermedia e delle sue strutture (Ospedali di Comunità)							
N°	M/T	Descrizione	2022	2023	2024	2025	2026
M6C1-10	M	Approvazione di un Contratto istituzionale di sviluppo	30/06				
M6C1-11	T	Almeno 307 Ospedali di Comunità rinnovati, interconnessi e dotati di attrezzature tecnologiche					30/06

Tabella 8.2. Missione Salute: target, milestone e scadenze della Componente 1

8.1.2. Componente 2. Innovazione, ricerca e digitalizzazione del servizio sanitario nazionale

La Componente 2 si pone i seguenti obiettivi generali:

- Sviluppare una sanità pubblica che valorizzi gli investimenti nel sistema salute in termini di risorse umane, digitali, strutturali, strumentali e tecnologici
- Rafforzare la ricerca scientifica in ambito biomedico e sanitario
- Potenziare e innovare la struttura tecnologica e digitale del SSN a livello centrale e regionale, al fine di garantire un'evoluzione significativa delle modalità di assistenza sanitaria, migliorando la qualità e la tempestività delle cure, valorizzando il ruolo del paziente come parte attiva del processo clinico-assistenziale e garantendo una maggiore capacità di governance e programmazione sanitaria guidata dalla analisi dei dati, nel pieno rispetto della sicurezza e della tutela dei dati e delle informazioni

Per il raggiungimento di tali obiettivi la Componente 2 prevede la riforma “Revisione e aggiornamento dell’assetto regolamentare degli Istituti di ricovero e cura a carattere scientifico (IRCCS) e delle politiche di ricerca del Ministero della Salute” e cinque investimenti per un totale di € 7,89 miliardi.

Componente 2a. Tre investimenti sono relativi alla Componente 2a Aggiornamento tecnologico e digitale (figura 8.3):

- 1.1 Ammodernamento del parco tecnologico e digitale ospedaliero (€ 4,05 miliardi), articolato in due sub-investimenti. Rispetto alla versione originaria, il potenziamento della dotazione di posti letto di terapia intensiva e semi-intensiva, inizialmente previsto come sub-investimento autonomo, è stato ricondotto a quello della digitalizzazione
- 1.2 Verso un ospedale sicuro e sostenibile (€ 0,89 miliardi)
- 1.3 Rafforzamento infrastruttura tecnologica e strumenti per raccolta, elaborazione, analisi dati e simulazione (€ 1,67 miliardi), articolato in due sub-investimenti



Figura 8.3. Missione Salute: investimenti e sub-investimenti della Componente 2a

La tabella 8.3 riporta milestone e target della Componente 2a con le relative scadenze europee. Le caselle verdi indicano gli obiettivi già raggiunti.

Riforma 1. Revisione e aggiornamento dell'assetto regolamentare degli Istituti di ricovero e cura a carattere scientifico (IRCCS) e delle politiche di ricerca del Ministero della Salute							
N°	M/T	Descrizione	2022	2023	2024	2025	2026
M6C2-1	M	Entrata in vigore del decreto legislativo sul riordino della disciplina degli IRCCS	31/12				

Investimento 1.1. Ammodernamento del parco tecnologico e digitale ospedaliero							
N°	M/T	Descrizione	2021	2022	2023	2024	2025
M6C2-4	M	Piano di riorganizzazione approvato dal Ministero della Salute/Regioni	31/12				
M6C2-5	M	Approvazione di un Contratto istituzionale di sviluppo		30/06			
M6C2-7	M	Aggiudicazione di tutti gli appalti pubblici		31/12			
M6C2-8	T	Digitalizzazione di 280 strutture ospedaliere sede di DEA di I e II livello				31/12	
M6C2-6	T	Operatività di almeno 3.100 grandi apparecchiature sanitarie					30/06*
M6C2-9	T	Attivazione di 2.692 posti letto di terapia intensiva e 3.230 di semi-intensiva					30/06

*Scadenza inizialmente fissata al 31/12/2024, poi posticipata con il Piano di rimodulazione del PNRR

Investimento 1.2. Verso un ospedale sicuro e sostenibile						
N°	M/T	Descrizione	2022	2023	2024	2025
M6C2-10	T	Completamento di almeno 84 interventi antisismici nelle strutture ospedaliere				30/06
M6C2-10-BIS	T	Erogazione di risorse RRF per i progetti ex art. 20 L. 67/1988				30/06

Investimento 1.3. Rafforzamento dell'infrastruttura tecnologica e degli strumenti per la raccolta, l'elaborazione, l'analisi dei dati e la simulazione						
N°	M/T	Descrizione	2022	2023	2024	2025
M6C2-11	T	Almeno l'85% dei medici di base alimentano il Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE)				31/12
M6C2-12	M	Sistema della tessera di assicurazione malattia e infrastruttura per l'interoperabilità del FSE pienamente operativi				30/06
M6C2-13	T	Tutte le Regioni adottano e utilizzano il FSE				30/06

Tabella 8.3. Missione Salute: target, milestone e scadenze della Componente 2a

Componente 2b. La Componente 2b Formazione, ricerca scientifica e trasferimento tecnologico prevede due investimenti (figura 8.4):

- 2.1. Valorizzazione e potenziamento della ricerca biomedica del SSN (€ 0,52 miliardi), articolato in tre sub-investimenti
- 2.2. Sviluppo competenze tecnico-professionali, digitali e manageriali del personale SSN (€ 0,74 miliardi), articolato in quattro sub-investimenti

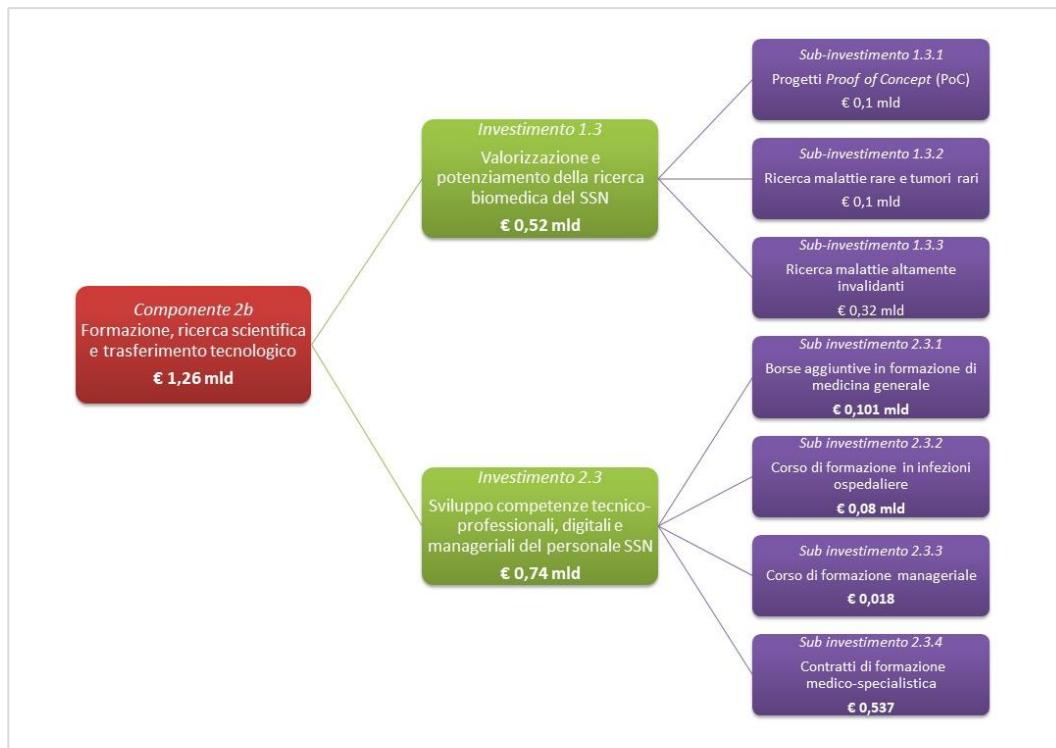


Figura 8.4. Missione 6: investimenti e sub-investimenti della Componente 2b

La tabella 8.4 riporta milestone e target della Componente 2b con le relative scadenze europee. Le caselle verdi indicano gli obiettivi già raggiunti.

Investimento 2.1. Valorizzazione e potenziamento della ricerca biomedica del SSN						
N°	M/T	Descrizione	2022	2023	2024	2025
M6C2-2	T	Assegnazione risorse ai 100 progetti di ricerca su tumori rari e malattie rare				30/06*
M6C2-3	T	Assegnazione risorse ai 324 progetti di ricerca sulle malattie altamente invalidanti				30/06*

*Scadenze inizialmente fissate al 31/12/2025, poi anticipate a seguito di revisione del Piano

Investimento 2.2. Sviluppo delle competenze tecniche, professionali, digitali e manageriali del personale del sistema sanitario						
N°	M/T	Descrizione	2022	2023	2024	2025
M6C2-14	T	Assegnazione di 1.800 borse di studio per corsi specifici di medicina generale		30/06		
M6C2-15	T	Assegnazione di ulteriori 2.700 borse di studio per corsi specifici di medicina generale			30/06	
M6C2-16	T	Formazione per l'acquisizione di competenze e abilità di management e digitali per 4.500 professionisti del SSN				30/06
M6C2-17	T	Finanziamento di 4.200 contratti di formazione medica specialistica				30/06

Nota: per il corso di formazione sulle infezioni ospedaliere non è previsto alcun target EU

Tabella 8.4. Missione Salute: target, milestone e scadenze della Componente 2b

Rimandando a documenti normativi e analisi istituzionali per ulteriori approfondimenti sulla Missione Salute del PNRR, vengono di seguito esaminati gli aspetti monitorati dall'Osservatorio GIMBE: rimodulazione, stato di avanzamento e criticità di implementazione.

8.2. Rimodulazione della Missione Salute

La IV Relazione sullo Stato di Attuazione del PNRR²²⁷, pubblicata il 22 febbraio 2024, ha riportato le variazioni rispetto al piano originario approvate dalla Commissione Europea il 24 novembre 2023²²⁸. Nelle sezioni successive sono illustrate le rimodulazioni approvate, distinte in tre categorie:

- Finanziarie: ridistribuzione di risorse tra la Componente 1 e la Componente 2
- Quantitative: rimodulazioni del numero di strutture/interventi da realizzare
- Temporali: differimento delle scadenze

²²⁷ Presidenza del Consiglio dei Ministri. Quarta relazione sullo stato di attuazione del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza. 22 febbraio 2024. Disponibile a: <https://temi.camera.it/leg19/pnrr/pnrrItalia/OCD57-4/l-attuazione-del-pnrr.html>. Ultimo accesso: 30 settembre 2025.

²²⁸ European Commission. Annex to the Proposal for a Council implementing decision. 24 novembre 2023. Disponibile a: https://commission.europa.eu/system/files/2023-11/COM_2023_765_1_EN_annexe_proposition_cp_part1_v3.pdf. Ultimo accesso: 30 settembre 2025.

8.2.1. Rimodulazioni finanziarie

La dotazione finanziaria della Missione 6 è rimasta invariata rispetto al piano originario (€ 15,63 miliardi). La rimodulazione si è limitata a ridistribuire € 750 milioni dalla Componente 2 alla Componente 1 (tabella 8.5): in particolare, sono stati potenziati i nuovi progetti per l'assistenza domiciliare (+€ 250 milioni) e la telemedicina (+€ 500 milioni). La riduzione di € 750 milioni ha riguardato i progetti della Componente 2, a valere sulle risorse già destinate a progetti di edilizia sanitaria, con la contestuale definizione di un nuovo obiettivo (M6C2 – 10 bis).

Componente	Finanziamento originale	Nuovo finanziamento	Differenza
M6C1	€ 7,00 miliardi	€ 7,75 miliardi	+€ 750 milioni
M6C2	€ 8,63 miliardi	€ 7,88 miliardi	-€ 750 milioni

Tabella 8.5. Missione 6: rimodulazione del finanziamento

8.2.2. Rimodulazioni quantitative

Il piano di rimodulazione ha approvato le seguenti variazioni quantitative (tabella 8.6):

- Riduzione di Case della Comunità (-312), Centrali Operative Territoriali (-120), Ospedali di Comunità (-93) e interventi di antisismica (-25) secondo criteri di distribuzione regionale non noti al 30 settembre 2025 e che riguarderebbero le strutture da realizzare *ex novo*.
- Riduzione dei posti letto di terapia intensiva (-808) e semi-intensiva (-995), secondo criteri di distribuzione regionale non noti al 30 settembre 2025.
- Aumento degli over 65 da prendere in carico in assistenza domiciliare (da almeno 800 mila a 842 mila) e dei pazienti assistiti in telemedicina (da almeno 200 mila a 300 mila).

Investimento	Target originale	Nuovo target	Differenza	Note sulle risorse economiche
Case della Comunità	1.350	1.038	-312	Uso di risorse alternative ^a
Centrali Operative Territoriali	600	480	-120	Uso di risorse alternative ^a
Ospedali di Comunità	400	307	-93	Uso di risorse alternative ^a
Over 65 in assistenza domiciliare	800.000	842.000	+42.000	Aumento di € 250 milioni
Pazienti assistiti in telemedicina	200.000	300.000	+100.000	Aumento di € 500 milioni
Posti terapia intensiva	3.500	2.692	-808	Nessun riferimento a risorse alternative per realizzare i posti letto espunti ^c
Posti terapia sub-intensiva	4.225 ^b	3.230	-995	
Interventi antisismica	109	84	-25	Riduzione di € 750 milioni Uso di risorse alternative ^a

^a Risorse alternative: da Accordo di Programma ex art. 20 L. 67/1988 ed eventuali risorse alternative, risorse addizionali del Fondo Opere Indifferibili, risorse derivanti dai bilanci regionali e provinciali.
^b Target originale riportato nella prima versione del PNRR. La rimodulazione riporta, invece, il numero di 4.200.
^c Risorse assegnate dal DL 34/2020

Tabella 8.6. Missione 6: rimodulazione quantitativa delle strutture/interventi

Per garantire la realizzazione di tutte le strutture e degli interventi inizialmente programmati, è previsto il ricorso a fondi alternativi: risorse da Accordo di Programma ex art. 20 L. 67/1988 ed eventuali risorse alternative, nonché le risorse addizionali del Fondo Opere Indifferibili – istituito per fronteggiare l'eccezionale aumento dei costi dei materiali da costruzione negli

appalti pubblici – insieme a risorse provenienti dai bilanci regionali e provinciali ed eventualmente dai fondi per le politiche di coesione.

La rimodulazione ha interessato anche il PNC: l'art. 1 del DL 19/2024 ha infatti dirottato circa € 1,27 miliardi destinati all'ammodernamento degli ospedali (il co-finanziamento del PNRR garantito dall'Italia) verso il programma pluriennale di edilizia sanitaria (ex art. 20 L. 67/1988). Quest'ultimo è stato rifinanziato dalla Legge di Bilancio 2025, ma con risorse diluite in un decennio (€ 126,6 milioni annui per il periodo 2027-2036)²²⁹. Non si tratta però di un mero espediente contabile: gli interventi esclusi, non più vincolati alla scadenza del giugno 2026, vengono rinviati a data non definita. Tra questi rientra l'investimento denominato "Verso un ospedale sicuro e sostenibile", finalizzato ad adeguare le strutture ospedaliere alle norme antisismiche.

Più in generale, appare poco realistica l'ipotesi di finanziare gli investimenti espunti con le risorse del programma di edilizia sanitaria e ammodernamento tecnologico (ex art. 20) non ancora utilizzate dalle Regioni. Tale soluzione è stata infatti al centro di un acceso dibattito tra Governo, Regioni ed Enti Locali: Toscana e Sardegna hanno presentato un ricorso alla Corte Costituzionale, dall'esito ancora non noto²³⁰, e le Regioni hanno espresso forti perplessità²³¹. Innanzitutto, molte di loro hanno già effettuato la programmazione di spesa di questi fondi e dovrebbero rinunciare ad una quota del triennio 2023-2025 per coprire la carenza di risorse del PNRR. In secondo luogo, si tratta di fondi destinati ad altre priorità non differibili per la qualificazione di ospedali vetusti (antisismica, problemi strutturali, sicurezza dei percorsi ospedalieri, efficienza energetica, qualità degli ambienti, etc.). Proprio in ragione di tali criticità, le risorse ex art. 20 dovrebbero semmai essere incrementate e gestite con procedure semplificate, piuttosto che decurtate. A complicare ulteriormente il quadro vi sono contratti già avviati che devono essere onorati e la difficoltà di ipotizzare meccanismi di compensazione tra Regioni, poiché i fondi residui ex art. 20 non coincidono con la distribuzione territoriale delle nuove strutture da realizzare.

8.2.3. Rimodulazioni temporali

Il piano di rimodulazione ha differito le scadenze relative a due target EU (tabella 8.7).

Target	Scadenza originale	Nuova scadenza	Delta
Centrali Operative Territoriali	30/06/24	31/12/24	+6 mesi
Grandi apparecchiature	31/12/24	30/06/26	+18 mesi

Tabella 8.7. Missione 6: differimento delle scadenze

L'attivazione delle Centrali Operative Territoriali, slittata dal 30 giugno 2024 al 31 dicembre 2024, è stata raggiunta. L'operatività delle grandi apparecchiature è stata rinviata dal 31 dicembre 2024 al 30 giugno 2026, a causa di criticità logistiche quali lo smaltimento delle vecchie apparecchiature e l'adeguamento dei locali.

²²⁹ Ufficio Parlamentare di Bilancio - UPB. Il PNRR e la riorganizzazione del Servizio sanitario nazionale. Roma, 22 maggio 2025. Disponibile a: www.upbilancio.it/wp-content/uploads/2025/05/Focus-3_2025_PNRR_sanita.pdf. Ultimo accesso: 30 settembre 2025.

²³⁰ Corte Costituzionale. Ordinanza n. 54. Roma, 27 marzo 2025. Disponibile a: www.cortecostituzionale.it/scheda-pronuncia/2025/54. Ultimo accesso: 30 settembre 2025.

²³¹ Conferenza Regioni e Province autonome. Valutazioni in ordine alla proposta di revisione del PNRR e REPOWEREU presentata nell'ambito della Cabina di Regia PNRR del 27 luglio 2023. Disponibile a: www.regioni.it/download/conferenze/655871/. Ultimo accesso: 30 settembre 2025.

8.3. Stato di avanzamento

Vengono di seguito riportati i dati estratti dai monitoraggi del portale “PNRR – Salute” del Ministero della Salute²³² e da altre fonti istituzionali: VI Relazione Semestrale sullo Stato di Avanzamento del PNRR²³³, Relazione della Corte dei Conti sullo stato di attuazione del PNRR²³⁴, Ufficio Parlamentare di Bilancio²³⁵, Agenas^{236, 237}.

8.3.1. Monitoraggio del Ministero della Salute

Secondo quanto riportato dal portale ministeriale che monitora lo stato di attuazione della Missione Salute del PNRR, al 30 settembre 2025:

- **Milestone e target EU:** sono stati tutti raggiunti entro le scadenze fissate per gli anni dal 2021 al 2024. Al 30 giugno 2025 sono state raggiunte le due scadenze previste entro la fine del 2° trimestre: “Progetti di ricerca finanziati su PoC (*Proof of Concept*) e su tumori rari e malattie rare” e “Finanziamento di progetti di ricerca sulle malattie altamente invalidanti”.
- **Milestone e target IT:** alla fine del secondo semestre 2025 sono stati raggiunti tutti i target previsti, ad eccezione di quelli che sono stati posticipati (tabella 8.8).

M/T	Descrizione	Scadenza iniziale	Nuova scadenza	Gap (mesi)
T	Stipula contratto per gli strumenti di intelligenza artificiale a supporto dell'assistenza primaria	30/06/23	30/09/25*	+27
T	Reingegnerizzazione del Nuovo Sistema Informativo Sanitario (NSIS) a livello locale - Completamento del patrimonio informativo (servizi applicativi). Numero di nuovi flussi informativi nazionali adottati da tutte le 21 Regioni: ospedali di comunità e servizi di assistenza primaria	30/06/25	30/09/25*	+3

*Al 30 settembre 2025 non è noto il raggiungimento dei target con scadenza 30 settembre 2025, in quanto il Ministero della Salute garantisce l'aggiornamento del raggiungimento entro il 20 del mese successivo al periodo di riferimento.

Tabella 8.8. Missione Salute: target e milestone IT con scadenze differite (anno 2025)

Complessivamente, al 30 giugno 2025, le scadenze EU sono state tutte raggiunte. Anche le scadenze IT sono state tutte conseguite al primo semestre 2025, tranne due target posticipati al 30 settembre 2025.

²³² Ministero della Salute. PNRR Salute. Attuazione delle misure del PNRR. Disponibile a: www.pnrr.salute.gov.it/portale/pnrrsalute/archivioTargetMilestonePNRRSalute.jsp?lingua=italiano&area=PNRR-Salute&menu=missionesalute. Ultimo accesso: 30 settembre 2025.

²³³ Presidenza del Consiglio dei Ministri. Sesta relazione sullo stato di attuazione del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza. 2 aprile 2025. Disponibile a: www.italiadomani.gov.it/content/sogei-ng/it/itstrumenti/documenti/archivio-documenti/sesta-relazione-al-parlamento-sullo-stato-di-attuazione-del-pian.html. Ultimo accesso: 30 settembre 2025.

²³⁴ Corte dei Conti. Relazione sullo stato di attuazione del piano nazionale di ripresa e resilienza (PNRR). Maggio 2025. Disponibile a: www.corteconti.it/Download?id=dfd5b6c6-8e3d-43b9-8865-4117a015085e. Ultimo accesso: 30 settembre 2025.

²³⁵ Ufficio Parlamentare di Bilancio - UPB. Focus Tematico n° 3. 22 maggio 2025. Disponibile a: www.upbilancio.it/wp-content/uploads/2025/05/Focus-3_2025_PNRR_sanita.pdf. Ultimo accesso: 30 settembre 2025.

²³⁶ Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali - Agenas. Report Nazionale di sintesi dei risultati del Monitoraggio DM 77/2022. I Semestre 2025. Roma, 23 settembre 2025. Disponibile a: www.agenas.gov.it/images/2025/dm77/Report_Nazionale_DM77_I_semestre_2025.pdf. Ultimo accesso: 30 settembre 2025.

²³⁷ Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali - Agenas. Monitoraggio Assistenza domiciliare. 21 luglio 2025. Disponibile a: www.agenas.gov.it/pnrr/missione-6-salute/monitoraggio-adi. Ultimo accesso: 30 settembre 2025.

8.3.2. Monitoraggio del Governo: relazione semestrale sul PNRR

Secondo i dati della VI Relazione Semestrale sullo Stato di Avanzamento del PNRR²³⁸, pubblicata il 27 marzo 2025, al 31 dicembre 2024 risultavano spesi € 63,93 miliardi, pari al 36% delle misure attivate (€ 179,50). È opportuno sottolineare che il monitoraggio del Governo privilegia il rapporto tra spesa sostenuta e importo delle misure attivate, senza considerare l'importo complessivamente assegnato. Sebbene la Missione 6 risulti la prima per rapporto tra misure attivate e importo assegnato (100%), si colloca al penultimo posto per percentuale di spesa sulle misure attivate (18%), precedendo solo la Missione 7 (REPower EU), ferma all'1%. Quest'ultima, tuttavia, include quasi esclusivamente nuovi investimenti introdotti con la revisione del Piano approvata l'8 dicembre 2023, i cui traguardi e obiettivi sono previsti a partire dal secondo semestre 2025.

Relativamente alla progressione della spesa della Missione Salute del PNRR, in una recente interrogazione parlamentare il Ministro della Salute ha dichiarato che, al 31 agosto 2025, sono stati spesi € 6,76 miliardi su € 15,63, pari ad oltre il 40 % delle risorse²³⁹.

8.3.3. Monitoraggio della Corte dei Conti

La Relazione sullo stato di attuazione del PNRR²⁴⁰, approvata nell'adunanza delle Sezioni riunite in sede di controllo del 12 maggio 2025, si basa sui dati disponibili a febbraio 2025 mentre la Deliberazione del 28 luglio 2025²⁴¹ utilizza i dati consolidati al 20 giugno 2025.

Attuazione finanziaria. Elaborando i dati della VI Relazione Semestrale sullo Stato di Avanzamento del PNRR, la Corte dei Conti conferma che al 31 dicembre 2024 la spesa sostenuta per la Missione Salute ammonta a € 2.816 milioni, pari al 18% delle risorse assegnate (tabella 8.9). In dettaglio, € 1.014,4 milioni (13,1%) per la Componente 1 e € 1.801,5 milioni (22,9%) per la Componente 2. Di conseguenza in assenza di ulteriori slittamenti, per completare l'attuazione finanziaria della Missione Salute (e della Missione Inclusione e Coesione) nel biennio 2025-2026 sarà necessario raggiungere tassi di avanzamento annuale della spesa oltre 7 volte superiori rispetto a quelli registrati nel triennio 2022-2024.

²³⁸ Presidenza del Consiglio dei Ministri. Sesta relazione sullo stato di attuazione del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza. 27 marzo 2025. Disponibile a: www.italiadomani.gov.it/content/dam/sogei-ng/documenti/sesta-relazione-al-parlamento-sezione-i.pdf. Ultimo accesso: 30 settembre 2025.

²³⁹ Senato della Repubblica. Legislatura 19^a - Aula - Resoconto stenografico della seduta n. 346 del 25/09/2025 (Definitivo). Disponibile a: www.senato.it/show-doc?id=0&idoggetto=0&leg=19&part=doc_dc-ressten_rs&parthttp=doc_dc-front_f&tipodoc=hotresaula. Ultimo accesso: 30 settembre 2025.

²⁴⁰ Corte dei Conti. Relazione sullo stato di attuazione del piano nazionale di ripresa e resilienza (PNRR). Maggio 2025. Disponibile a: www.corteconti.it/Download?id=dfd5b6c6-8e3d-43b9-8865-4117a015085e. Ultimo accesso: 30 settembre 2025.

²⁴¹ Corte dei Conti. Deliberazione del 28 luglio 2025 sullo Stato di attuazione degli interventi di PNRR e PNC oggetto di controllo nel I Semestre 2025 dalla Sezione Centrale di Controllo sulla Gestione delle Amministrazioni dello Stato. Luglio 2025. Disponibile a: www.corteconti.it/Download?id=78e90036-6a5d-4515-9767-135ea436e176. Ultimo accesso: 30 settembre 2025.

Missoione	Importo assegnato ^a (A)	Misure attivate ^a (B)	Misure attivate/ Importo assegnato (A/B)
M1	€ 41,37	€ 19,76	48%
M2	€ 55,53	€ 20,05	36%
M3	€ 23,75	€ 8,95	38%
M4	€ 30,05	€ 9,54	32%
M5	€ 16,92	€ 2,68	16%
M6	€ 15,63	€ 2,82	18%
M7	€ 11,18	€ 0,13	1%
Italia	€ 192,42	€ 63,93	33%

^a Miliardi di euro

Tabella 8.9. Spesa sostenuta per Missoione del PNRR

(dati Corte dei Conti al 31 dicembre 2024)

Misure da completare. Nel secondo semestre 2024, al Ministero della Salute spettava il conseguimento di un solo obiettivo EU, regolarmente raggiunto, e di cinque obiettivi IT: tre rispettati nei tempi e due riprogrammati. Il Ministero ha segnalato come particolarmente critica la misura relativa all'erogazione dei corsi di formazione sulle infezioni ospedaliere, sub-intervento della misura “Sviluppo delle competenze tecniche professionali, digitali e manageriali del personale del sistema sanitario”. Tale misura prevedeva la formazione di 150.000 professionisti entro il 30 giugno 2025, ma dall'ultimo monitoraggio semestrale (15 gennaio 2025) è emerso che alcune Regioni risultano in ritardo nell'erogazione dei corsi. Per questo motivo il Dicastero sta valutando la possibilità di avviare, insieme ai soggetti attuatori, una rimodulazione dei contratti istituzionali di sviluppo e dei Piani Operativi Regionali, che contengono il cronoprogramma degli interventi.

Infine, la Deliberazione del 28 luglio 2025 ha fornito ulteriori aggiornamenti sullo stato di avanzamento di Case della Comunità e degli Ospedali di Comunità, con dati consolidati al 20 giugno 2025. Risultano avviati i lavori per 1.168 Case della Comunità, di cui 58 già collaudate: sotto il profilo finanziario sono state trasferiti ai soggetti attuatori oltre € 405 milioni rispetto a una dotazione complessiva di € 2 miliardi, con una spesa sostenuta di oltre € 409 milioni (20,45% del budget assegnato). Riguardo gli Ospedali di Comunità, risultano avviati i lavori per 357 strutture, di cui 17 già collaudate; dal punto di vista finanziario risultano trasferiti ai soggetti attuatori oltre € 200 milioni rispetto a una dotazione complessiva di € 1 miliardo; la spesa sostenuta è di € 160,50 milioni (16,05% del budget assegnato).

Monitoraggio degli atti inerenti al PNRR inviati al controllo preventivo di legittimità. Nel secondo semestre 2024 il Ministero della Salute ha adottato 44 provvedimenti attuativi del PNRR. La quasi totalità rientra nella categoria degli atti negoziali, mentre solo uno è riconducibile ad atti di *governance* e riguarda la nomina di un esperto del Ministro. Quest'ultimo provvedimento è stato successivamente ritirato dal Dicastero a seguito delle osservazioni della Corte dei Conti, che ha rilevato la mancata corrispondenza tra le competenze curriculari acquisite e la natura dell'attività e dei compiti conferiti.

8.3.4. Monitoraggio Agenas sull'attuazione del DM 77/2022

L'Agenas effettua un monitoraggio semestrale sull'attuazione del DM 77 nelle Regioni e Province autonome e trasmette al Ministero della Salute una relazione con i dati relativi all'attivazione delle strutture: Case della Comunità, Centrali Operative Territoriali, Ospedali di Comunità. Il monitoraggio riguarda sia le strutture incluse nei Piani Operativi Regionali (POR) allegati ai Contratti Istituzionali di Sviluppo (CIS) nell'ambito del PNRR, sia quelle extra-POR, finanziate con risorse diverse dal PNRR.

Ad oggi, delle sei relazioni prodotte, solo la II²⁴², la V²⁴³ e la VI²⁴⁴ risultano pubblicamente accessibili (tabella 8.10), mentre le altre sono verosimilmente consultabili solo tramite il portale riservato alle Regioni²⁴⁵.

Relazione	Semestre	Pubblica
I	II semestre 2022	No
II	I semestre 2023	Sì
III	II semestre 2023	No
IV	I semestre 2024	No
V	II semestre 2024	Sì
VI	I semestre 2025	Sì

Tabella 8.10. Monitoraggi Agenas DM 77/2022

Si riporta di seguito una sintesi dei risultati contenuti nella VI Relazione, pubblicata il 23 settembre 2025 e riferita al I semestre 2025, con dati aggiornati al 30 giugno 2025.

²⁴² Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali – Agenas. Monitoraggio fase 2 concernente l'attuazione del DM n. 77 del 2022. Disponibile a: www.agenas.gov.it/images/2023/primo_piano/monitoraggio-dm77/Monitoraggio_DM_77_sintesi_fase_2_v2_finale.pdf. Ultimo accesso: 30 settembre 2025.

²⁴³ Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali – Agenas. Report nazionale di sintesi dei risultati del monitoraggio DM n. 77 del 2022. Disponibile a: www.agenas.gov.it/images/2025/DM_77/Report_nazionale_II_semestre_2024.pdf. Ultimo accesso: 30 settembre 2025.

²⁴⁴ Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali – Agenas. Report nazionale di sintesi dei risultati del monitoraggio DM n. 77 del 2022. I semestre 2025. Disponibile a: www.agenas.gov.it/images/2025/dm77/Report_Nazionale_DM77_I_semestre_2025.pdf. Ultimo accesso: 30 settembre 2025.

²⁴⁵ Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali – Agenas. Monitoraggio DM n. 77. Disponibile a: <https://data.agenas.it/web/index.php?r=site%2Fguest&q=10>. Ultimo accesso: 30 settembre 2025.

Case della Comunità. A fronte di una programmazione complessiva (CIS ed extra-CIS) di 1.723 Case di Comunità dotate di tutti i servizi obbligatori e di personale sanitario, al 30 giugno 2025 solo 218 strutture (12,7%) avevano attivato tutti i servizi previsti e, tra queste, appena 46 (2,7%) disponevano di personale medico e infermieristico. In 660 strutture (38,3%) risultava attivo un solo servizio, mentre le rimanenti 799 (46,3%) non risultavano aver attivato alcun servizio (tabella 8.11).

Regione	Programmate	Con almeno un servizio dichiarato attivo	Con tutti i servizi obbligatori dichiarati attivi	
			Senza presenza medica e infermieristica	Con presenza medica e infermieristica
Abruzzo	42	-	-	-
Basilicata	19	-	-	-
Calabria	63	2	2	-
Campania	191	-	-	-
Emilia-Romagna	187	140	32	8
Friuli Venezia Giulia	32	30	-	-
Lazio	146	95	7	5
Liguria	33	16	6	2
Lombardia	204	142	64	12
Marche	29	20	4	1
Molise	13	2	2	2
Piemonte	96	31	5	1
Prov. Aut. di Bolzano	10	-	-	-
Prov. Aut. di Trento	12	2	1	-
Puglia	123	1	1	-
Sardegna	80	27	-	-
Sicilia	161	9	5	2
Toscana	157	70	23	7
Umbria	22	6	3	2
Valle d'Aosta	4	4	1	1
Veneto	99	63	16	3
ITALIA	1.723	660	172	46

Tabella 8.11. Case della Comunità programmate e dichiarate con servizi attivi dalle Regioni al 30 giugno 2025
(dati Agenas)

Centrali Operative Territoriali. Al 31 dicembre 2024 è stato raggiunto – e superato – il target EU di 480 COT, già rendicontato dal Ministero della Salute alla Commissione Europea. La tabella 8.12 riporta l'aggiornamento delle COT pienamente funzionanti e certificate al 30 giugno 2025. Su un totale di 651 COT programmate (CIS ed extra-CIS), solo due Regioni (Campania e Sardegna) non hanno ancora raggiunto il target del 100%.

Regione	COT programmate	COT pienamente funzionanti e certificate	%
Abruzzo	13	13	100%
Basilicata	6	6	100%
Calabria	21	21	100%
Emilia-Romagna	47	47	100%
Friuli Venezia Giulia	12	12	100%
Lazio	61	61	100%
Liguria	17	17	100%
Lombardia	102	102	100%
Marche	15	15	100%
Molise	3	3	100%
Piemonte	43	43	100%
Prov. Aut. di Bolzano	5	5	100%
Prov. Aut. di Trento	5	5	100%
Puglia	50	50	100%
Sicilia	50	50	100%
Toscana	39	39	100%
Umbria	9	9	100%
Valle d'Aosta	1	1	100%
Veneto	49	49	100%
Campania	79	74	94%
Sardegna	24	16	67%
Italia	651	638	98%

Tabella 8.12. COT programmate e pienamente funzionanti e certificate al 30 giugno 2025
(dati Agenas)

Ospedali di Comunità. A fronte di una programmazione complessiva (CIS ed extra-CIS) di 592 Ospedali di Comunità, al 30 giugno 2025 solo 153 (26%) erano stati dichiarati attivi dalle Regioni (tabella 8.13) – 29 in più rispetto al 20 dicembre 2024 – per complessivi 2.716 posti letto. L'Agenas specifica che nel conteggio sono inclusi anche gli Ospedali di Comunità “*con servizi attivi in sede provvisoria*”.

Regione	Ospedali di Comunità programmati	Ospedali di Comunità dichiarati attivi	%
Abruzzo	15	6	40%
Basilicata	5	0	0%
Calabria	20	0	0%
Campania	61	1	2%
Emilia-Romagna	53	24	45%
Friuli Venezia Giulia	15	3	20%
Lazio	42	2	5%
Liguria	11	2	18%
Lombardia	64	26	41%
Marche	9	0	0%
Molise	2	2	100%
Piemonte	30	1	3%
Prov. Aut. di Bolzano	3	0	0%
Prov. Aut. di Trento	4	3	75%
Puglia	49	7	14%
Sardegna	34	2	6%
Sicilia	48	4	8%
Toscana	36	17	47%
Umbria	16	7	44%
Valle d'Aosta	2	0	0%
Veneto	73	46	63%
ITALIA	592	153	26%

Tabella 8.13. Ospedali di Comunità programmati e dichiarati attivi
(dati Agenas)

Nei 153 Ospedali di Comunità attivi: l'assistenza infermieristica H24 7 giorni su 7 è presente in tutti; il case manager è presente in 126 (82,4%); la presenza medica di almeno 4,5 ore al giorno, 6 giorni su 7, è assicurata in 115 (75,2%).

Servizi di Assistenza Domiciliare Integrata (ADI). Al 30 giugno 2025 la copertura risulta formalmente garantita in tutte le Regioni, ad eccezione della Sicilia (78%). La Tabella 8.14 riporta la percentuale di distretti in cui è presente almeno un erogatore pubblico o privato per ciascuno dei servizi, in rapporto al totale dei distretti della Regione o Provincia autonoma. L'analisi dei singoli servizi evidenzia che Abruzzo, Provincia autonoma di Trento, Umbria e Valle D'Aosta raggiungono il 100% in tutte le voci, mentre nelle altre 17 Regioni emergono significative disomogeneità territoriali: in Lombardia e Liguria, ad esempio, i servizi erogati dai Pediatri Libera Scelta (PLS) risultano molto carenti (20% e 16%); sempre in Lombardia si registrano criticità nell'assistenza di Medici di Medicina Generale (MMG) (19%) e nella fornitura di farmaci e dispositivi (23%); la Provincia autonoma di Bolzano non ha attivato servizi socio-assistenziali in alcun distretto (0%).

Regione	Copertura ADI	Assistenza infermieristica	Assistenza medica MMG	Assistenza medica PLS	Assistenza medica specialistica	Assistenza riabilitativa	Servizi socio-assistenziali	Fornitura di farmaci e dispositivi
Abruzzo	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
Basilicata	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	83%
Calabria	100%	100%	100%	100%	100%	100%	71%	100%
Campania	100%	100%	82%	81%	97%	96%	93%	82%
Emilia-Romagna	100%	100%	100%	100%	100%	82%	100%	100%
Friuli Venezia Giulia	100%	100%	100%	100%	72%	100%	72%	100%
Lazio	100%	100%	78%	87%	100%	100%	87%	87%
Liguria	100%	100%	68%	16%	68%	100%	89%	100%
Lombardia	100%	100%	19%	20%	97%	100%	99%	23%
Marche	100%	100%	100%	100%	100%	92%	85%	77%
Molise	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
Piemonte	100%	100%	100%	100%	100%	100%	91%	97%
Prov. Aut. di Bolzano	100%	100%	100%	100%	100%	100%	0%	100%
Prov. Aut. di Trento	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
Puglia	100%	100%	100%	100%	100%	100%	82%	100%
Sardegna	100%	100%	88%	75%	100%	100%	88%	100%
Sicilia	78%	78%	46%	46%	71%	78%	78%	46%
Toscana	100%	100%	100%	100%	71%	100%	100%	100%
Umbria	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
Valle d'Aosta	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
Veneto	100%	100%	100%	100%	100%	89%	96%	100%

Tabella 8.14. Assistenza Domiciliare Integrata: copertura e servizi attivi (in azzurro i valori <100%)
(dati Agenas)

Analizzando la copertura per singolo servizio emerge che l'assistenza infermieristica non raggiunge il 100% soltanto in Sicilia (78%); toccano il 100% l'assistenza riabilitativa in 16 Regioni, l'assistenza medica di MMG, PLS e specialisti in 15 Regioni, la fornitura di farmaci e dispositivi in 14 Regioni e i servizi socio-assistenziali solo in 8 Regioni.

8.3.5. Monitoraggio del Fascicolo Sanitario Elettronico

Il portale realizzato dal Ministero della Salute e dal Dipartimento per la trasformazione digitale della Presidenza del Consiglio dei Ministri²⁴⁶, permette di monitorare i documenti disponibili nei FSE regionali e l'utilizzo da parte di cittadini, medici e aziende sanitarie. Secondo l'ultimo monitoraggio, aggiornato al 31 marzo 2025:

Documenti disponibili. Il Decreto del Ministero della Salute del 7 settembre 2023 ha definito i contenuti del FSE 2.0, ma ad oggi soltanto 6 documenti su 16 monitorati sul portale pubblico risultano disponibili in tutte le Regioni: lettera di dimissione ospedaliera, referti di laboratorio e di radiologia, prescrizione farmaceutica e specialistica e verbale di pronto soccorso (figura 8.5).

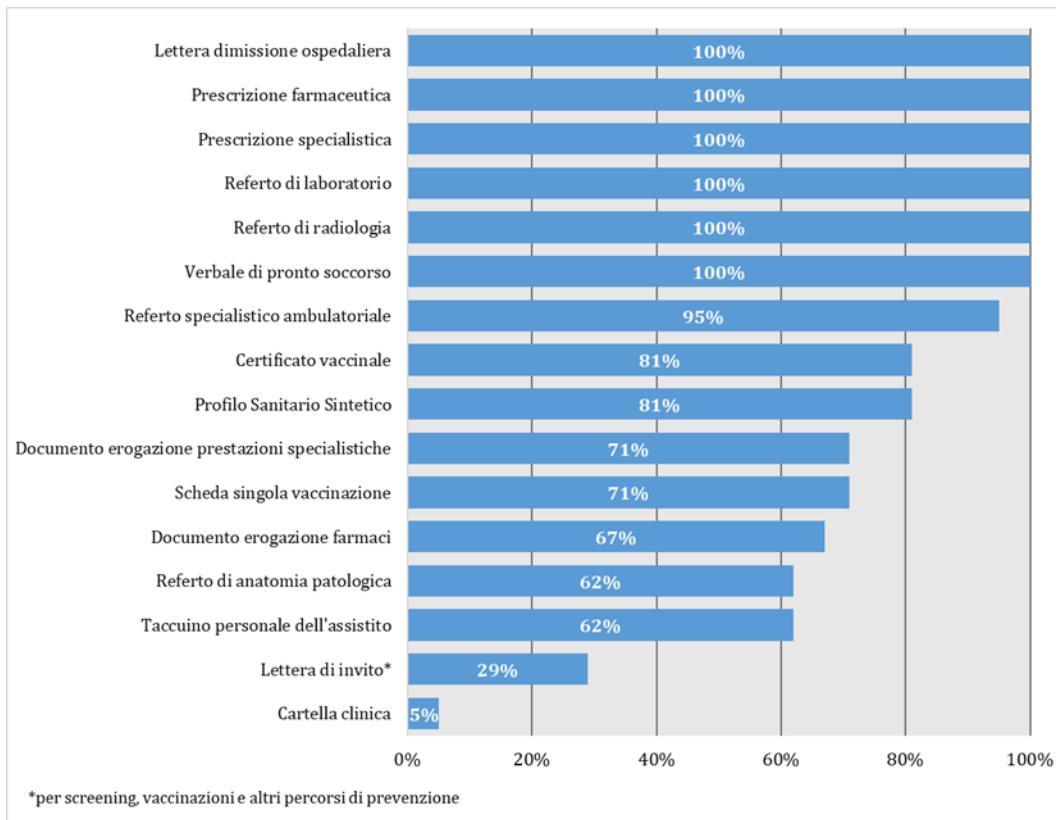


Figura 8.5. Percentuale di documenti disponibili nei FSE Regionali sui 16 documenti monitorati
(dati Ministero della Salute e Dipartimento per la Trasformazione Digitale)

Complessivamente, a livello nazionale gli FSE regionali mettono a disposizione degli utenti il 76% dei documenti monitorati sul portale del FSE 2.0 e previsti dal decreto. Nessuna Regione alimenta il FSE con tutte le tipologie documentali previste dal DM: si va dal 94% del Piemonte al 56% dell'Abruzzo (figura 8.6).

²⁴⁶ Ministero della Salute e Dipartimento per la Trasformazione Digitale. Portale Fascicolo Sanitario Elettronico 2.0. Utilizzo del Fascicolo Sanitario Elettronico. Dati aggiornati al 9 maggio 2024. Disponibile a: <https://monitopen.fse.salute.gov.it/usage>. Ultimo accesso: 30 settembre 2025.

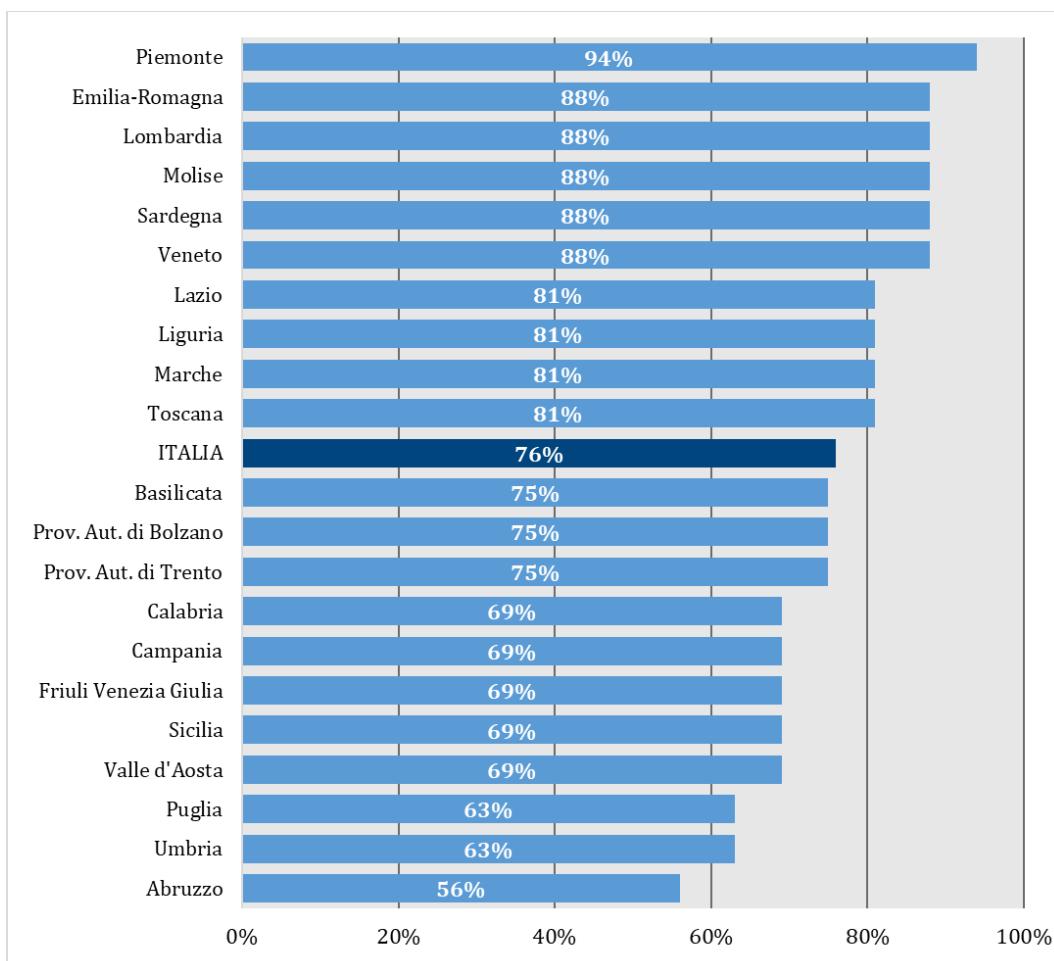


Figura 8.6. Percentuale di disponibilità nei FSE Regionali dei 16 documenti monitorati
(dati Ministero della Salute e Dipartimento per la Trasformazione Digitale)

La disomogeneità regionale è marcata. Alcuni documenti fondamentali – come il certificato vaccinale, il profilo sanitario sintetico, le prescrizioni specialistiche e farmaceutiche, il referto specialistico ambulatoriale – sono disponibili in oltre l’80% delle Regioni. Il documento di erogazione delle prestazioni specialistiche e la scheda della singola vaccinazione sono presenti in 15 Regioni e Province Autonome (71%), mentre il documento di erogazione dei farmaci compare nei FSE di 14 Regioni (67%). Il referto di anatomia patologica e il taccuino personale dell’assistito sono accessibili in 13 Regioni (62%). Soltanto 6 Regioni rendono disponibile la lettera di invito per screening, vaccinazioni e altri percorsi di prevenzione, mentre la cartella clinica è resa disponibile nel FSE solo dal Veneto (tabella 8.15).

	ITA	ABR	BAS	CAL	CAM	EMR	FVG	LAZ	LIG	LOM	MAR	MOL	PaBZ	PaTN	PIE	PUG	SAR	SIC	TOS	UMB	VDA	VEN
Percentuale di servizi attivi	76%	56%	75%	69%	69%	88%	69%	81%	81%	88%	81%	88%	75%	94%	63%	88%	69%	81%	63%	69%	88%	
Lettera dimissione ospedaliera	100%	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	
Prescrizione farmaceutica	100%	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	
Prescrizione specialistica	100%	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	
Referto di laboratorio	100%	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	
Referto di radiologia	100%	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	
Verbale di pronto soccorso	100%	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	
Referto specialistico ambulatoriale	95%	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	
Profilo Sanitario Sintetico	81%	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	
Certificato vaccinale	81%	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	
Documento erogazione prestazioni specialistiche	71%	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	
Scheda singola vaccinazione	71%	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	
Documento erogazione farmaci	67%	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	
Referto di anatomia patologica	62%	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	
Taccuino personale dell'assistito	62%	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	
Lettera di invito	29%	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	
Cartella clinica	5%																					

Tabella 8.15. Tipologie documentali disponibili nei FSE Regionali: descrizione e percentuale sul totale
 (dati Ministero della Salute e Dipartimento per la Trasformazione Digitale)

Consenso alla consultazione dei dati. Al 31 marzo 2025 (per il Friuli Venezia Giulia i dati sono aggiornati al 31 dicembre 2024), a livello nazionale solo il 42% dei cittadini aveva espresso il consenso alla consultazione dei propri dati sanitari da parte dei medici. Ma il divario tra le Regioni è enorme: si passa dall'1% in Abruzzo, Calabria e Campania al 92% in Emilia-Romagna. Tra le Regioni del Sud, solo la Puglia (73%) supera la media nazionale (figura 8.7).

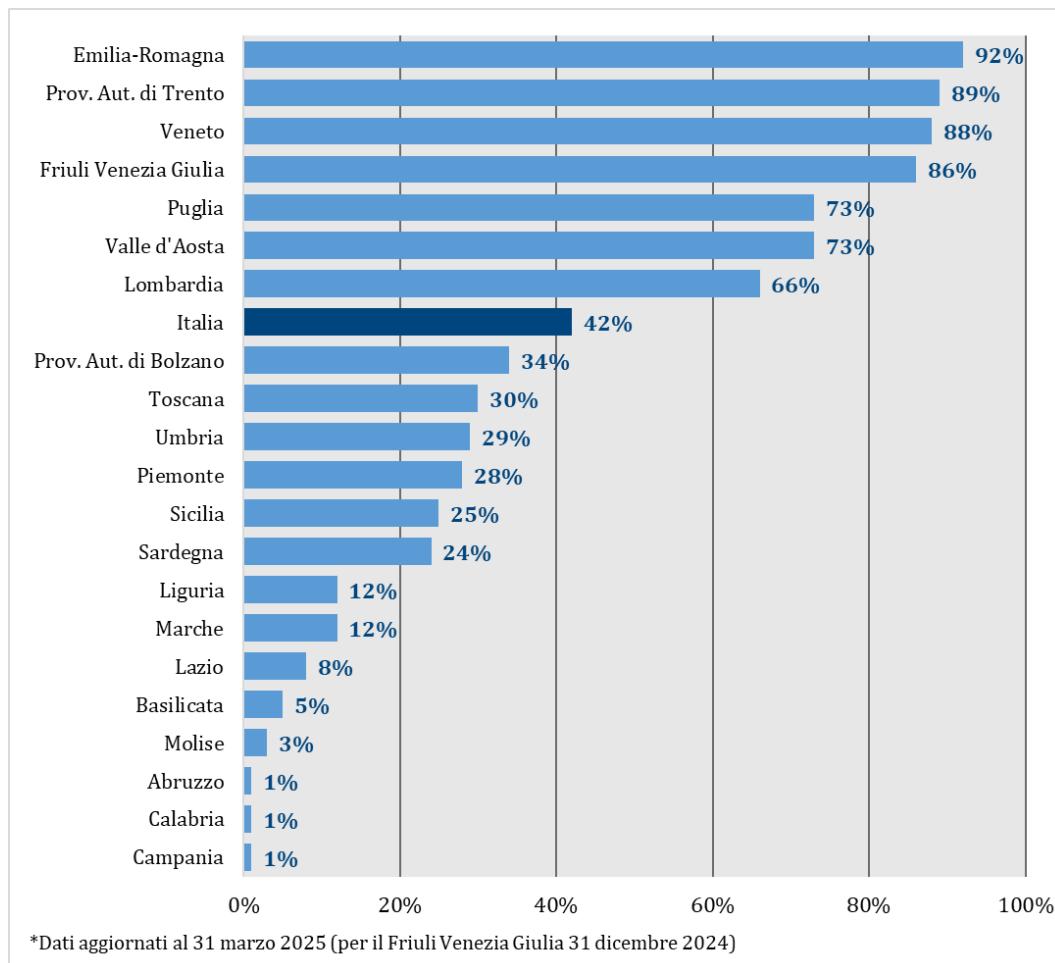


Figura 8.7. Cittadini che hanno espresso il consenso alla consultazione dei propri documenti sul FSE
(dati Ministero della Salute e Dipartimento per la Trasformazione Digitale)

Utilizzo da parte dei cittadini. Tra gennaio e marzo 2025, solo il 21% dei cittadini ha consultato almeno una volta il proprio FSE, considerando esclusivamente coloro per i quali era disponibile almeno un documento caricato. Le disparità regionali sono marcate: si va dall'1% delle Marche al 65% dell'Emilia-Romagna. Nel Mezzogiorno, l'utilizzo resta complessivamente inferiore all'11% (figura 8.8).

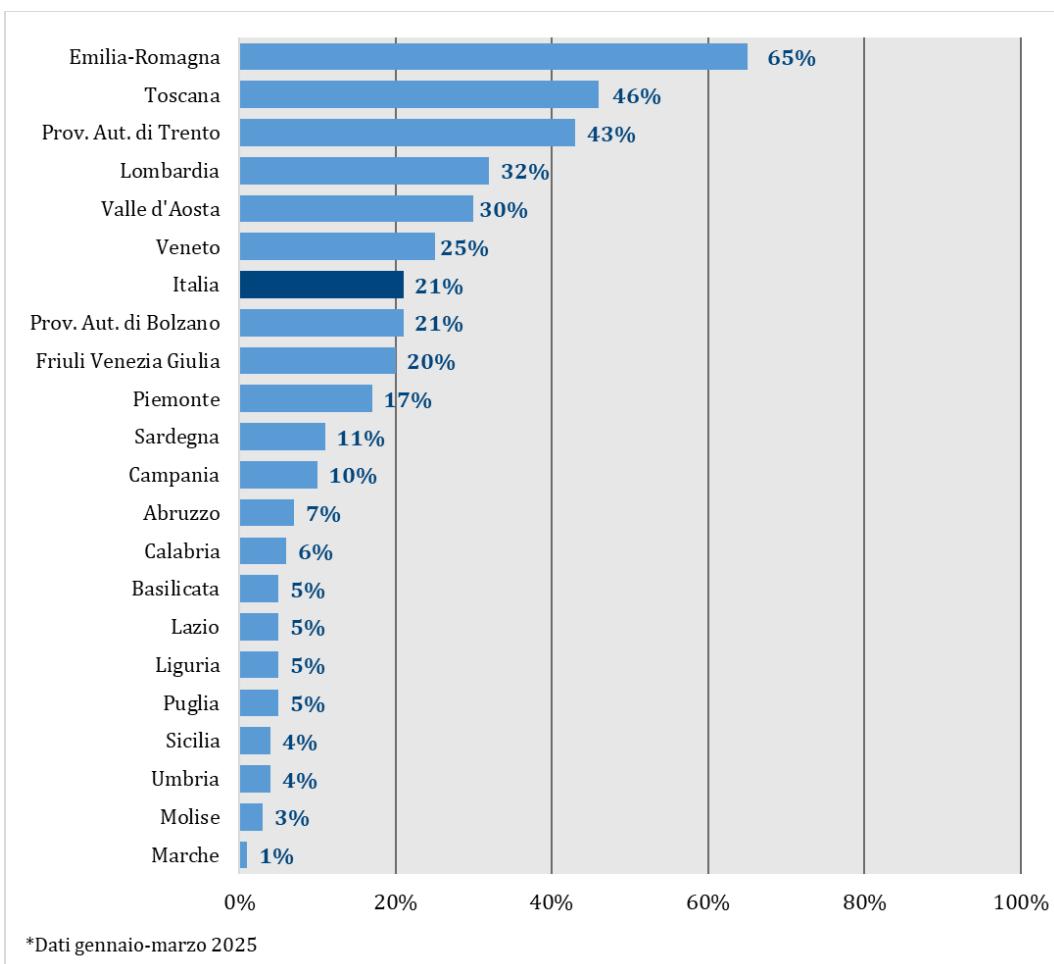


Figura 8.8. Cittadini che hanno utilizzato il FSE nei 90 giorni precedenti alla data di rilevazione
(dati Ministero della Salute e Dipartimento per la Trasformazione Digitale)

Utilizzo da parte di MMG e PLS. Tra gennaio e marzo 2025 (ottobre-dicembre 2024 per il Friuli Venezia Giulia), il 95% dei MMG e PLS ha effettuato almeno un accesso al FSE. 9 Regioni raggiungono il 100% di utilizzo: Basilicata, Emilia-Romagna, Marche, Molise, Provincia autonoma di Trento, Piemonte, Puglia, Sardegna e Umbria. Anche nelle restanti Regioni il tasso di utilizzo si mantiene elevato: Liguria (99%), Lazio e Veneto (98%), Lombardia (96%). Si collocano leggermente sotto la media nazionale Abruzzo e Friuli Venezia Giulia (94%), Calabria (93%), Sicilia (91%), Campania e Provincia autonoma di Bolzano (88%), Toscana (80%) e Valle d'Aosta (47%).

Medici specialisti delle aziende sanitarie abilitati al FSE. Al 31 marzo 2025 (31 dicembre 2024 per il Friuli Venezia Giulia), il 72% dei medici specialisti delle Aziende sanitarie risultava abilitato alla consultazione del FSE. Anche in questo caso, le differenze tra Regioni rimangono marcate. 12 Regioni e Province autonome hanno raggiunto il 100% di abilitazioni: Lombardia, Marche, Molise, Province autonome di Bolzano e Trento, Piemonte, Puglia, Sardegna, Toscana, Umbria, Valle d'Aosta e Veneto. Al di sotto della media nazionale si collocano Campania (61%), Lazio (60%), Abruzzo (37%), Sicilia (36%) e Calabria (26%). Fanalino di coda la Liguria, con appena il 16% di medici specialisti abilitati alla consultazione del FSE.

8.3.6. Monitoraggio GIMBE sui target da raggiungere

Secondo quanto riportato dal sito del Ministero della Salute²⁴⁷, per completare la Missione Salute rimangono da conseguire 13 target e 1 milestone: 3 target entro il 31 dicembre 2025 ai fini dell'erogazione della IX rata; 10 target e 1 milestone entro il 30 giugno 2026 per incassare la X rata. Il nodo cruciale è che quest'ultima scadenza non segna solo il completamento formale dei target, ma coincide con la consegna reale di tutte le strutture e i servizi finanziati dal PNRR, che dovrebbero tradursi in un concreto miglioramento dell'assistenza sanitaria.

Da luglio 2023 la Fondazione GIMBE conduce un monitoraggio indipendente sullo stato di avanzamento della Missione Salute, con analisi periodiche basate su tutte le fonti istituzionali pubblicamente accessibili, data l'impossibilità di accedere al Registro Generale degli Interventi e della Spesa (ReGis) del Ministero dell'Economia e delle Finanze.

La sintesi dello status di avanzamento degli obiettivi da raggiungere entro giugno 2026 si basa su tutte le fonti istituzionali disponibili al 30 settembre 2025: Corte dei Conti, Ufficio Parlamentare di Bilancio, Ministero della Salute, Dipartimento per la Trasformazione Digitale, Agenas (tabella 8.15). Se è ragionevolmente certo che i progetti siano in fase più avanzata di quanto riportato, appare tuttavia poco realistico ipotizzare progressi tali da recuperare i ritardi accumulati, soprattutto nelle Regioni più in difficoltà.

²⁴⁷ Ministero della Salute. PNRR, raggiunti tutti i target di competenza del Ministero della salute per il pagamento della VII e dell'VIII rata del PNRR da parte dell'Europa. Roma, 10 luglio 2025. Disponibile a: www.pnrr.salute.gov.it/it/news-e-media/notizie/pnrr-pagamento-vii-rata-collegato-al-raggiungimento-del-target-comunitario/. Ultimo accesso: 30 settembre 2025.

Target	Descrizione	Status	Fonte	
Con scadenza 31 dicembre 2025				
Telemedicina	Almeno 300.000 persone assistite con strumenti di telemedicina	Nessun dato disponibile sul numero di pazienti assistiti in telemedicina. All'inizio del 2025 è stata avviata la raccolta dati sulla Piattaforma di Telemedicina e sono state completate le gare per infrastrutture e postazioni.	●	Agenas, 04/02/25
Digitalizzazione ospedali	Digitalizzazione di 280 strutture ospedaliere sede di DEA di I e II livello	Nessun dato disponibile sugli ospedali già digitalizzati. Tutti gli appalti pubblici risultano aggiudicati, ma al 25 febbraio 2025 gli importi fatturati a livello nazionale sono il 21%.	●	UPB, 22/05/25
Fascicolo Sanitario Elettronico	Almeno l'85% dei MMG alimentano il FSE	Dato non disponibile perché non esiste alcun monitoraggio pubblico sull'alimentazione regolare del FSE da parte dei MMG. È noto soltanto che il 95% dei MMG e PLS ha effettuato almeno un accesso al FSE nel trimestre precedente all'ultima rilevazione.	●	MdS e DTD, 24/06/25
Con scadenza 30 giugno 2026				
Case della Comunità	Almeno 1.038 Case della Comunità messe a disposizione e dotate di attrezzature tecnologiche	Al 30 giugno 2025, per 218 Case della Comunità (21%) sono stati dichiarati attivi tutti i servizi, ma di queste solo 46 (4,4%) con presenza di personale medico e infermieristico. Per 660 Case della Comunità (63,6%) è stato dichiarato attivo almeno un servizio Al 20 giugno 2025 risultano avviati lavori per 1.168 Case della comunità, di cui 58 già collaudate	●	Agenas, 23/09/25 CdC, 28/07/25
Risorse RRF per i progetti ex art. 20 (L. 67/1988)	Erogazione di almeno il 90% di € 250 milioni per progetti di ristrutturazione e ammodernamento degli ospedali	Al 21 marzo 2025, dai dati ReGiS risultano finanziati 127 progetti (tutti già in essere) con € 458,1 milioni, importo maggiore della copertura effettiva. È in corso l'attività di riconduzione dei progetti avviati ai meccanismi di funzionamento del PNRR.	●	UPB, 22/05/25
Assistenza domiciliare negli over 65	Almeno 842.000 nuovi pazienti in più che ricevono ADI	A fine 2024 risultano assistiti in ADI 900.853 pazienti in più rispetto al 2019, ovvero il target è stato raggiunto 18 mesi prima della scadenza	●	Agenas, 21/07/25
Posti letto di terapia intensiva e semi-intensiva	Attivazione di 2.692 posti letto di terapia intensiva e di 3.230 posti letto di semi-intensiva	Al 21 marzo 2025, dai dati ReGiS, risultano realizzati 890 posti letto di terapia intensiva (33,1%) e 1.199 di terapia semi-intensiva (37,1%)	●	UPB, 22/05/25
Interventi antisismici nelle strutture ospedaliere	Completamento di almeno 84 interventi antisismici nelle strutture ospedaliere	Al 25 febbraio 2025, risultano attivi o conclusi circa 86 cantieri; tuttavia, la spesa totale non raggiunge l'11% del finanziamento e nel Mezzogiorno è pari a circa il 6%	●	UPB, 22/05/25

Target	Descrizione	Status	Fonte	
Ospedali di Comunità	Almeno 307 Ospedali di Comunità rinnovati, interconnessi e dotati di attrezzature tecnologiche	Al 30 giugno 2025, 153 Ospedali di Comunità (49,8%) sono stati dichiarati attivi, includendo anche quelli "con servizi attivi in sede provvisoria" Al 20 giugno 2025, risultano avviati lavori per 357 Ospedali di Comunità, di cui 17 già collaudati	●	Agenas, 23/09/25 CdC, 28/07/25
Grandi apparecchiature sanitarie	Operatività di almeno 3.100 grandi apparecchiature sanitarie	Al 31 gennaio 2025, delle 3.223 grandi apparecchiature incluse nella programmazione, il 97% (n. 3.126) sono state ordinate, l'80% (n. 2.578) consegnate e il 77% (n. 2.482) collaudate	●	UPB, 22/05/25
Sistema della tessera di assicurazione malattia e infrastruttura per l'interoperabilità del FSE*	Piena operatività del sistema di Tessera sanitaria elettronica e dell'infrastruttura per l'interoperabilità del FSE	A inizio 2025 attivate le infrastrutture tecniche per l'interoperabilità dei dati sanitari tra le Regioni. A marzo 2025 è stato pubblicato in GURI il decreto che istituisce il nuovo Ecosistema dei dati sanitari	●	CdC, 12/05/25
Fascicolo Sanitario Elettronico	Tutte le Regioni adottano e utilizzano il FSE	Al 31 marzo 2025, solo 6 documenti su 16 (lettera di dimissione ospedaliera, referti di laboratorio e di radiologia, prescrizione farmaceutica e specialistica e verbale di pronto soccorso) sono disponibili in tutte le Regioni. Inoltre, solo il 42% dei cittadini ha espresso il consenso alla consultazione dei dati contenuti nel proprio FSE	●	MdS e DTD, 24/06/25
Contratti di formazione medica specialistica	Finanziamento di 4.200 contratti aggiuntivi di formazione medica specialistica	Stanziati € 538 milioni per 4.200 contratti di formazione medico-specialistica: le risorse sono state conferite alle Università per i percorsi quinquennali, attivati nell'anno accademico 2020-21, portando formalmente il target a completamento	●	UPB, 22/05/25
Formazione su competenze e abilità di management e digitali	Erogazione dei corsi di formazione per 4.500 professionisti sanitari	Nessuna informazione pubblica sul numero di partecipanti che hanno completato i corsi di formazione, dopo lo stanziamento di € 18 milioni	●	UPB, 22/05/25
FSE: Fascicolo Sanitario Elettronico. DEA: Dipartimento di Emergenza e Accettazione. MMG: Medici di Medicina Generale. PLS: Pediatri di Libera Scelta. RRF: <i>Recovery and Resilience Facility</i> (Dispositivo per la Ripresa e la Resilienza). ADI: Assistenza Domiciliare Integrata UPB: Ufficio Parlamentare di Bilancio. MdS: Ministero della Salute. DTD: Dipartimento per la Trasformazione Digitale. ReGiS: Registro Generale degli Interventi e della Spesa. CdC: Corte dei Conti *Milestone				
<ul style="list-style-type: none"> ● In fase di completamento o già completato ● In ritardo ● In netto ritardo ● Non valutabili per dati non disponibili 				

Tabella 8.16. Monitoraggio GIMBE sui target PNRR da raggiungere al 30 giugno 2026

Target in netto ritardo (n. 3). Accanto al potenziamento dei posti letto in terapia intensiva e semi-intensiva, è la riorganizzazione dell'assistenza territoriale l'obiettivo più critico. Infatti, i dati del Monitoraggio Agenas, aggiornati al 30 giugno 2025, documentano ritardi sostanziali nella piena attivazione di Case e Ospedali di Comunità.

- **Case della Comunità.** Il target prevede che entro il 30 giugno 2026 siano pienamente operative almeno 1.038 Case della Comunità, dotate di servizi e personale sanitario. Tuttavia, al 30 giugno 2025, solo 218 strutture (21%) avevano dichiarato attivi tutti i servizi previsti e, di queste, appena 46 (4,4%) disponevano di personale medico e infermieristico. In 660 strutture (63,6%) risultava attivo almeno un servizio, mentre nelle rimanenti 206 (19,8%) non risultavano attivati servizi. Oltre ai ritardi nel completamento strutturale e tecnologico, destano forte preoccupazione la grave carenza di infermieri e il mancato accordo con i MMG per garantirne la presenza nelle Case di Comunità. In assenza di correttivi, la grande sfida della riforma territoriale rischia di tradursi in una semplice operazione di edilizia sanitaria o, peggio, di essere progressivamente affidata ai privati.
- **Ospedali di Comunità.** Il target prevede che entro giugno 2026 siano pienamente funzionanti almeno 307 Ospedali di Comunità, strutture intermedie destinate ad accogliere i pazienti dimessi dagli ospedali per acuti. Al 30 giugno 2025, risultavano attive 153 strutture (49,8%), incluse quelle "con servizi attivi in sede provvisoria". Nei 153 Ospedali di Comunità attivi l'assistenza infermieristica H24, 7 giorni su 7, è garantita ovunque; il case manager in 126 (82,4%); la presenza medica per almeno 4,5 ore al giorno, 6 giorni su 7, è assicurata in 115 (75,2%).
- **Posti letto in terapia intensiva e semi-intensiva.** Il DL 34/2020 prevedeva l'incremento dei posti letto di terapia intensiva e semi-intensiva con uno stanziamento di € 1.468 milioni, sulla base dei piani di riorganizzazione di Regioni e Province autonome approvati dal Ministero della Salute. L'obiettivo iniziale era di 3.453 posti letto aggiuntivi di terapia intensiva e 3.983 di terapia sub-intensiva. Successivamente, tale misura – come progetto in essere – è confluita nella componente M6C2 della Missione Salute, fissando al giugno 2026 la realizzazione di almeno 5.922 posti letto aggiuntivi: 2.692 in terapia intensiva e 3.230 in sub-intensiva (§ 8.2.2.). Secondo i dati dell'Ufficio Parlamentare di Bilancio²⁴⁸, al 21 marzo 2025 risultano attivati solo 890 posti letto di terapia intensiva (33,1%) e 1.199 di semi-intensiva (37,1%). Inoltre, non è possibile documentare se tali posti letto dispongano di personale aggiuntivo dedicato²⁴⁹. Nonostante la drastica revisione al ribasso degli obiettivi iniziali, a cinque anni dall'inizio della pandemia l'Italia non è ancora riuscita a completare un'infrastruttura essenziale per fronteggiare future emergenze sanitarie.

Target in ritardo (n. 2). Nonostante gli avanzamenti, altri 2 target mostrano ritardi sulla tabella di marcia.

- **Interventi di antisismica.** Il PNRR ha finanziato interventi di adeguamento antisismico su almeno 84 ospedali in tutto il Paese. A febbraio 2025 risultavano attivi o conclusi 86 cantieri, ma la spesa effettivamente sostenuta era ferma all'11% del totale, con una media ancora più bassa nel Mezzogiorno (6%).

²⁴⁸ XII Commissione Affari Sociali – Camera dei Deputati. Interrogazione a risposta diretta di Loizzo: Incremento del numero di specialisti in anestesia e rianimazione e del numero di posti letto di terapia intensiva. Roma, 18 settembre 2024. Disponibile a: <https://documenti.camera.it/leg19/resoconti/commissioni/bollettini/pdf/2024/09/18/leg.19.bol0369.data20240918.com12.pdf>. Ultimo accesso: 30 settembre 2025.

²⁴⁹ Ufficio Parlamentare di Bilancio - UPB. Audizione della Presidente dell'Ufficio parlamentare di bilancio nell'ambito delle audizioni preliminari all'esame del Documento di Finanza Pubblica 2025. Roma, 17 aprile 2025. Disponibile a: www.upbilancio.it/wp-content/uploads/2025/04/UPB_Audizione-DFP-2025.pdf. Ultimo accesso: 30 settembre 2025.

- **Adozione del Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE).** Entro giugno 2026, tutte le Regioni dovrebbero adottare e utilizzare pienamente il FSE. Tuttavia, a marzo 2025 solo 6 documenti su 16 risultavano disponibili nel FSE in tutte le Regioni (lettera di dimissione ospedaliera, referti di laboratorio e di radiologia, prescrizione farmaceutica e specialistica, verbale di pronto soccorso). Inoltre, solo il 42% dei cittadini ha fornito il consenso alla consultazione dei propri dati. Senza un'adeguata informazione ai cittadini sull'utilità del FSE e senza sufficienti rassicurazioni sulla sicurezza dei dati, il raggiungimento del target PNRR rischia di rimanere un obiettivo formale, con potenzialità vanificate dal mancato consenso degli utenti.

Target in via di completamento o già completati (n. 4). Risultano in fase avanzata di attuazione o completati in anticipo quattro target:

- **Progetti di ristrutturazione e ammodernamento degli ospedali (ex art. 20): erogazione di almeno il 90% di € 250 milioni.** Al 21 marzo 2025 risultano finanziati 127 progetti per un totale di € 458,1 milioni. Il superamento della soglia teorica di finanziamento certificherebbe il raggiungimento del target, ma è in corso una ricognizione per verificare quanti progetti rientrino effettivamente nel perimetro del PNRR.
- **Assistenza domiciliare integrata (ADI) negli over 65.** Secondo quanto previsto dal DM 13 marzo 2023, per assistere almeno il 10% della popolazione over 65 in ADI, il PNRR ha l'obiettivo di aumentare le persone prese in carico da oltre 640 mila del dicembre 2019 a poco meno di 1,5 milioni nel 2026, con un incremento totale di almeno 842 mila assistiti. Secondo la relazione Agenas del 21 luglio 2025²⁵⁰, il target è stato superato, con una percentuale di raggiungimento del 119,2% : sono stati presi in carico 1.546.443 assistiti over 65, a fronte di un obiettivo di 1.401.144. La Sardegna è l'unica Regione a non aver raggiunto l'obiettivo, fermandosi al 55,3%.
- **Grandi apparecchiature sanitarie.** Secondo i dati dell'Ufficio Parlamentare di Bilancio, dei 3.223 macchinari previsti, al 31 gennaio 2025 ne risultavano ordinati 3.126 (97%), consegnati 2.578 (80%) e collaudati 2.482 (77%). Il target relativo al collaudo delle apparecchiature è dunque prossimo al completamento.
- **Contratti di formazione specialistica.** A partire dall'anno accademico 2020-2021 sono stati stanziati € 538 milioni per finanziare i 4.200 contratti di formazione medico-specialistica previsti dall'obiettivo, che risulta formalmente raggiunto.

Target non valutabili per dati non disponibili (n. 5). Per alcuni target non sono state individuate fonti pubblicamente accessibili e aggiornate, rendendo impossibile valutarne lo stato di attuazione:

- **Almeno 300.000 persone assistite con strumenti di telemedicina.** La scadenza è fissata al 31 dicembre 2025, ma ad oggi non sono disponibili dati ufficiali sul numero di pazienti presi in carico. Nel primo trimestre del 2025 è stata avviata la raccolta dei dati tramite la Piattaforma Nazionale di Telemedicina e risultano completate le gare per infrastrutture e postazioni.
- **Digitalizzazione di 280 strutture ospedaliere sede di DEA.** Il target, con scadenza al 31 dicembre 2025, riguarda la digitalizzazione di 280 strutture ospedaliere. Non sono disponibili dati pubblici sugli ospedali già digitalizzati; tuttavia, al 25 febbraio 2025,

²⁵⁰ Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali (Agenas). Monitoraggio Assistenza domiciliare. 21 luglio 2025. Disponibile a: www.agenas.gov.it/pnrr/missione-6-salute/monitoraggio-adi. Ultimo accesso: 30 settembre 2025.

secondo i dati dell’Ufficio Parlamentare di Bilancio, risultano aggiudicati tutti gli appalti. L’importo fatturato a livello nazionale si attesta però solo al 21% del totale.

- **Formazione su competenze e abilità di management e digitali per 4.500 professionisti sanitari.** Anche per questo obiettivo, da conseguire entro giugno 2026, non sono disponibili dati pubblici sul numero di professionisti che hanno già completato i percorsi formativi.
- **Tessera sanitaria elettronica e interoperabilità del FSE.** Entro giugno 2026 il sistema relativo alla tessera sanitaria elettronica e all’interoperabilità dei FSE delle varie Regioni dovrà essere pienamente operativo. All’inizio del 2025, secondo la Corte dei Conti, sono state attivate le infrastrutture tecniche per l’interoperabilità dei dati sanitari tra le Regioni e, a marzo 2025, è stato pubblicato in Gazzetta Ufficiale il decreto che istituisce il nuovo Ecosistema dei dati sanitari (DM 31 dicembre 2024).
- **Alimentazione del Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE) da parte dei Medici di Medicina Generale (MMG).** Entro il 31 dicembre 2025, l’85% dei MMG dovrebbe alimentare regolarmente il FSE, ma non sono disponibili dati pubblici per monitorare il progressivo raggiungimento di questo obiettivo. In particolare, l’attenzione è rivolta al *Patient Summary*, ovvero il Profilo Sanitario Sintetico (PSS), documento in cui il MMG sintetizza e mantiene aggiornata la storia clinica del paziente, favorendo la continuità di cura. Con il DM 27 giugno 2025, il Ministero della Salute ha definito le indicazioni attuative per la definizione dei contenuti del PSS, fissando al 30 settembre 2025 il termine ultimo per la piena implementazione. MMG e PLS dovranno garantire l’inserimento e l’aggiornamento periodico del profilo. L’allegato al decreto specifica i contenuti informativi del PSS, distinguendoli in obbligatori, facoltativi e attivabili dopo la piena operatività dell’Ecosistema Dati Sanitari, così da ridurre ridondanze e duplicazioni grazie all’interoperabilità con le banche dati nazionali e regionali.

8.4. Criticità di attuazione

Sin dall’autunno 2021 la Fondazione GIMBE è impegnata nel monitoraggio indipendente delle riforme previste dalla Missione Salute del PNRR. In occasione di un meeting organizzato nel novembre 2021 in collaborazione con FIASO e Federsanità, sono state individuate le principali criticità di attuazione, poi progressivamente rivalutate ed estese negli anni successivi grazie al confronto con diverse categorie di stakeholder. Tali criticità riguardano in larga parte la Componente 1 e l’attuazione del DM 77/2022.

8.4.1. Diseguaglianze regionali

Adempimenti LEA. Le diseguaglianze regionali negli adempimenti LEA (§ 5.4.2) riflettono profonde differenze strutturali, tecnologiche, organizzative e professionali che condizionano la qualità dei 21 servizi sanitari regionali. In occasione del varo del PNRR con le sue scadenze IT ed EU, le Regioni non si trovavano affatto sulla stessa “linea di partenza”, a causa del marcato divario tra le Regioni del Nord e quelle del Mezzogiorno. Una vera e propria “frattura strutturale” che rendeva da subito poco realistico l’obiettivo trasversale del PNRR di ridurre le diseguaglianze regionali e locali, ponendo seri dubbi sulla capacità delle Regioni di procedere in maniera uniforme.

Il problema riguarda innanzitutto i modelli organizzativi dell'assistenza territoriale: infatti, se in alcune Regioni del Nord questa è ormai consolidata da oltre un decennio, con Case della Comunità variamente denominate e strutturate, nella quasi totalità del Centro-Sud il territorio resta di fatto desertificato, riducendo l'assistenza territoriale ai soli ambulatori dei MMG. A tal proposito, è utile ribadire che il DM 77 è stato progettato sul modello della Regione Emilia-Romagna, da cui la maggior parte delle Regioni si discosta non solo sul piano strutturale-organizzativo, ma anche per il coinvolgimento dei professionisti sanitari e il livello di consapevolezza civica.

8.4.2. Personale sanitario

La grave carenza di personale sanitario rappresenta una criticità rilevante per l'attuazione del DM 77. È infatti opportuno ricordare che le risorse erogate dal PNRR sono destinate esclusivamente ad investimenti infrastrutturali, mentre i costi del personale necessario a rendere operative le nuove strutture (Case della Comunità, COT, Ospedali di Comunità) e a potenziare l'ADI ricadono sulla spesa corrente. In questa prospettiva, lungo il percorso di progressiva implementazione e successivo mantenimento (dal 2027) della riforma dell'assistenza territoriale delineata dal PNRR, si identificano tre linee di finanziamento:

- **Risorse stabili del FSN** assegnate dal DL 34/2020 che ha autorizzato, a partire dall'anno 2021, un finanziamento stabile di € 768,6 milioni così ripartiti: € 480 milioni (art. 1, c. 5) per il personale infermieristico, con particolare riferimento all'infermiere di famiglia e di comunità (IFoC); € 265 milioni (art. 1, c. 4) per il potenziamento del personale destinato all'ADI; € 23,6 milioni (art. 1, c. 8) per l'operatività delle COT.
- **Risorse a valere sul FSN** determinate, ma non vincolate:
 - Legge di Bilancio 2022: € 90,9 milioni per il 2022, € 150,1 milioni per il 2023, € 328,3 milioni per il 2024, € 591,5 milioni per il 2025 e € 1.015,3 milioni a decorrere dal 2026 per l'assunzione di personale dipendente (anche in deroga al tetto di spesa previsto dalla legislazione vigente) e per il personale convenzionato.
 - Legge di Bilancio 2024: € 250 milioni per l'anno 2025 e € 350 milioni a decorrere dal 2026 per nuove assunzioni di personale sanitario anche in deroga al tetto di spesa sul personale.
 - Legge di Bilancio 2025: risorse destinate principalmente al rinnovo contrattuale del personale del comparto sanità, senza finanziamenti vincolati per il reclutamento di nuovo personale. La Fondazione GIMBE ha stimato tali risorse in € 7.649 milioni: € 3.618 milioni per il triennio 2025-2027 e € 4.031 milioni per il 2028-2030. La stima considera che, in base ai trienni precedenti, circa 1/3 delle risorse totali destinate ai rinnovi contrattuali per la pubblica amministrazione è stato destinato al personale del SSN: dirigenza, compatto, medici convenzionati²⁵¹.
- **Aumento del FSN** di € 180 milioni annui dal 2027 previsto dal PNRR.

Coinvolgimento dei medici di medicina generale. Il ruolo strategico dei MMG nell'attuazione del DM 77 rende inderogabile una chiara regolamentazione di forme e modalità di coinvolgimento nelle nuove strutture, nonché una revisione dei percorsi formativi per erogare al meglio le cure primarie. Il nuovo Accordo Collettivo Nazionale (ACN) 2019-

²⁵¹ Fondazione GIMBE. Audizione formale Disegno di Legge di Bilancio per l'anno 2025 (C. 2112-bis). In Commissioni Bilancio riunite di Camera e Senato. Roma, 4 novembre 2024. Disponibile a: https://documenti.camera.it/leg19/documentiAcquisiti/COM05/Audizioni/leg19.com05.Audizioni.Memoria.PUBBLICO.ideGes_49189.04-11-2024-11-30-36.615.pdf. Ultimo accesso: 30 settembre 2025.

2021²⁵², siglato l'8 febbraio 2014, ha introdotto il cosiddetto "ruolo unico" all'interno delle Aggregazioni Funzionali Territoriali (AFT), che includono sia i medici di ex assistenza primaria (MMG) sia quelli di continuità assistenziale (ex guardia medica). Dal 1° gennaio 2025, infatti, queste due tipologie di incarico – rispettivamente a scelte degli assistiti e a rapporto orario – saranno assegnate in maniera univoca, impegnando il medico ad assicurare sia l'attività a ciclo di scelta, sia quella oraria per un massimo di 38 ore settimanali. Il testo dell'ACN prevede inoltre una progressiva riduzione dell'attività oraria in funzione dell'aumento degli assistiti in carico, fino al massimale di 1.500, secondo i seguenti scaglioni:

- 38 ore: dal conferimento dell'incarico fino a 400 assistiti
- 24 ore: da 401 assistiti a 1.000 assistiti
- 12 ore: da 1.001 assistiti a 1.200 assistiti
- 6 ore: da 1.201 assistiti a 1.500 assistiti

Per l'attività di scelta i medici continueranno ad operare presso il proprio studio, mentre per la parte oraria sarà l'ASL a definire la sede di lavoro: Case della Comunità, postazioni di guardia medica, ambulatori aziendali, etc. In questo modo le ASL dal 1° gennaio 2025 possono individuare tra i nuovi incaricati i MMG che devono prestare servizio nelle Case della Comunità; invece, quelli già in servizio possono scegliere se aderire, o meno, al ruolo unico. Inoltre, le ore svolte in tali sedi saranno remunerate con una maggiorazione del 60% rispetto a quelle svolte in guardia medica.

Il nuovo ACN prevede l'adesione obbligatoria dei MMG all'assetto organizzativo definito dalla Regione, superando tutte le forme organizzative precedenti e sostituendole con le AFT, operative su tutto l'arco della giornata e per 7/7 giorni e con le Unità Complesse di Cure Primarie (UCCP). L'ACN stabilisce inoltre l'adesione obbligatoria dei MMG ai sistemi informativi regionali (rete informatica e flussi informativi) e quelli nazionali (Nuovo Sistema Informativo Sanitario, Tessera Sanitaria, FSE), quale condizione irrinunciabile per l'accesso e il mantenimento della convenzione, pena la decadenza. È prevista inoltre che la forma organizzativa multiprofessionale (UCCP) operi in forma integrata all'interno delle Case della Comunità, e viene definita l'articolazione delle strutture territoriali secondo il modello *hub e spoke*. Tra le sedi *spoke* rientrano anche eventuali sedi di riferimento delle AFT.

Riconoscendo che, in assenza di coraggiose riforme, il nuovo ACN rappresenta un ragionevole compromesso per assicurare la presenza dei MMG nelle Case della Comunità, il "popolamento" di queste strutture resta comunque condizionato da due variabili. Innanzitutto, il nuovo ACN deve essere concretamente implementato a livello regionale attraverso gli accordi attuativi regionali e aziendali. In secondo luogo, permane la difficoltà di programmare l'effettivo monte ore che i MMG garantiranno per ciascuna ASL per la quota parte oraria: il nuovo ACN, infatti, genera una sorta di effetto "competizione" tra attività ambulatoriale e oraria, perché le ore dedicate alle Case della Comunità diminuiscono proporzionalmente all'aumentare del numero di assistiti. In altri termini, se l'obiettivo del MMG è quello di acquisire il massimo numero di assistiti, le ore effettivamente disponibili per le Case della Comunità rischiano di essere esigue e, comunque, fortemente dipendenti dall'ingresso di nuovi MMG. In questa prospettiva, sarebbe auspicabile puntare ad una retribuzione più omogenea a livello nazionale, piuttosto che ad incentivi regionali o aziendali previsti negli accordi attuativi. Gli incentivi, infatti, alimentano disegualanze organizzative,

²⁵² Struttura Interregionale Sanitari Convenzionati - SISAC. Medicina Convenzionata – Accordo Collettivo Nazionale. Roma, 4 aprile 2024. Disponibile a: www.sisac.info/anteprimaNewsHome.do?tipo=WEB&idArea=201011221610481056&idNews=20240408092317568&tit=&cat=&ddal=&dal=30/09/2024. Ultimo accesso: 30 settembre 2025.

rafforzano nei cittadini la percezione di un'offerta non uniforme, vengono vissuti dai MMG come penalizzanti quando non riconosciuti e, soprattutto, presentano un'efficacia dubbia, specialmente nel medio-lungo periodo

Carenza di personale infermieristico. Il DM 77 attribuisce un ruolo centrale all'IFoC, per il quale l'Agenas ha definito apposite linee di indirizzo²⁵³. Lo standard minimo stimato è di 1 IFoC ogni 3.000 abitanti, calcolato come numero complessivo di professionisti impiegati nei diversi setting assistenziali previsti dalla riforma dell'assistenza territoriale. Il bacino di utenza può comunque variare in funzione delle caratteristiche orografiche del territorio: aree interne, isole, comunità montane, zone metropolitane ad alta densità abitativa. Nel 2022 Agenas aveva stimato un fabbisogno di IFoC compreso tra 19.450 e 26.850 infermieri²⁵⁴ (tabella 8.16). A parità di fabbisogno complessivo per le strutture previste dal PNRR, tale stima è stata rivista nel presente Rapporto alla luce della rimodulazione approvata dalla Commissione Europea (§ 8.2.2), che ha ridotto di circa il 30% il numero di strutture da realizzare entro il 30 giugno 2026.

Struttura / Prestazione	N° strutture	Standard per struttura		Fabbisogno totale	
		Min	Max	Min	Max
Case di comunità	1.038	7	11	7.266	11.418
Centrali Operative Territoriali	480	4*	6*	1.920 ^{\$}	2.880 ^{\$}
Ospedali di Comunità	307	7*	9*	2.149 [^]	2.763 [^]
Unità di Continuità Assistenziale	600	1		600	
Assistenza Domiciliare Integrata	-	0,9 per 1.000 ab. over 65		4.200	
TOTALE				16.135	21.861

*di cui 1 coordinatore infermieristico - \$di cui 600 coordinatori infermieristici - ^di cui 400 coordinatori infermieristici

Tabella 8.17. Stime del fabbisogno di personale infermieristico al 20 giugno 2026

(aggiornamento GIMBE su stime Agenas)

La necessità stimata di oltre 16 mila IFoC si scontra con la grave carenza di personale infermieristico nel SSN, che ha impedito alle Regioni persino di utilizzare integralmente le risorse assegnate dal DL 34/2020. Il numero di IFoC inseriti nei servizi risulta infatti inferiore rispetto ai quasi 20 mila previsti dal DM 77, ma non esiste una fonte ufficiale che documenti quanti siano stati effettivamente collocati nelle strutture territoriali. Alla carenza numerica si somma la scarsa attrattività della professione infermieristica, testimoniata sia dal progressivo calo delle domande per i Corsi di Laurea in Scienze Infermieristiche (§ 7.2.1), sia dall'aumento delle cancellazioni dagli albi professionali e dalle dimissioni volontarie dal SSN. In queste condizioni, appare poco realistico disporre di un numero adeguato di IFoC che, insieme ai MMG, costituiscono la colonna portante per la riorganizzazione dell'assistenza territoriale delineata dal DM 77.

²⁵³ Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali – Agenas. Linee di indirizzo: infermiere di famiglia o di comunità. Novembre 2023. Disponibile a: www.agenas.gov.it/images/2023/primo_piano/infermieri/Documento_Tecnico_Linee_di_Indirizzo_IFoC - def.pdf. Ultimo accesso: 30 settembre 2025.

²⁵⁴ Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali – Agenas. Il personale del Servizio Sanitario Nazionale. Disponibile a: www.agenas.gov.it/images/agenas/ln%20primo%20piano/personale/personale_ssn_2022.pdf. Ultimo accesso: 30 settembre 2025.

8.4.3. Telemedicina

Nell'ambito delle funzioni previste dalla L. 25/2022, Agenas ha assunto il ruolo di Agenzia Nazionale per la Sanità Digitale (ASD), con il compito di garantire omogeneità a livello nazionale ed efficienza nell'attuazione delle politiche di digitalizzazione del settore sanitario. Tra queste, particolare rilievo assumono, i nuovi modelli organizzativi basati su soluzioni innovative, come i servizi di telemedicina. Secondo l'ultima relazione disponibile relativa all'anno 2023²⁵⁵, l'attività svolta dall'ASD ha riguardato:

- predisposizione, pubblicazione e aggiornamento di Linee Guida;
- monitoraggio periodico sull'attuazione delle Linee Guida;
- promozione e realizzazione di servizi sanitari e socio-sanitari basati sui dati;
- certificazione delle soluzioni di tecnologia dell'informazione;
- supporto al Ministero della Salute per la valutazione delle richieste da parte di soggetti terzi di consultazione dei dati raccolti nell'Ecosistema Dati Sanitari (EDS) per finalità di ricerca;
- supporto alla Cabina di regia del Nuovo Sistema Informativo Sanitario (NSIS);
- gestione della Piattaforma Nazionale di Telemedicina (PNT);
- proposta per definire e aggiornare le tariffe per i servizi di telemedicina.

Non risultano disponibili relazioni di attività successive a quella del 2023. Tra le iniziative realizzate più recentemente, si segnalano la pubblicazione delle Linee di indirizzo percorso evolutivo Sistemi Medicali per Telemonitoraggio²⁵⁶, la presentazione della PNT, avvenuto lo scorso 4 febbraio²⁵⁷ e l'avvio ufficiale con la firma della Conferenza Stato-Regioni del Decreto del Ministero della Salute, MEF e Presidenza del Consiglio che fissa le regole che guideranno l'infrastruttura nazionale e quelle regionali, dalla gestione dei dati al ruolo di Agenas, fino agli standard di sicurezza informatica e alla garanzia di prestazioni uniformi per i cittadini²⁵⁸. Entra dunque nel vivo la PNT, grazie allo stanziamento a favore di Agenas di € 12,5 milioni per il 2026 e di € 25 milioni di euro annui a partire dal 2027, validato in sede di Conferenza Stato-Regioni. Il finanziamento garantirà la gestione operativa dell'Infrastruttura Nazionale di Telemedicina (INT) che si affianca a quelle regionali. Le Regioni, tuttavia, hanno avanzato una raccomandazione: i futuri provvedimenti a valenza nazionale dovranno disporre di una copertura distinta e aggiuntiva rispetto alle risorse orinarie del SSN. Inoltre, richiedono al Ministero della Salute un quadro completo dei fabbisogni finanziari, così da chiarire le linee progettuali ammesse al finanziamento, ribadendo l'impegno ad assicurare la rapida attuazione

²⁵⁵ Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali (Agenas). Agenzia nazionale per la sanità digitale. Relazione sull'attività svolta ai sensi dell'articolo 21, comma 15-duodecies, della legge 28 marzo 2022, n. 25. Anno 2023. Disponibile a: www.agenas.gov.it/images/agenas/PNRR/Relazione_annuale_Agenzia_Sanita%CC%80_Digitale_2023.pdf. Ultimo accesso: 30 settembre 2025.

²⁵⁶ Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali (Agenas). Linee di indirizzo percorso evolutivo Sistemi Medicali per Telemonitoraggio. Versione 1.8 del 9 dicembre 2024. Disponibile a: www.agenas.gov.it/aree-tematiche/comunicazione/primo-piano/2574. Ultimo accesso: 30 settembre 2025.

²⁵⁷ Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali – Agenas. Presentazione della Piattaforma Nazionale di Telemedicina. Roma, 4 febbraio 2025. Disponibile a: www.agenas.gov.it/aree-tematiche/comunicazione/primo-piano/2554-4-febbraio-agenas-presenta-la-piattaforma-nazionale-di-telemedicina. Ultimo accesso: 30 settembre 2025.

²⁵⁸ Conferenza Stato-Regioni. Parere ai sensi dell'art. 2, comma 4, del d.lgs. n.281/1997 sullo schema di decreto del Ministro della Salute di concerto con il Ministro dell'economia e delle finanze e con il Sottosegretario di Stato alla Presidenza del Consiglio dei ministri con delega all'innovazione tecnologica concernente la disciplina dei trattamenti di dati personali nell'ambito della infrastruttura piattaforma nazionale di telemedicina. Roma, 10 settembre 2025. Disponibile a: www.regioni.it/download/conferenze/662253. Ultimo accesso: 30 settembre 2025.

degli interventi previsti, in coerenza con la Missione 6 del PNRR, di cui la telemedicina rappresenta uno dei pilastri²⁵⁹.

L'enfasi sulle grandi opportunità offerte dalla telemedicina nella riorganizzazione dell'assistenza sanitaria si è concentrata soprattutto sullo sviluppo, la promozione e l'utilizzo di dispositivi tecnologici sempre più sofisticati, trascurando due criticità fondamentali - già identificate e classificate dall'OMS - che, se non affrontate, rischiano di generare nuove diseguaglianze²⁶⁰. La prima riguarda l'elevato livello di *digital illiteracy* in Italia, che richiede un programma di alfabetizzazione digitale rivolto a professionisti sanitari, pazienti, familiari e caregiver. Infatti, secondo i dati Eurostat 2023²⁶¹, solo il 45,8% della popolazione italiana possiede competenze digitali almeno di base, con forti gradienti generazionali e territoriali. Un dato sostanzialmente invariato rispetto al 2021 (45,6%), ben al di sotto della media europea (55,6%) e lontanissimo da quello di Olanda, Finlandia e Norvegia che superano l'80%. La seconda criticità riguarda la digitalizzazione infrastrutturale: la piena attuazione delle riforme previste dal PNRR è infatti strettamente legata alla digitalizzazione del Paese (identità digitale, adozione del *cloud*, servizi pubblici digitali) e alla disponibilità di un accesso uniforme alla banda larga su tutto il territorio nazionale. In questa prospettiva, risultano determinanti gli obiettivi previsti dai piani "Italia digitale 2026"²⁶² e "Banda ultra larga"²⁶³, che include sette linee di intervento, tra cui il "Piano Sanità connessa"²⁶⁴. Quest'ultimo mira a garantire la connettività per oltre 12.000 strutture sanitarie, dagli ambulatori agli ospedali, assicurando velocità simmetriche di almeno 1 Gbps e fino a 10 Gbps, oltre a fornire assistenza tecnica e servizi di manutenzione.

A livello nazionale, la Piattaforma Nazionale di Telemedicina rappresenta il nodo centrale di interoperabilità con il FSE e con l'EDS (cd. *European Health Data Space*). Entro dicembre 2025 Regioni e Province autonome dovranno prendere in carico almeno 300.000 pazienti con strumenti di telemedicina (target PNRR M6C1-9). Tuttavia, come già evidenziato, al 30 settembre 2025 non risultano disponibili dati ufficiali sullo stato di avanzamento di questo target. Permangono inoltre criticità legate alla frammentazione dei sistemi di telemonitoraggio, affrontate da Agenas nelle "Linee di indirizzo percorso evolutivo Sistemi Medicali per Telemonitoraggio"²⁶⁵, documento volto a definire criteri tecnici, normativi e funzionali per l'integrazione dei dispositivi medici nei servizi di telemedicina. Infine, la diffusione uniforme della telemedicina dipende anche da un altro mandato affidato ad Agenas, strettamente connesso all'aggiornamento dei LEA e, in ultima istanza, alle risorse disponibili: la proposta per

²⁵⁹ Conferenza delle Regioni e delle Province autonome. Regioni: via libera ai fondi per la Piattaforma nazionale di Telemedicina. Roma, 10 settembre 2025. Disponibile a: www.regioni.it/comunicato-stampa/2025/09/10/regioni-via-libera-ai-fondi-per-la-piattaforma-nazionale-di-telemedicina-662221/. Ultimo accesso: 30 settembre 2025.

²⁶⁰ Equity within digital health technology within the WHO European Region: a scoping review. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2022. Disponibile a: <http://www.who.int/europe/publications/i/item/WHO-EURO-2022-6810-46576-67595>. Ultimo accesso: 30 settembre 2025.

²⁶¹ Eurostat. Individuals' level of digital skills (from 2021 onwards). Last update: 17 December 2024. Disponibile a: https://ec.europa.eu/eurostat/databrowser/product/page/ISOC_SK_DSIL_121. Ultimo accesso: 30 settembre 2025.

²⁶² Governo Italiano, Dipartimento per la trasformazione digitale. Italia Digitale 2026. Disponibile a: <https://innovazione.gov.it/italia-digitale-2026>. Ultimo accesso: 30 settembre 2025.

²⁶³ Governo Italiano, Dipartimento per la trasformazione digitale. Banda Ultra Larga. Agosto 2022. Disponibile a: <https://innovazione.gov.it/progetti/banda-ultra-larga>. Ultimo accesso: 30 settembre 2025.

²⁶⁴ Governo Italiano, Dipartimento per la trasformazione digitale. Piano Sanità connessa. Giugno 2022. Disponibile a: <https://innovazione.gov.it/dipartimento/focus/piano-sanita-connessa>. Ultimo accesso: 30 settembre 2025.

²⁶⁵ Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali – Agenas. Linee di indirizzo percorso evolutivo Sistemi Medicali per Telemonitoraggio. Versione 1.8 del 9 dicembre 2024. Disponibile a: www.agenas.gov.it/comunicazione/primo-piano/2574-agenas-pubblica-le-linee-guida-per-l%20E2%80%99evoluzione-dei-sistemi-medicali-per-il-telemonitoraggio. Ultimo accesso: 30 settembre 2025.

definire e aggiornare le tariffe dei servizi di telemedicina, al momento esclusi dalla rimborsabilità pubblica, ad eccezione della televisita²⁶⁶.

8.5. Considerazioni conclusive

La Missione Salute del PNRR è stata presentata come una grande opportunità per potenziare il SSN. Tuttavia, agli addetti ai lavori era chiaro sin dall'inizio che per ottenere il massimo ritorno in termini di salute delle risorse investite e per ridurre le diseguaglianze regionali e locali, la sua attuazione – come più volte ribadito dalla Fondazione GIMBE – avrebbe dovuto tenere conto delle criticità di implementazione ed essere sostenuta da precise azioni politiche. Infatti, dopo la “messa a terra” della Missione Salute da parte del Governo, il rispetto delle scadenze è stato condizionato soprattutto dalle criticità di implementazione dei soggetti attuatori. In particolare, nell'attuazione del DM 77 alle rilevanti diseguaglianze regionali e territoriali si sono sommate negli ultimi anni le gravi carenze dei professionisti chiave della riorganizzazione dell'assistenza territoriale (MMG e IFoC).

Per attuare il DM 77 era necessario varare sin da subito coraggiose riforme di sistema, volte a ridisegnare ruolo e responsabilità dei MMG e a facilitare l'integrazione con l'IFoC. Ma soprattutto la politica, oltre a credere nell'impianto della Missione Salute, avrebbe dovuto anche inserirla in una strategia di rafforzamento complessivo del SSN. Al contrario, durante la fase cruciale dell'attuazione delle misure della Missione Salute, il SSN si è fortemente indebolito. Così, assegnando al PNRR la funzione di mera “stampella” per un SSN “claudicante”, si è determinato un paradosso: indebitare le future generazioni per realizzare solo un costoso “lifting” del SSN.

Oggi, il problema non è più – o almeno non è solo – la necessità di investimenti certi e vincolati per il personale sanitario dal 2027, ma l'individuazione di soluzioni concrete per rendere attrattive la professione infermieristica e quella di medico di famiglia, perché la loro carenza rappresenta il principale ostacolo per attuare il DM 77. Nella “volata finale” del PNRR è inoltre indispensabile un affiancamento delle Istituzioni centrali alle Regioni del Mezzogiorno per colmare i gravi ritardi accumulati, con modalità che non possono coincidere – come previsto dal contratto istituzionale di sviluppo – con la fallimentare strategia dei Piani di rientro, basata sui poteri sostitutivi dello Stato nei confronti delle Regioni inadempienti.

Al 30 giugno 2025, al di là del rispetto formale delle scadenze e dell'incasso delle rate, la spesa effettiva delle risorse e l'avanzamento reale degli obiettivi procedono con estrema lentezza, accompagnati da inaccettabili diseguaglianze regionali. In particolare, delle 14 misure da completare entro giugno 2026, almeno 5 presentano criticità di attuazione, di cui 2 particolarmente rilevanti (Case e Ospedali di Comunità). Per altri 5 target risulta impossibile effettuare una valutazione indipendente per mancanza di dati pubblici, trascurando che la trasparenza non è un dettaglio tecnico, ma il primo strumento di rendicontazione pubblica e di fiducia tra istituzioni e cittadini.

In altri termini, nella fase finale del PNRR il rispetto delle scadenze formali, pur necessario per l'erogazione delle rate, non rappresenta più un indicatore affidabile sul reale stato di

²⁶⁶ Ministero della Salute. Telemedicina. Prestazioni a carico SSN. 20 giugno 2025. Disponibile a: <https://preprod.telemedicina.gov.it/post/idoneita-e-rimborso-dei-servizi-di-telemedicina-in-italia>. Ultimo accesso: 30 settembre 2025.

avanzamento dei progetti. Infatti, il 30 giugno 2026 segna la scadenza non solo per il completamento formale dei target, ma anche per la consegna effettiva delle strutture e dei servizi finanziati dal PNRR, che dovrebbero tradursi in un concreto miglioramento dell'assistenza sanitaria.

La "volata finale" della Missione Salute non può trasformarsi in un terreno di scontro politico perché le responsabilità si distribuiscono, in misura diversa, su tutti i governi che hanno gestito il PNRR: il Governo Conte che, complici i tempi ristretti e la pandemia in corso, non ha previsto un monitoraggio più rigoroso e ravvicinato dei soggetti attuatori sui vari target; il Governo Draghi, che sul Piano nazionale per gli investimenti complementari ha mostrato dei seppur non significativi ritardi; infine, il Governo Meloni, che dopo aver tentennato sull'utilità di alcune misure (es. Case di Comunità), si è limitato a celebrare l'incasso delle rate, portando a casa una rimodulazione al ribasso dei target, ma senza esercitare un'azione costante ed efficace su Regioni e ASL, i soggetti attuatori chiamati a portare a termine i progetti.

Considerato che la fase conclusiva richiede una responsabilità collettiva e una convergenza di sforzi, la Fondazione GIMBE invoca una stretta collaborazione tra Governo, Regioni e ASL per completare con successo il percorso ed evitare tre rischi che il Paese non può permettersi. Il primo, assolutamente da scongiurare, di non raggiungere i target EU e dover restituire il contributo a fondo perduto. Il secondo, difficile da mitigare, è raggiungere i target nazionali senza ridurre le diseguaglianze regionali e territoriali, anzi aggravando il divario Nord-Sud. Il terzo, paradossale, di incassare le rate senza generare benefici reali per cittadini e pazienti, lasciando in eredità alle future generazioni strutture vuote, tecnologie digitali non integrate nel SSN insieme ad un pesante indebitamento. Con il rischio, peraltro, di affidare la gestione ai privati, sprecando un'occasione irripetibile per rafforzare la sanità pubblica.

CAPITOLO 9

Il privato in sanità

Il progressivo indebolimento del Servizio Sanitario Nazionale (SSN) alimenta sempre più il timore di una progressiva privatizzazione della sanità, che può essere concettualmente ricondotta a due macro-fenomeni²⁶⁷:

- privatizzazione della spesa, ovvero l'aumento della quota di spesa sanitaria privata, in particolare out-of-pocket, sul totale della spesa sanitaria, a scapito di quella pubblica;
- privatizzazione della produzione, ovvero l'espansione del numero e della tipologia di soggetti privati che erogano servizi e prestazioni sanitarie; fenomeno che non comporta necessariamente una riduzione delle risorse destinate al SSN.

Il primo aspetto è stato ampiamente analizzato (§ 4): in Italia la spesa sanitaria privata nel 2024 ammonta al 25,7% del totale; di questa, l'86,7% è rappresentato da spesa out-of-pocket e il 13,3% da spesa intermediata da fondi sanitari e assicurazioni. L'entità della spesa out-of-pocket è ben al di sopra della soglia raccomandata dall'OMS²⁶⁸: per non compromettere uguaglianza e accessibilità alle cure, questa dovrebbe essere contenuta entro il 15% della spesa sanitaria totale, mentre in Italia si negli ultimi tredici anni si è sempre attestata tra il 21,5% e il 24,1%.

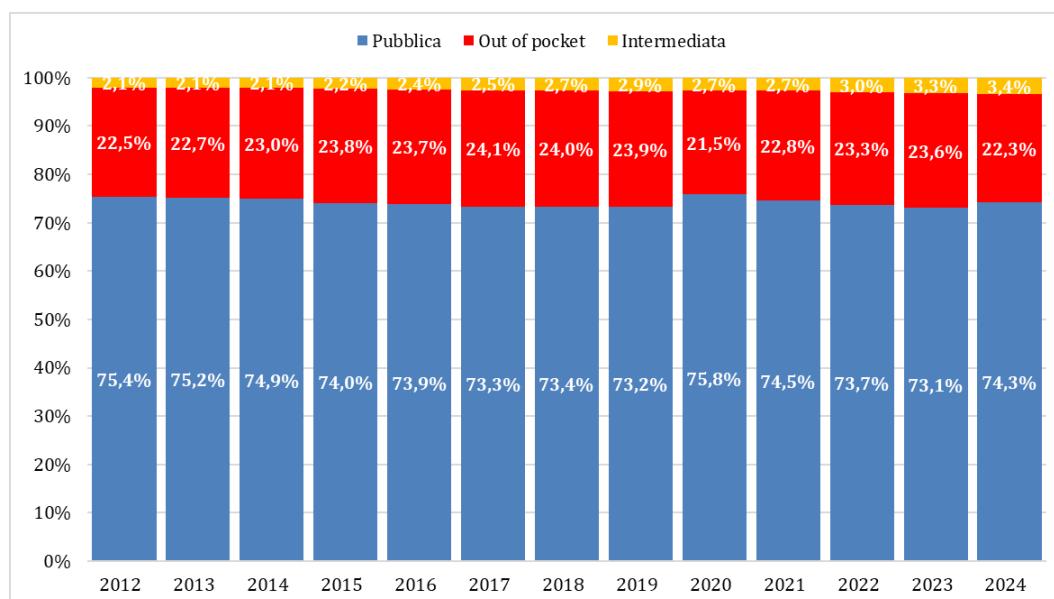


Figura 9.1. Composizione della spesa sanitaria: trend 2012-2024
(dati ISTAT-SHA)

²⁶⁷ Arcano R, Capacci A, Turati T. Stiamo privatizzando la sanità? In: Università Cattolica del Sacro Cuore. Osservatorio Conti Pubblici Italiani. Milano, 11 ottobre 2024. Disponibile a: <https://osservatoriocpi.unicatt.it/ocpi-pubblicazioni-stiamo-privatizzando-la-sanita>. Ultimo accesso: 30 settembre 2025.

²⁶⁸ World Health Organization. Regional Office for Europe. European Health Report 2018. More than numbers — evidence for all. Disponibile a: www.euro.who.int/en/publications/abstracts/european-health-report-2018-more-than-numbers-evidence-for-all-2018. Ultimo accesso: 20 gennaio 2025.

Nel periodo 2012-2024, la composizione della spesa sanitaria è rimasta pressoché invariata: circa tre quarti è rappresentata dalla spesa pubblica e il rimanente quarto da quella privata, sostenuta in larga parte direttamente dai cittadini. La spesa intermediata, pur rimanendo marginale, mostra un trend in crescita: dal 2,1% del 2012 al 3,4% del 2024.

La privatizzazione della produzione è un fenomeno molto più complesso, perché coinvolge differenti categorie di erogatori. La più nota, che identifica il privato per antonomasia, è quella degli erogatori privati convenzionati, ossia strutture che forniscono servizi e prestazioni sanitarie per conto del SSN, rimborsate con risorse pubbliche.

Occorre anzitutto precisare che ogni struttura sanitaria o socio-sanitaria privata deve essere autorizzata dalla Regione (o dal Comune/ASL, se delegato) per operare sul territorio. L'autorizzazione certifica che la struttura rispetti requisiti edilizi, igienici, tecnologici e di personale, ma non la abilita di per sé a erogare prestazioni per conto del SSN. Le strutture sanitarie autorizzate si distinguono in tre categorie:

- **Erogatore privato non accreditato.** Strutture che offrono prestazioni a pagamento diretto da parte del cittadino (out-of-pocket) o rimborsate da fondi integrativi e assicurazioni sanitarie. Non hanno alcun rapporto contrattuale con il SSN e si identificano con il cosiddetto "privato puro".
- **Erogatore privato accreditato non convenzionato.** Strutture che hanno ottenuto l'accreditamento istituzionale dalla Regione, dimostrando il rispetto di requisiti strutturali, tecnologici, organizzativi e qualitativi fissati dalla normativa nazionale (D.Lgs. 502/1992 e successive modifiche) e regionale. L'accreditamento le rende idonee a erogare prestazioni per conto del SSN, ma senza diritto al rimborso pubblico finché non viene stipulato un contratto con la Regione o l'ASL competente. In assenza di convenzionamento, operano come "privato puro", con prestazioni a pagamento diretto da parte dei cittadini o intermediato da fondi/assicurazioni. Si possono distinguere due situazioni: quella di una struttura accreditata che non ha ancora stipulato un contratto di convenzione con la Regione o l'ASL di riferimento e quella in cui il contratto di convenzione è stato risolto o revocato per vincoli di budget da parte della Regione o dell'ASL di riferimento. Compatibilmente con la normativa della propria Regione, le strutture accreditate non convenzionate possono erogare prestazioni in regime di mobilità attiva, rimborsate dalla Regione di residenza del paziente.
- **Erogatore privato accreditato e convenzionato.** Strutture che, dopo l'accreditamento, hanno stipulato un contratto con la Regione o l'ASL di riferimento, che stabilisce budget annuale, tipologie e volumi massimi di prestazioni erogabili a carico del SSN, tariffe di rimborso (secondo i nomenclatori nazionali o regionali) e meccanismi di controllo su qualità, appropriatezza e spesa. In queste strutture i cittadini accedono alle prestazioni alle stesse condizioni del pubblico, pagando solo l'eventuale ticket. Il convenzionamento può essere totale, quando riguarda tutte le prestazioni erogate, oppure parziale, se si limita al rimborso da parte del SSN di specifiche tipologie di prestazioni, mentre le restanti rimangono a carico dei cittadini. Le strutture convenzionate, inoltre, possono erogare prestazioni, oltre il tetto di spesa rimborsato dal SSN, con pagamento diretto dei cittadini oppure tramite rimborsi da fondi sanitari e assicurazioni.

In sintesi, un erogatore privato può seguire tre step regolatori: autorizzazione (erogazione di prestazioni solo a pagamento diretto), accreditamento (riconoscimento di idoneità a erogare prestazioni per il SSN) e, infine, convenzionamento (erogazione di prestazioni rimborsate con risorse pubbliche).

Oltre alle categorie di erogatori già descritte, in ambito sanitario operano altri soggetti privati: gli investitori che immettono capitali in sanità; fondi sanitari e assicurazioni che operano come “terzi paganti”, configurando il cosiddetto “secondo pilastro” (§ 4.2.2); i soggetti che stipulano partenariati pubblico privato (PPP). Un’ulteriore distinzione riguarda la natura dei soggetti profit da quelli non-profit. Tra questi ultimi rientrano cooperative sociali, fondazioni, enti religiosi, associazioni di volontariato che gestiscono intere strutture sanitarie o socio-sanitarie (RSA, hospice, centri di riabilitazione) oppure servizi specifici, come le cure palliative o il trasporto in ambulanza.

Questa cognizione preliminare evidenzia che l’aggettivo “privato” in sanità viene utilizzato per descrivere una pluralità di attori molto diversi tra loro, la cui capacità di mantenere un equilibrio tra la tutela della salute e ricerca di profitto è molto variabile. Per questo motivo il presente capitolo amplia l’analisi della “privatizzazione della produzione” e affronta anche la dimensione della “privatizzazione del finanziamento”, proponendo una tassonomia per classificare i soggetti privati in sanità, non solo in base al ruolo nella produzione di servizi e prestazioni sanitarie, ma anche in relazione al finanziamento, all’attività di terzo pagante, alla programmazione e ai PPP.

Il crescente coinvolgimento di attori privati nel settore sanitario rende necessaria una definizione più analitica delle attività da essi svolte. Nel presente Rapporto sono considerati in quanto soggetti privati coinvolti nel finanziamento, rimborso, programmazione ed erogazione di servizi e prestazioni sanitarie e socio-sanitarie.

Sono state individuate quattro categorie di soggetti privati, classificate in base alla loro attività prevalente rispetto al SSN: erogatori, investitori, terzi paganti e soggetti che stipulano PPP (box 9.1).

Box 9.1. Soggetti privati che operano in sanità: la tassonomia GIMBE

- **Erogatori:** soggetti che forniscono servizi e prestazioni sanitarie e socio-sanitarie, convenzionati, o meno, con il SSN.
- **Investitori:** soggetti che immettono capitali in sanità con finalità di profitto o di sostegno allo sviluppo del settore.
- **Terzi paganti:** soggetti che svolgono la funzione di pagante intermedio tra erogatori e fruitori di prestazioni.
- **Contraenti PPP:** soggetti che stipulano PPP con strutture sanitarie pubbliche, ASL, Regioni, etc.

Ciascuna categoria può avere natura giuridica profit o non-profit. La tabella 9.1 propone un’articolazione della classificazione dei soggetti privati, senza alcuna pretesa di esaustività, data la complessità del fenomeno (in particolare nell’ambito del non-profit) e la costante proliferazione delle tipologie di investitori.

Soggetti	Profit	Non-profit
Erogatori	<ul style="list-style-type: none"> • Struttura accreditata e convenzionata • Struttura accreditata non convenzionata • Struttura non accreditata 	
Investitori	<ul style="list-style-type: none"> • Fondi di investimento • Compagnie assicurative • Gruppi bancari • Società o gruppi societari 	<ul style="list-style-type: none"> • ETS e altri enti non-profit
Terzi paganti	<ul style="list-style-type: none"> • Compagnie assicurative • Imprese 	<ul style="list-style-type: none"> • Fondi sanitari • Casse mutue • ETS e altri enti non-profit
Contraenti PPP	<ul style="list-style-type: none"> • Società • Cooperative sociali e consorzi di cooperative • Fondi di investimento • Compagnie assicurative e banche 	<ul style="list-style-type: none"> • ETS e altri enti non-profit

Tabella 9.1. L'ecosistema dei soggetti privati in sanità

Se il rischio di sbilanciamento tra l'obiettivo pubblico di tutela della salute e quello imprenditoriale della produzione di profitti riguarda formalmente solo i soggetti profit, non si può comunque escludere che anche i soggetti non-profit possano adottare comportamenti opportunistici. Inoltre, al di là della natura giuridica o dell'attitudine dei singoli attori, sono le relazioni che si instaurano tra i vari soggetti a determinare possibili distorsioni, dove la ricerca del profitto viene anteposta alla tutela della salute, che talvolta rimane un obiettivo strumentale.

9.1. Erogatori

Gli erogatori costituiscono la componente più visibile per i cittadini della presenza privata in sanità, in quanto direttamente coinvolti nell'erogazione di servizi e prestazioni sanitarie.

9.1.1. Strutture accreditate

Secondo l'Annuario Statistico del Ministero della Salute relativo all'anno 2023²⁶⁹, delle 29.386 strutture sanitarie censite, 17.042 (58%) sono private accreditate, mentre 12.344 (42%) sono pubbliche. La tabella 9.2 riporta la suddivisione per categoria.

²⁶⁹ Ministero della Salute. Annuario statistico del Servizio Sanitario Nazionale. Anno 2023. Roma, 3 febbraio 2025. Disponibile a: www.salute.gov.it/new/sites/default/files/imported/C_17_pubblicazioni_3523_allegato.pdf. Ultimo accesso: 30 settembre 2025.

Tipologia di assistenza	Pubbliche	Private accreditate	Totale
Ospedaliera	511	485	996
Specialistica ambulatoriale	3.675	5.446	9.121
Residenziale	1.213	6.901	8.114
Semi-residenziale	867	2.325	3.192
Riabilitativa	260	943	1.203
Altra assistenza territoriale*	5.818	942	6.760
Totale	12.344	17.042	29.386

*Centri dialisi ad assistenza limitata, stabilimenti idrotermali, centri di salute mentale, consulti familiari e centri distrettuali.

Tabella 9.2. Numero di strutture per tipologia di assistenza erogata anno 2023
(dati Ministero della Salute)

La quota di strutture private accreditate risulta superiore a quella pubblica in diversi ambiti assistenziali nell'assistenza residenziale (85,1%), riabilitativa (78,4%), semi-residenziale (72,8%) e specialistica ambulatoriale (59,7%) (figura 9.1).

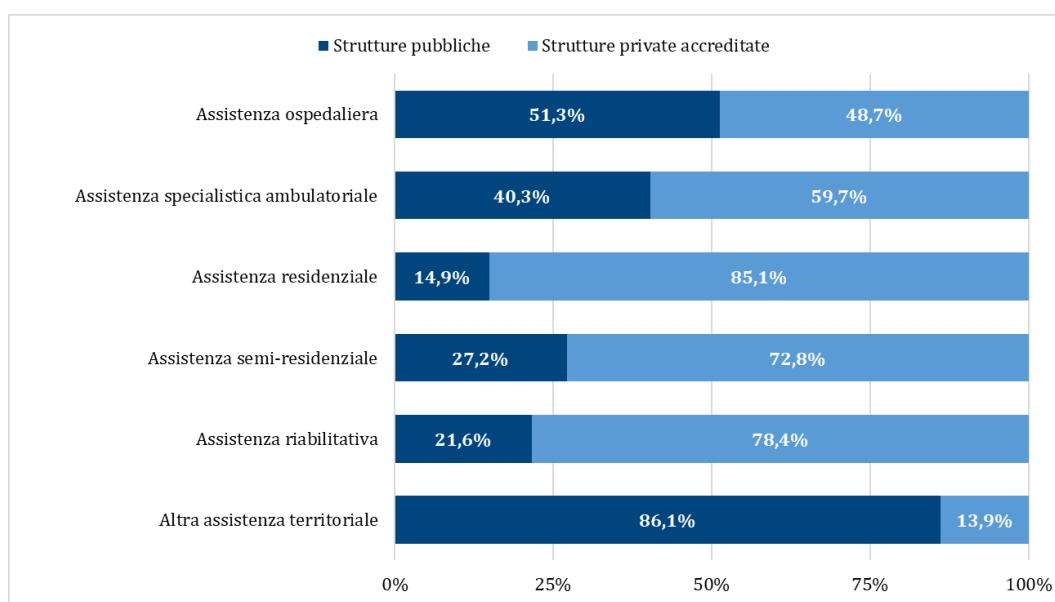


Figura 9.1. Distribuzione percentuale delle strutture pubbliche e private accreditate per tipologia di assistenza
(elaborazione GIMBE su dati Ministero della Salute)

Confrontando i dati del 2023 con quelli del 2011²⁷⁰, emergono alcune considerazioni di rilievo. Il numero di strutture ospedaliere e di assistenza specialistica ambulatoriale si è ridotto sia nel pubblico che nel privato accreditato, ma a livello percentuale la contrazione è stata circa doppia nel pubblico rispetto al privato. Nell'assistenza residenziale e semi-residenziale si osserva un arretramento del pubblico a fronte di una forte crescita del privato accreditato; infine, nell'assistenza riabilitativa il privato accreditato è aumentato più del pubblico, mentre nella restante assistenza territoriale, a fronte di un aumento del pubblico più alto in valore assoluto, percentualmente il privato è cresciuto quasi del doppio (tabella 9.3, figura 9.2).

²⁷⁰ Ministero della Salute. Annuario statistico del Servizio Sanitario Nazionale. Anno 2011. Roma, maggio 2014. Disponibile a: www.salute.gov.it/new/sites/default/files/imported/C_17_pubblicazioni_2160_allegato.pdf. Ultimo accesso: 30 settembre 2025.

Tipologia di assistenza	Pubbliche	Private accreditate	Totale
Ospedaliera	-84	-40	-124
Specialistica ambulatoriale	-219	-141	-360
Residenziale	-286	+2.017	+1.731
Semi-residenziale	-115	+613	+498
Riabilitativa	+13	+197	+210
Altra assistenza territoriale	+913	+246	+1.159

Tabella 9.3. Variazioni assolute 2011-2023 del numero di strutture per tipologia di assistenza erogata
 (elaborazione GIMBE su dati Ministero della Salute)

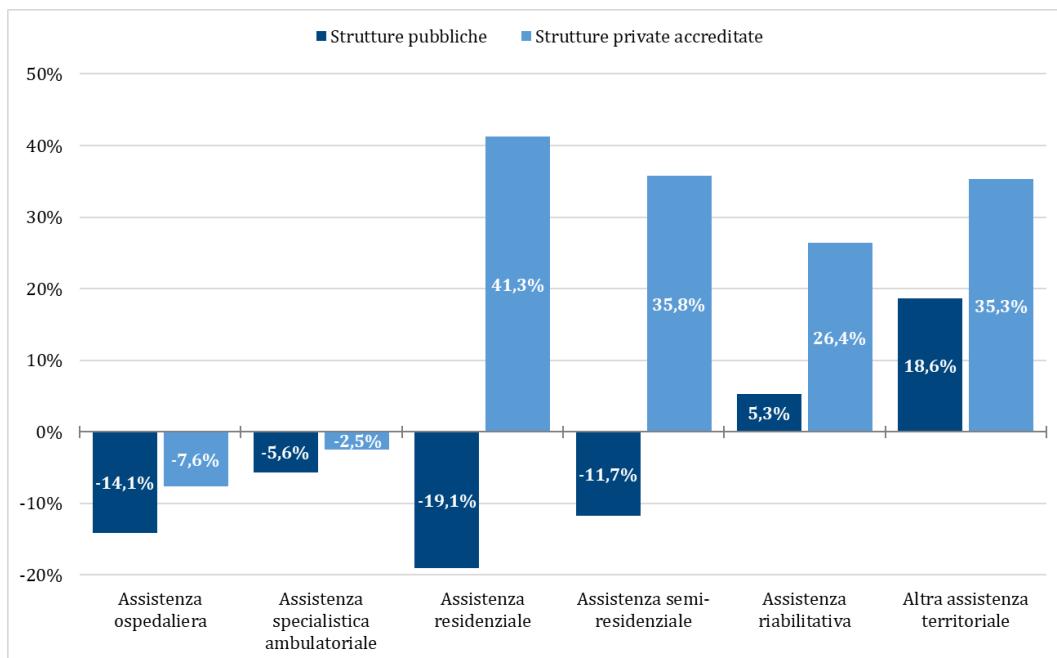


Figura 9.2. Variazione percentuale delle strutture pubbliche e private accreditate per tipologia di assistenza tra il 2011 e il 2023
 (elaborazione GIMBE su dati Ministero della Salute)

Le strutture private accreditate convenzionate con il SSN vengono rimborsate dalla spesa sanitaria pubblica per le prestazioni erogate. Secondo i dati ISTAT di Contabilità Nazionale, tale spesa confluisce nell'aggregato denominato “altre prestazioni sociali in natura da privato: ospedaliere, specialistiche, riabilitative, integrative protesiche, psichiatriche e altre prestazioni da operatori privati accreditati con il SSN”. Nel periodo 2012-2024 la spesa pubblica destinata al privato convenzionato è aumentata complessivamente di € 5.333 milioni (+ 22,8%): da € 23.376 milioni del 2012 a € 28.709 del 2024. In valore percentuale sul totale della spesa sanitaria, dopo la crescita registrata tra il 2012 e il 2014 (dal 21,5% al 22,5%), la quota si è mantenuta pressoché stabile fino al 2019, per poi ridursi progressivamente a partire dal 2020, fino a toccare il minimo storico del 20,8% nel 2024 (figura 9.3).

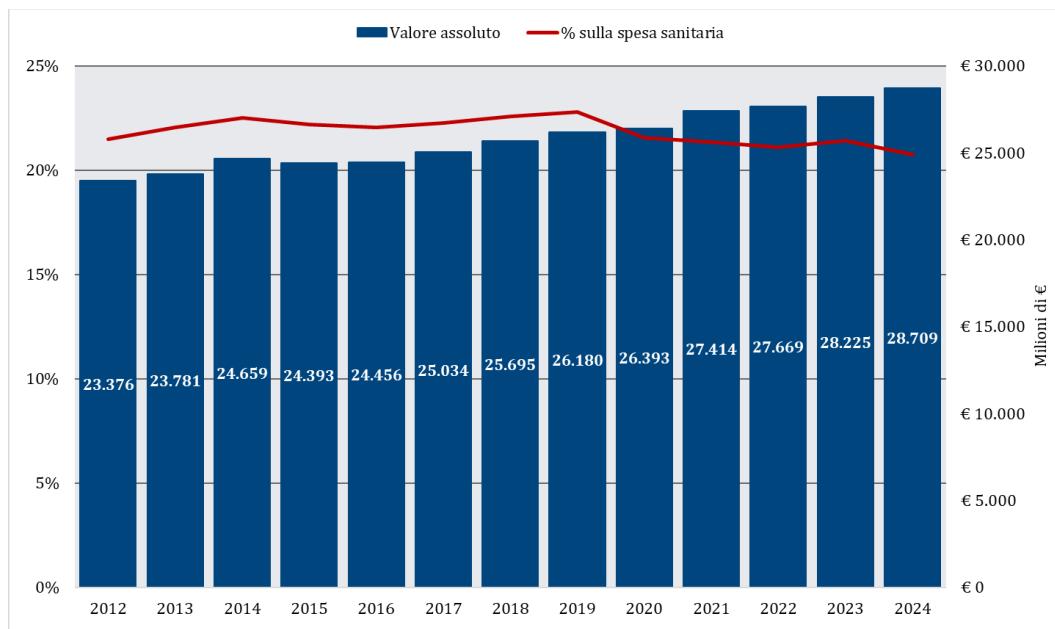


Figura 9.3. Spesa sanitaria pubblica destinata al privato accreditato e convenzionato 2012-2024
(elaborazione GIMBE su dati ISTAT)

Questi dati documentano che il marcato aumento delle strutture private convenzionate non è stato accompagnato da un corrispondente incremento della spesa sanitaria loro destinata che, pur crescendo in valore assoluto, in termini percentuali sul totale della spesa risulta addirittura in calo.

Il dato sulla scomposizione regionale della spesa per le “altre prestazioni sociali in natura da privato” è disponibile attraverso il Conto economico consolidato della sanità relativo alle Amministrazioni pubbliche nell’ambito dei Conti della Protezione sociale²⁷¹. Si tratta quindi di dati non perfettamente sovrapponibili con i Conti Nazionali sopra riportati. L’analisi evidenzia che la percentuale di spesa per le “altre prestazioni sociali in natura da privato” sul totale della spesa pubblica supera la media nazionale (20,3%) in sei Regioni con valori compresi tra il 22% della Puglia e il 29,3% del Lazio. Nelle restanti 15 Regioni, invece, la quota si colloca al di sotto della media nazionale: dal 18,9% della Calabria al 7,7% della Valle d’Aosta (figura 9.4).

La posizione di ciascuna Regione è condizionata sia dal numero e dalla tipologia di strutture private convenzionate, sia dalla spesa sanitaria del 2011, anno di riferimento per l’incremento percentuale delle risorse aumentate ai privati convenzionati.

²⁷¹ Ministero dell’Economia e delle Finanze. Dipartimento della Ragioneria Generale dello Stato. Il monitoraggio della spesa sanitaria. Rapporto n° 11. Roma, dicembre 2024. Disponibile a: www.rgs.mef.gov.it/_Documenti/VERSIONE-1/Attivit--i/Spesa-soci/Attivit-monitoraggio-RGS/2024/IMDSS-RS2024.pdf. Ultimo accesso: 30 settembre 2025.

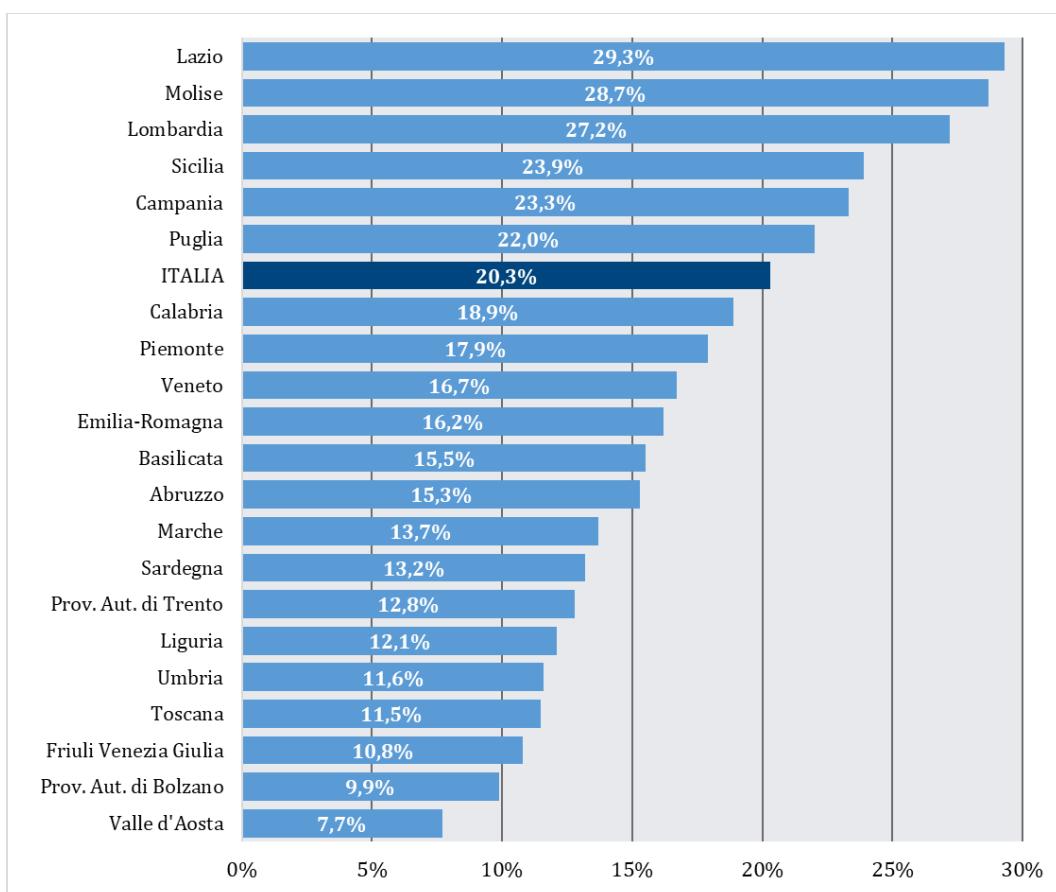


Figura 9.4. Spesa per le altre prestazioni sociali in natura da privato in percentuale della spesa sanitaria totale di Conto Economico per Regione anno 2023
 (elaborazione GIMBE su dati CA-RGS)

La maggiore propensione di alcune Regioni a destinare risorse pubbliche al privato convenzionato emerge chiaramente dal confronto tra la percentuale sulla spesa totale del 2014 e quella del 2023 (tabella 9.4). In particolare, Lazio, Molise e Sicilia registrano incrementi rispettivi di 2,5, 2,3 e 1,7 punti percentuali. Più in generale, soltanto 6 Regioni hanno aumentato la quota di spesa per l'acquisto di prestazioni da privato accreditato, mentre nelle altre 15 tale percentuale si è ridotta.

Regione	2014	2023	Differenza 2023 vs 2014
Lazio	26,8%	29,3%	+2,5
Molise	26,4%	28,7%	+2,3
Sicilia	22,2%	23,9%	+1,7
Calabria	18,3%	18,9%	+0,6
Marche	13,1%	13,7%	+0,6
Emilia-Romagna	16,0%	16,2%	+0,2
Umbria	11,7%	11,6%	-0,1
Liguria	12,4%	12,1%	-0,3
Toscana	11,8%	11,5%	-0,3
ITALIA	20,7%	20,3%	-0,4
Piemonte	18,3%	17,9%	-0,4
Abruzzo	15,7%	15,3%	-0,4
Campania	24,2%	23,3%	-0,9
Basilicata	16,4%	15,5%	-0,9
Puglia	23,1%	22,0%	-1,1
Prov. Aut. di Trento	13,9%	12,8%	-1,1
Valle d'Aosta	8,8%	7,7%	-1,1
Lombardia	28,5%	27,2%	-1,3
Sardegna	14,6%	13,2%	-1,4
Friuli Venezia Giulia	12,5%	10,8%	-1,7
Prov. Aut. di Bolzano	11,9%	9,9%	-2,0
Veneto	19,5%	16,7%	-2,8

Figura 9.4. Spesa per le altre prestazioni sociali in natura da privato in percentuale della spesa sanitaria totale di Conto Economico per Regione: 2023 vs 2014
 (elaborazione GIMBE su dati CA-RGS)

9.1.2. Strutture non accreditate

Le strutture sanitarie private non accreditate erogano prestazioni esclusivamente in regime privato, senza ricevere rimborsi a carico della spesa pubblica. Rientrano in questa categoria, ad esempio, ospedali e case di cura, centri diagnostici, studi medici e odontoiatrici, laboratori di analisi, poliambulatori, centri diagnostici per immagini, laboratori di analisi cliniche, centri di specialistica medica, etc. Sebbene non esista un censimento sistematico a livello nazionale, è possibile fornire alcune indicazioni quantitative:

- **Strutture di ricovero.** Secondo l'Annuario Statistico del Ministero della Salute nel 2023 le strutture private non accreditate sono 65.
- **Strutture di specialistica ambulatoriale.** Non esistono dati ufficiali sul numero di ambulatori e laboratori privati non convenzionati, poiché le autorizzazioni sono gestite a livello regionale. Una misura indiretta proviene dalla spesa out-of-pocket registrata dal sistema Tessera Sanitaria²⁷² alla voce "Strutture autorizzate", ovvero strutture private non

²⁷² Ministero dell'Economia e delle Finanze. Dipartimento della Ragioneria Generale dello Stato. Il monitoraggio della spesa sanitaria. Rapporto n° 11. Roma, dicembre 2024. Disponibile a: www.rgs.mef.gov.it/_Documenti/VERSIONE-1/Attivit--i/Spesa-soci/Attivit-monitoraggio-RGS/2024/IMDSS-RS2024.pdf. Ultimo accesso: 30 settembre 2025.

accreditate, che nel 2023 ammontava a € 7.229 milioni, cui va ragionevolmente aggiunta una quota dei € 10.617 milioni erogati da medici, odontoiatri, psicologi ed altri professionisti sanitari (§ 4.2.1.2). In sintesi, migliaia di ambulatori e laboratori operano in regime non accreditato offrendo servizi a pagamento diretto. Il loro numero complessivo non è noto, ma costituiscono una componente fondamentale dell'offerta sanitaria, soprattutto nelle Regioni più ricche e nelle grandi aree urbane, dove si rileva un aumento della domanda da parte dei cittadini. Un fenomeno particolarmente rilevante in questa espansione è rappresentato dalle *smart clinic* (box 9.2).

- **Strutture residenziali e semiresidenziali.** Non sono disponibili dati ufficiali sulle strutture residenziali e semiresidenziali private non accreditate; esistono tuttavia case di riposo e comunità per anziani totalmente private, spesso rivolte a fasce di utenza elevata.
- **Strutture di riabilitazione.** Anche in questo caso non risultano dati ufficiali, sebbene siano diffusi centri fisioterapici e studi che offrono servizi riabilitativi in regime privato puro.

In sintesi, le strutture private non accreditate – insieme a quelle accreditate non convenzionate – rappresentano una componente non trascurabile, soprattutto nell'ambito dell'assistenza ambulatoriale specialistica e di diagnostica radiologica e di laboratorio. Sebbene difficili da censire, si stima che siano svariate migliaia. Il crescente ricorso dei cittadini a queste strutture è documentato dalla spesa out-of-pocket rilevata dal sistema Tessera Sanitaria alla voce "Strutture autorizzate", ovvero strutture non accreditate, che nel periodo 2016-2023 è aumentata del 137%, passando da € 3,05 miliardi nel 2016 a € 7,23 miliardi nel 2023, con un incremento medio di circa € 600 milioni l'anno. Questi dati indicano che l'espansione dell'offerta sanitaria privata avviene sempre più nel perimetro del cosiddetto "privato puro": nello stesso arco temporale, infatti, la spesa sostenuta presso strutture private accreditate è salita da € 5,26 miliardi a € 7,62 miliardi, con un incremento del 45%. Dopo il 2020, inoltre, il trend mostra una progressiva riduzione del divario tra strutture accreditate e non accreditate, che nel 2023 è di soli € 390 milioni, rispetto al 2016 quando ammontava a € 2.210 milioni (figura 9.5).

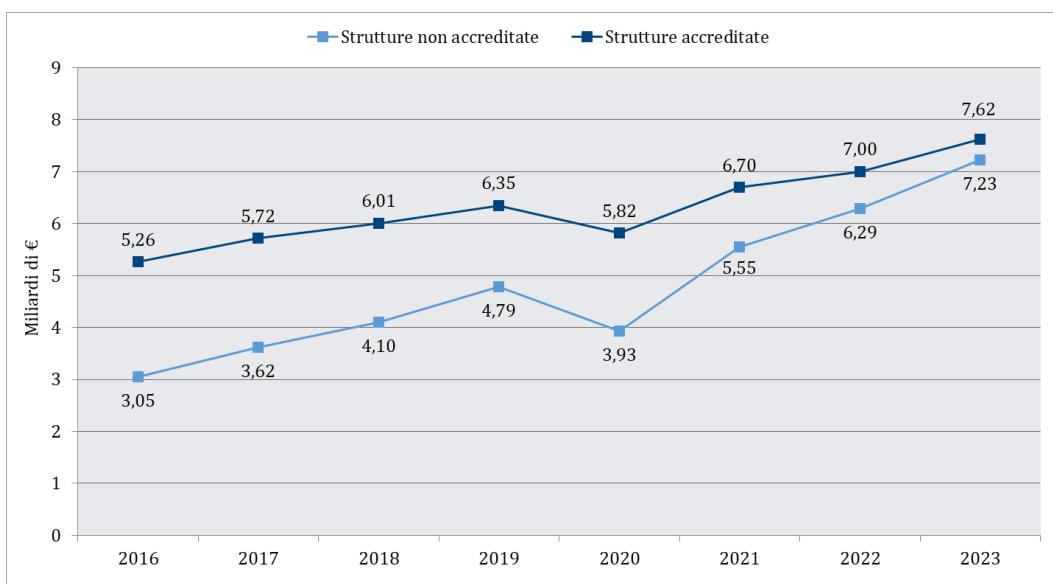


Figura 9.5. Spesa out-of-pocket trasmessa al sistema Tessera Sanitaria da strutture private accreditate e non accreditate (2016-2023)
(elaborazione GIMBE su dati RGS)

Box 9.2. Le *smart clinic*

Negli ultimi anni si è registrata in Italia la rapida diffusione delle cosiddette *smart clinic*^{*}, centri medici polispecialistici di nuova generazione caratterizzati da un forte utilizzo di tecnologie digitali, orari di apertura estesi e collocazioni *retail* (es. centri commerciali, hub urbani). Queste strutture offrono visite specialistiche, diagnostica di laboratorio e per immagini, nonché piccoli interventi ambulatoriali, spesso con tempi d'attesa ridotti e tariffe relativamente accessibili. Dal punto di vista normativo, le *smart clinic* rientrano nel quadro delle strutture sanitarie private non accreditate: non esiste infatti una normativa "ad hoc" per definirle, e vengono inquadrate come poliambulatori privati. Per poter erogare le prestazioni è richiesta l'autorizzazione regionale ex ante e la verifica del rispetto dei requisiti; l'accreditamento rimane facoltativo, qualora intendano entrare nel circuito del SSN.

Le *smart clinic* sono nate in risposta alla crescente domanda di accesso rapido e flessibile alle prestazioni sanitarie. In un contesto segnato dall'allungamento delle liste d'attesa del SSN, queste strutture offrono tempi molto più brevi (spesso nell'arco di pochi giorni, talvolta di ore). Un ulteriore elemento distintivo è l'estensione degli orari di apertura rispetto al servizio pubblico: molte sono operative 6 giorni su 7 fino a sera e alcune anche nei giorni festivi. La collocazione strategica *near home* nei quartieri urbani o *near work* in centri commerciali e snodi di trasporto aumenta la comodità per l'utenza. Questa tipologia di offerta rende più agevole l'accesso a visite ed esami per chi può permettersi di ricorrere al privato. Anche sul piano economico le *smart clinic* propongono tariffe "agevolate", che tuttavia restano superiori al ticket SSN (quando la prestazione pubblica è disponibile) o alla gratuità di quelle garantite dal servizio pubblico.

*Il termine *smart clinic* è qui utilizzato esclusivamente in senso descrittivo (clinica digitale/innovativa), senza alcun riferimento a marchi o denominazioni registrate.

In conclusione, mentre il dibattito pubblico si concentra quasi esclusivamente sugli erogatori privati convenzionati, il cui impatto economico sulla spesa sanitaria rimane sostanzialmente stabile, i dati documentano la crescita esponenziale della spesa out-of-pocket diretta verso il "privato puro" (non accreditato e accreditato non convenzionato). Un fenomeno che impone di estendere monitorare anche questo settore, al fine di restituire un quadro completo dell'offerta sanitaria. Per quanto riguarda il privato convenzionato, emergono alcune criticità generali che dovrebbero essere oggetto di una maggiore governance. È necessario anzitutto mantenere un equilibrio tra i budget assegnati e il numero di strutture accreditate, al fine di evitare la revoca dei contratti per insufficienza di risorse. Occorre poi allineare l'offerta dei servizi da parte del privato convenzionato ai reali bisogni di salute, introducendo meccanismi che scoraggino comportamenti opportunistici volti a preferire l'erogazione di prestazioni più remunerative. Un ulteriore nodo riguarda la revisione delle tariffe dei DRG e della specialistica ambulatoriale, per scongiurare sia il rischio di un abbassamento della qualità delle prestazioni, sia la scelta da parte dei privati di rinunciare alla convenzione per insostenibilità economica. Infine, occorre mettere in atto strumenti efficaci per prevenire uno sbilanciamento tra l'obiettivo pubblico della tutela della salute e quello imprenditoriale della generazione di profitti.

9.2. Investitori

La sanità attrae un numero crescente di investitori privati, nazionali e internazionali, spinti da trend di lungo periodo come l'invecchiamento della popolazione, l'aumento delle cronicità e le opportunità di consolidamento in un mercato storicamente frammentato. Di seguito si riportano le principali categorie di investitori nel panorama della sanità italiana:

- **Fondi di investimento.** Oltre ai tradizionali fondi di investimento mobiliari e immobiliari, negli ultimi anni un ruolo di primo piano è stato assunto dai fondi internazionali di *private equity* che si sono resi protagonisti di acquisizioni nel settore sanitario. Quelli italiani restano ancora poco numerosi, ma con un interesse in crescita verso la sanità. Anche i fondi infrastrutturali internazionali, attratti dalla stabilità dei flussi di cassa generati dalla sanità, sono particolarmente attivi nei settori ospedaliero e della lungo-degenza.
- **Compagnie assicurative.** I principali gruppi assicurativi italiani stanno investendo direttamente in strutture sanitarie private, adottando strategie di integrazione verticale.
- **Gruppi bancari.** Le banche, specialmente i grandi gruppi, finanziano tradizionalmente il settore sanitario tramite credito e *project financing* per nuove strutture, ma alcune hanno assunto anche ruoli di soci di capitale.
- **Società o gruppi societari.** Alcuni gruppi societari hanno creato divisioni dedicate all'*healthcare* o investito in aziende del settore, così come numerose holding, sia finanziarie sia riconducibili a grandi famiglie imprenditoriali italiane, controllano alcuni dei principali gruppi della sanità privata.

In conclusione, la sanità privata italiana sta vivendo una fase di profonda trasformazione, alimentata dall'ingresso di ingenti capitali privati che stanno ridisegnando la geografia degli investitori nel settore. In assenza di regole chiare e di una governance rigorosa, questo processo accresce il rischio di squilibrio tra l'obiettivo pubblico della tutela della salute e quello imprenditoriale della generazione di profitti. Particolarmente critica appare la relazione diretta tra investitore privato ed erogatore privato "puro", che di fatto configura un "secondo binario" completamente alternativo al SSN, destinato a fornire prestazioni sanitarie esclusivamente a chi può sostenerne i costi direttamente o tramite coperture assicurative.

9.3. Terzi paganti

L'intermediazione della spesa sanitaria privata è affidata ai cosiddetti "terzi paganti", che popolano un ecosistema complesso e articolato. Rimandando alla sezione corrispondente (§ 4.2.2), si riportano di seguito le principali categorie di soggetti privati che svolgono questa funzione:

- **Fondi sanitari.** Rappresentano una realtà molto eterogenea, costituita da oltre 300 soggetti non-profit (fondi, casse, enti), differenti per coperture, premi, modalità gestionali ed erogazione delle prestazioni. Per usufruire delle agevolazioni fiscali i fondi sanitari devono essere iscritti all'apposita Anagrafe presso il Ministero della Salute.
- **Casse mutue.** Sono enti non-profit che operano secondo il principio mutualistico: i contributi degli associati finanziano le prestazioni per i soci. Possono essere iscritte, o meno, all'Anagrafe dei fondi sanitari presso il Ministero della Salute.

- **Compagnie assicurative.** Agiscono come terzi paganti tramite polizze individuali sottoscritte dal singolo assicurato oppure attraverso “polizze collettive” che si identificano con la ri-assicurazione dei fondi sanitari.
- **Imprese.** Svolgono il ruolo di terzo pagante in relazione alle spese per la promozione della salute nei luoghi di lavoro, tramite accordi che prevedono la fornitura diretta o il finanziamento di servizi sanitari per i dipendenti, al di fuori dei regimi previdenziali.
- **ETS e altri enti non profit.** Intervengono soprattutto a favore delle fasce più deboli della popolazione, sostenendo il pagamento delle prestazioni grazie a donazioni o trasferimenti di denaro provenienti da cittadini, amministrazioni pubbliche o imprese.

Le modalità di rimborso delle prestazioni sanitarie sono due:

- diretta, quando il terzo pagante salda direttamente l’erogatore della prestazione, con eventuale quota a carico del fruitore della prestazione;
- indiretta, quando il fruitore della prestazione paga integralmente l’erogatore privato e successivamente richiede al terzo pagante il rimborso, totale o parziale, secondo quanto previsto dal regolamento, statuto o contratto.

La spesa sostenuta dai terzi paganti confluisce nella spesa sanitaria intermediata, che nel 2024 ammonta a € 6.361 milioni, pari al 3,4% della spesa sanitaria totale, con un trend in crescita, in particolare nel triennio 2021-2024, quando l’incremento è stato di € 2.064 milioni.

Le analisi sui fondi sanitari (§ 4.2.2.1) dimostrano che, dopo una fase di grande entusiasmo, le potenzialità del “secondo pilastro” risultano fortemente ridimensionate in un contesto di crisi del SSN. Se infatti i fondi sanitari devono garantire ai propri iscritti – quasi 12 milioni nel 2023 – un numero sempre maggiore di prestazioni non erogate dalla sanità pubblica, la loro stessa sostenibilità ne risulta compromessa. La quota di iscritti che richiedono rimborsi ai fondi cresce infatti in proporzione diretta all’incapacità del SSN di garantire prestazioni in tempi adeguati. Ne consegue che il “secondo pilastro” può essere sostenibile solo integra le prestazioni erogate da un sistema pubblico forte. In caso contrario, il panorama dei terzi paganti potrebbe essere completamente ridisegnato nei prossimi anni, con le compagnie assicurative sempre meno interessate alla ri-assicurazione dei fondi sanitari esposti al rischio di default.

9.4. Partenariato pubblico-privato

Il partenariato pubblico-privato (PPP) rappresenta una forma di cooperazione strutturata e di lungo periodo tra il SSN – attraverso soggetti pubblici come Ministero della Salute, Regioni, Aziende sanitarie – e operatori privati, sia profit sia non-profit, finalizzata alla realizzazione di opere o all’erogazione di servizi di interesse pubblico. Nato come risposta ai vincoli di bilancio e come strumento per introdurre nel SSN innovazioni gestionali, consente al settore pubblico di avvalersi di capitali, competenze e tecnologie messi a disposizione dal privato.

In sanità si distinguono diversi modelli di PPP, adattabili ai differenti contesti e obiettivi del SSN (infrastrutture ospedaliere, servizi socio-sanitari, tecnologie, ricerca, etc.), che si articolano in due macro-categorie: i PPP contrattuali, nei quali la collaborazione si realizza attraverso un contratto tra ente pubblico e partner privato, e i PPP istituzionalizzati, che prevedono la costituzione di un soggetto giuridico comune (es. società mista, fondazione)

partecipato congiuntamente da pubblico e privato. All'interno di queste due tipologie, i modelli operativi più rilevanti in sanità sono:

- **Concessione di lavori o servizi.** Si tratta dello schema classico di PPP contrattuale, in cui un ente pubblico (*concedente*) affida a un soggetto privato (*concessionario*) la progettazione, il finanziamento, la costruzione e la gestione di un'opera pubblica sanitaria (es. un nuovo ospedale) oppure la gestione integrata di un servizio (es. servizi non sanitari ospedalieri, logistica sanitaria, gestione di una RSA pubblica), per un periodo di tempo definito. Il concessionario investe capitali propri, in toto o parte, e si remunererà tramite i flussi di cassa generati dall'opera o dal servizio. In ambito sanitario, le concessioni di lavori vengono spesso realizzate tramite il *project financing*: il privato propone o partecipa a un bando per costruire una struttura sanitaria a sue spese, ottenendone in cambio la gestione per un certo numero di anni e ricavando introiti da canoni pubblici e/o dalle tariffe pagate dagli utenti. Questo modello consente di realizzare grandi infrastrutture sanitarie senza incidere immediatamente sul debito pubblico, distribuendo i costi su lunghi periodi mediante canoni o diritti di gestione. Nelle concessioni, elemento qualificante è il trasferimento al privato del rischio operativo: se questo manca, il contratto non configura un vero PPP ma un semplice appalto.
- **Co-progettazione.** Introdotto dal Codice del Terzo Settore, questo modello prevede forme di partner collaborativo con enti non-profit, principalmente in ambito socio-sanitario. L'attivazione avviene tramite un avviso pubblico rivolto agli ETS interessati, che vengono selezionati non sulla base dell'offerta economica, ma in funzione della proposta progettuale e delle capacità operative. Ente pubblico ed ETS selezionati co-progettano gli interventi (es. gestione di una Casa della Comunità, programmi di assistenza a cronici fragili, etc.) condividendo risorse: il pubblico può mettere a disposizione fondi e strutture, mentre il non-profit contribuisce con personale dipendente, volontari e competenze. La collaborazione si formalizza con una convenzione di co-progettazione che definisce co-gestione del servizio, monitoraggio congiunto e possibilità di adattamenti in corso d'opera. Questo modello non prevede finalità di lucro: eventuali avanzi di gestione devono essere reinvestiti. La logica è quella della "amministrazione condivisa", che valorizza il radicamento territoriale e la capacità di intercettare i bisogni reali della comunità. Numerosi progetti della Missione Salute del PNRR (es. reti di assistenza domiciliare, Case della Comunità) incoraggiano il coinvolgimento del Terzo Settore anche attraverso la co-progettazione. Lo strumento consente infatti di attivare partnership senza gara d'appalto, in deroga al Codice degli appalti, quando l'obiettivo è co-creare servizi innovativi di welfare locale.
- **Convenzioni.** In sanità sono da tempo attive specifiche convenzioni per l'erogazione di servizi di supporto (es. convenzione con associazioni di volontariato per il 118) che possono essere considerate come forme di PPP "leggero", in quanto configurano comunque una collaborazione stabile per garantire un servizio pubblico. Un ulteriore esempio è rappresentato dalle convenzioni disciplinate dall'art. 56 del Codice Terzo Settore, che consentono l'affidamento diretto a Organizzazioni di Volontariato (ODV) o Associazioni di Promozione Sociale (APS) di servizi socio-sanitari di modesta entità (es. trasporto pazienti dializzati) erogati in regime di volontariato. In sintesi, le convenzioni rientrano tra i modelli di partenariato contrattuale di tipo gestionale: il privato mette a disposizione strutture o servizi, mentre il pubblico riconosce tariffe o corrispettivi concordati. Rispetto alle concessioni, la durata è generalmente medio-breve, con rinnovi annuali o pluriennali.

- **Appalti integrati e contratti misti.** In alcuni casi la partnership assume la forma di un appalto pubblico tradizionale con caratteristiche assimilabili a un PPP. È il caso, ad esempio, degli appalti misti di fornitura e gestione, in cui il privato fornisce un bene (es. apparecchiature di diagnostica), ma gestisce anche il servizio correlato (es. servizio di radiologia) per periodo definito, con remunerazione talvolta commisurata alle prestazioni erogate. Tali modelli trovano frequente applicazione nei *managed equipment services* in ambito ospedaliero. Un'altra variante è rappresentata dai contratti di rendimento energetico – *Energy Performance Contract* (EPC) per gli ospedali: in questo schema, una *Energy Service Company* (ESCo) privata, realizza interventi di efficientamento energetico su strutture sanitarie a proprie spese, venendo remunerata dall'ente pubblico in base ai risparmi conseguiti, secondo il principio della condivisione del beneficio. Gli EPC, espressamente inclusi tra i contratti di PPP dal Codice degli Appalti (D.Lgs. 50/2016, art. 181, c. 1), sono promossi da normative europee e nazionali in materia di efficienza energetica. Numerose aziende ospedaliere hanno avviato partenariati con ESCo per la riqualificazione di impianti di climatizzazione, cogenerazione e illuminazione, ottenendo una riduzione dei costi senza necessità di investimenti diretti.
- **Co-gestione e società miste.** Le società miste rappresentano un modello tipico di PPP istituzionalizzato, in cui pubblico e privato costituiscono un soggetto giuridico comune (generalmente una S.r.l. o una S.p.A.), per la gestione di strutture o servizi sanitari. In Italia questo schema si è sviluppato soprattutto attraverso le sperimentazioni gestionali (ex art. 9-bis del DL 502/1992), ad esempio per la gestione di ospedali o poli tecnologici. La co-gestione si realizza negli organi societari (es. CdA a composizione mista) in cui il know-how gestionale è spesso affidato al privato, mentre l'ente pubblico mantiene la tutela dell'interesse collettivo esercitando funzioni di indirizzo, controllo strategico e poteri di voto sulle decisioni essenziali. In passato alcune aziende ospedaliere sono state trasformate in fondazioni miste, mentre in altri contesti sono state costituite società miste per la gestione di servizi territoriali. Nel caso delle società miste, la normativa prevede che il socio privato detenga almeno il 30% del capitale sociale, al fine di assicurare un ruolo effettivo nella governance. Un'ulteriore forma di PPP istituzionalizzato è rappresentata dalle fondazioni miste come, ad esempio, alcune Fondazioni Policlinico Universitario create ex D.Lgs. 288/2003, che vedono la partecipazione congiunta di università, enti pubblici e soggetti privati.
- **Partenariato per l'innovazione.** Introdotto dal diritto UE (Dir. 2014/24, art. 31) e recepito in Italia dall'art. 65 del D.Lgs. 50/2016, è una procedura di gara che consente a una Pubblica Amministrazione di selezionare uno o più operatori privati con cui instaurare un partenariato finalizzato ad attività di ricerca e sviluppo di soluzioni innovative, con la possibilità di procedere successivamente all'acquisto qualora i prototipi soddisfino i requisiti richiesti. In sanità questo strumento è prezioso per favorire lo sviluppo di nuove tecnologie (dispositivi medicali avanzati, piattaforme digitali, farmaci innovativi) in collaborazione con il settore privato, quando non esistono soluzioni già disponibili sul mercato. In Italia il ricorso a tale modello in sanità è stato finora limitato, ma il PNRR ne incoraggia l'utilizzo per colmare gap tecnologici del SSN. Si tratta di una forma peculiare di PPP contrattuale, specificamente orientata alla co-creazione di innovazione.

Nell'applicazione pratica i confini tra i diversi modelli citati possono risultare sfumati o combinarsi tra loro. Ad esempio, la costruzione di un nuovo ospedale può prevedere una concessione per l'infrastruttura (PPP contrattuale) e al tempo stesso, la costituzione di una

società mista pubblico-privata per la gestione di specifici servizi clinici innovativi (PPP istituzionalizzato). Analogamente, un progetto di assistenza territoriale può originare da processi di co-progettazione con il Terzo Settore e successivamente concretizzarsi in convenzioni pluriennali con cooperative sociali. Tutti questi schemi rientrano nell'ampio perimetro dei PPP, come definito dal diritto europeo e dalla normativa italiana, purché rispettino i principi di condivisione di rischio, durata significativa e apporto di risorse private.

Nel settore sanitario possono partecipare al PPP varie tipologie di soggetti privati, purché dotati di personalità giuridica e di requisiti tecnico-finanziari adeguati al progetto. Il Codice dei Contratti Pubblici (D.Lgs. 36/2023), identifica come potenziali partner gli "operatori economici", categoria ampia che include imprese individuali, società commerciali di qualsiasi forma, consorzi, cooperative e altre forme associative. In generale, non vi sono esclusioni settoriali: qualsiasi soggetto privato in grado di contribuire al perseguimento dell'obiettivo pubblico può divenire partner, attraverso gara o altre procedure previste. Di seguito vengono riportate le principali categorie di soggetti privati ammissibili:

- **Società:**

- sanitarie e socio-sanitarie: società che gestiscono ospedali, cliniche, RSA, laboratori diagnostici, centri di riabilitazione, etc., spesso già accreditate col SSN;
- tecnologiche e biomedicali: aziende ICT e *health-tech* impegnate prevalentemente su telemedicina, fascicolo sanitario elettronico, intelligenza artificiale, piattaforme digitali e nella fornitura e gestione di apparecchiature sanitarie, ICT, diagnostica e *digital health*.
- utilities e multiutilities: imprese impegnate nella gestione di servizi energetici, impiantistica, efficienza energetica nelle strutture sanitarie.
- altre società: imprese di costruzioni, farmaceutiche, di logistica, etc. che partecipano a PPP per la realizzazione di nuove strutture, servizi o interventi infrastrutturali.

- **Cooperative sociali e consorzi di cooperative:** in particolare quelle attive nei servizi socio-sanitari e assistenziali (es. RSA, assistenza domiciliare).
- **Fondi di investimento:** fondi equity, fondi immobiliari, fondi pensione che finanziano infrastrutture sanitarie o reti di servizi.
- **Compagnie assicurative e banche:** compagnie di assicurazione e istituti bancari che partecipano come finanziatori o partner industriali.
- **Enti non-profit:** associazioni, fondazioni e altri enti non-profit che collaborano con il SSN.

In sintesi, qualsiasi soggetto, profit o non-profit, può risultare idoneo a fornire opere, servizi, know-how o risorse al SSN. Enti locali e Aziende sanitarie possono attivare partnership con organizzazioni private nell'ambito delle proprie competenze istituzionali e programmatarie, attraverso procedure ad evidenza pubblica che garantiscono la verifica dei requisiti tecnico-finanziari del partner. L'apertura a una pluralità di attori privati consente di mettere a sistema competenze eterogenee (sanitarie, finanziarie, tecnologiche, sociali) e rappresenta una potenziale leva per affrontare al meglio le sfide di sostenibilità e innovazione del SSN.

Come ogni strumento, il PPP può generare esiti positivi o negativi a seconda delle modalità di applicazione: da un lato si osservano numerosi esempi di successo, come la realizzazione di ospedali moderni in tempi più rapidi e con standard elevati, o l'introduzione di servizi innovativi resi possibili grazie al coinvolgimento del privato. Dall'altro l'ingresso di logiche di mercato può compromettere i principi di equità e il controllo pubblico dei PPP realizzati. Prescindendo da approcci ideologici, il PPP può generare valore aggiunto per il SSN solo se

vengono rispettate le sue caratteristiche costitutive: quadro normativo chiaro, capacità tecnica della Pubblica Amministrazione, corretto equilibrio contrattuale, trasparenza e controllo pubblico efficace. Risultano inoltre imprescindibili buone pratiche operative: accurata pianificazione (analisi costi-benefici reali, comparazione con alternativa pubblica), corretta allocazione dei rischi tra partner, bandi competitivi e vigilanza indipendente in fase di esecuzione. In questa direzione si colloca anche il nuovo Codice dei Contratti Pubblici che introduce il principio delle stazioni appaltanti qualificate e la programmazione triennale delle operazioni di PPP, con l'obiettivo di garantire la massima trasparenza verso cittadini e investitori.

9.5. Soggetti non-profit

In Italia opera un'ampia gamma di soggetti non-profit nel settore sanitario, riconducibili a diverse forme giuridiche. Tutti questi enti condividono l'assenza di finalità di lucro reinvestendo eventuali utili nelle attività istituzionali e svolgono attività di interesse generale in ambito sanitario o socio-sanitario. Possono assumere la qualifica di Enti del Terzo Settore (ETS) mediante iscrizione al Registro Unico Nazionale (RUNTS), beneficiando delle agevolazioni previste, a condizione di rispettare i requisiti di legge. Le principali categorie includono:

- **Enti religiosi.** Una componente storicamente importante della sanità italiana fa capo a ordini, congregazioni, diocesi, che operano in ambito sanitario e socio-sanitario tramite strutture proprie: ospedali, case di cura, RSA, hospice e centri di riabilitazione. Secondo l'Associazione Religiosa Istituti Socio-Sanitari (ARIS), la sanità cattolica non-profit in Italia conta oltre 266 strutture accreditate²⁷³.
- **Associazioni.** Organizzazioni private senza scopo di lucro che persegono finalità civiche, solidaristiche o di utilità sociale, comprendono ODV impegnate ad esempio nel primo soccorso e nel trasporto sanitario, APS attive in educazione alla salute e tutela dei pazienti, nonché numerose ONLUS che operano in ambito sanitario (es. associazioni di pazienti, donatori di sangue e organi, assistenza ai malati, etc.).
- **Fondazioni.** Svolgono due attività principali: le fondazioni operative gestiscono direttamente strutture sanitarie in qualità di erogatori; le fondazioni di erogazione (*grant-making*) sostengono progetti sanitari e di ricerca in qualità di finanziatori. Tra queste ultime spiccano le fondazioni di origine bancaria, che nel 2024 hanno erogato complessivamente € 1,1 miliardi per oltre 22.000 progetti, di cui circa un terzo nel campo del welfare socio-sanitario²⁷⁴. Un ruolo centrale è svolto anche dalle fondazioni dedicate alla ricerca scientifica, che raccolgono fondi per finanziare ricerca, attrezzature e programmi innovativi di cura.
- **Cooperative e imprese sociali.** La Legge 381/1991 le distingue in due categorie. Le cooperative sociali di tipo A gestiscono servizi socio-sanitari ed educativi: assistenza domiciliare, residenze per anziani o disabili, centri diurni, comunità terapeutiche, servizi infermieristici territoriali, etc. Le cooperative sociali di tipo B, pur finalizzate all'inserimento lavorativo di persone svantaggiate, talvolta operano anche nel settore

²⁷³ Associazione Religiosa Istituti Socio-Sanitari (ARIS). Disponibile a: www.arisassociazione.it/chi-siamo. Ultimo accesso: 30 settembre 2025.

²⁷⁴ Associazione di Fondazioni e di Casse di Risparmio SpA (ACRI). Fondazioni di origine bancaria – XXX Rapporto Annuale 2024. Roma, 2025. Disponibile a: www.acri.it/wp-content/uploads/2025/09/30%C2%B0-Rapporto-Acri.pdf. Ultimo accesso: 30 settembre 2025.

sanitario (es. attraverso laboratori protetti in ambito riabilitativo). Con la riforma del Terzo Settore, queste cooperative hanno acquisito la qualifica di imprese sociali, estesa anche ad altri enti non-profit che svolgono attività d'impresa di interesse generale, inclusi i servizi sanitari. Accanto a esse operano le cooperative di professionisti sanitari (medici di medicina generale, farmacisti, infermieri, fisioterapisti) che costituiscono una parte rilevante del movimento cooperativo sanitario.

- **Altri enti del terzo settore.** Nel perimetro del non-profit rientrano anche soggetti con forme giuridiche peculiari, come le società di mutuo soccorso (ex L. 3818/1886) che oggi sono ETS di diritto, che offrono assistenza sanitaria integrativa ai soci e i comitati, costituiti per uno scopo solidaristico specifico (es. raccolte fondi per strutture sanitarie).

In conclusione, i soggetti privati non-profit che operano in sanità in Italia sono attori imprescindibili del sistema, coinvolti in tutte le dimensioni: dall'erogazione al finanziamento, dal ruolo di terzi paganti a quello di contraenti dei PPP. Al tempo stesso, il non-profit sanitario deve far fronte a sfide rilevanti: sostenibilità economica e finanziaria, compliance normativa, ricambio generazionale di volontari e manager, competizione per le risorse umane e crescente complessità degli scenari di riferimento.

Le collaborazioni pubblico-privato sociale sono destinate a intensificarsi: come auspicato nel modello del *welfare society*, Stato, mercato e Terzo Settore devono cooperare secondo regole chiare per rafforzare il SSN, garantendo universalismo, equità e uguaglianza in un contesto demografico ed economico profondamente mutato. In questa prospettiva, il Terzo Settore può diventare un pilastro solidale capace di rafforzare quel tessuto di solidarietà che da sempre rappresenta una caratteristica fondamentale del welfare italiano.

CAPITOLO 10

Il Piano di Rilancio del Servizio Sanitario Nazionale

Il rilancio del Servizio Sanitario Nazionale (SSN) richiede una presa di coscienza collettiva: istituzioni, professionisti della salute e cittadini devono riconoscere che la progressiva perdita di un servizio pubblico, equo e universalistico non sta mettendo a rischio soltanto la salute delle persone, diritto fondamentale tutelato dalla Costituzione, ma anche la coesione sociale e lo sviluppo economico del Paese.

Il divario della spesa pubblica con la media dei paesi europei aumenta progressivamente dal 2010, sino a raggiungere nel 2024 € 42,9 miliardi. Una cronica carenza di investimenti che non solo limita l'accesso alle conquiste della ricerca scientifica in campo farmacologico e tecnologico, ma anche l'uniforme esigibilità dei LEA su tutto il territorio nazionale. E che negli ultimi anni ha contribuito sia alla progressiva disaffezione del personale sanitario per il SSN, dal quale si moltiplicano le fughe, sia all'aumento delle disegualanze che non sono più solo tra Nord e Sud de Paese, ma si verificano anche tra aree interne e grandi città della stessa regione, tra diverse fasce socio-economiche della popolazione, per reddito e genere. Un sottofinanziamento che – insieme alle mancate riforme - ha aggravato in pochi anni le criticità emerse nella fase più drammatica della pandemia, quando per un breve lasso di tempo, il valore del SSN era tornato prepotentemente al centro del dibattito pubblico.

Ecco perché è ormai indifferibile andare oltre la logica della “manutenzione ordinaria”, che negli anni ha rappresentato solo una “terapia palliativa” per mantenere in vita il “paziente” SSN: è tempo di adottare un piano organico di medio-lungo termine, capace di orientare scelte politiche e investimenti strutturali. In questa prospettiva, il Piano di Rilancio della Fondazione GIMBE si configura come una bussola: non un manuale operativo, ma uno strumento di orientamento che fissa le priorità strategiche per rafforzare e innovare il nostro insostituibile SSN.

Come ogni bussola, il Piano di Rilancio non indica ogni dettaglio del percorso, ma mostra con chiarezza i punti cardinali verso cui dirigere la rotta: rilancio progressivo del finanziamento pubblico, riduzione di sprechi e inefficienze, aggiornamento continuo dei LEA, valorizzazione del capitale umano, rafforzamento della governance Stato-Regioni, regolazione equilibrata tra pubblico e privato, trasformazione digitale, prevenzione, open data e ricerca, informazione e coinvolgimento della popolazione. La sua funzione è quella di indicare la direzione, mentre la declinazione operativa richiede strumenti adeguati, programmazione coerente e un terreno politico-istituzionale favorevole alla sanità pubblica.

Per queste azioni servono coraggiose riforme dell'attuale sistema di finanziamento, pianificazione, organizzazione ed erogazione dei servizi sanitari, parallele al rilancio del finanziamento pubblico. Infatti, senza un rifinanziamento progressivo e consistente non è possibile avviare alcuna riforma efficace; viceversa, senza una visione chiara e un piano coerente di riforme, l'aumento delle risorse rischia di disperdersi in misure volte a risolvere problemi contingenti, risultando non coordinate, inefficienti e incapaci di tradursi in reali benefici di salute (figura 10.1).

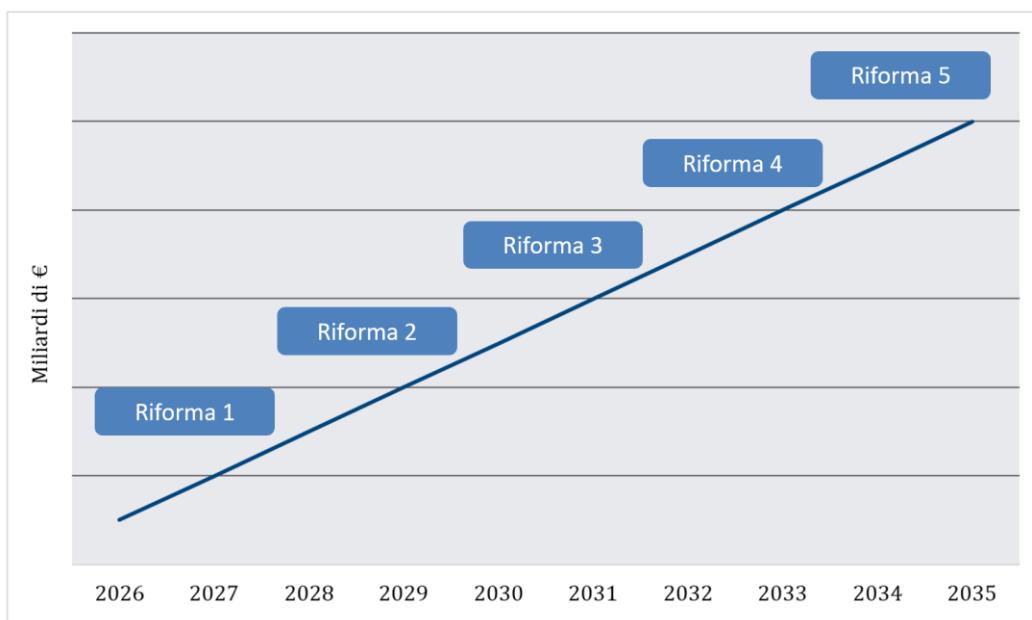


Figura 10.1. Risorse e riforme: un percorso parallelo

Solo attraverso una convergenza di lungo periodo, svincolata da ideologie di partito e tornate elettorali, sarà possibile garantire la sostenibilità del SSN, restituendogli centralità nell'agenda politica e confermandolo come pilastro della democrazia, strumento di coesione sociale e motore di sviluppo per il Paese.

La Fondazione GIMBE, sin dalla pubblicazione del 2° Rapporto sul SSN²⁷⁵, ha ribadito che se da un lato non esiste un piano occulto di smantellamento e privatizzazione della sanità pubblica, dall'altro manca un esplicito programma politico per il suo salvataggio. Di fronte a un SSN ormai logorato da anni di "manutenzione ordinaria" e a un orizzonte privo di riforme strutturali, la Fondazione GIMBE nel marzo 2023 ha presentato il Piano di Rilancio del SSN, elaborato con il contributo di oltre 1.500 stakeholder coinvolti in una consultazione pubblica.

Il Piano mette nero su bianco le azioni indispensabili per potenziare il SSN con un finanziamento adeguato, riforme coraggiose e una radicale e moderna riorganizzazione: aumentare progressivamente il finanziamento pubblico per allinearla almeno alla media dei paesi europei; potenziare le capacità di indirizzo e verifica dello Stato sulle Regioni; aggiornare continuamente i LEA per rendere subito accessibili le innovazioni e garantirne l'esigibilità su tutto il territorio nazionale; rilanciare le politiche sul personale sanitario per rendere nuovamente attrattiva la carriera nel SSN; programmare l'offerta dei servizi socio-sanitari in relazione ai reali bisogni di salute della popolazione; favorire una sana integrazione pubblico-privato e rendere i fondi sanitari realmente integrativi rispetto ai LEA; investire in prevenzione e promozione della salute secondo l'approccio *One Health*; potenziare l'informazione istituzionale basata sulle evidenze scientifiche; finanziare la ricerca clinica indipendente, la ricerca sui servizi sanitari e la valutazione d'impatto delle politiche sanitarie. Il Piano è stato aggiornato in occasione della pubblicazione del presente Rapporto, con l'integrazione di nuovi interventi volti a rafforzare la trasparenza dei dati sanitari e a promuovere la partecipazione civica, per accrescere la consapevolezza del valore del SSN (figura 10.2).

²⁷⁵ 2° Rapporto GIMBE sulla sostenibilità del Servizio Sanitario Nazionale. Fondazione GIMBE: Bologna, giugno 2017. Disponibile a: www.rapportogimbe.it. Ultimo accesso: 30 settembre 2025.

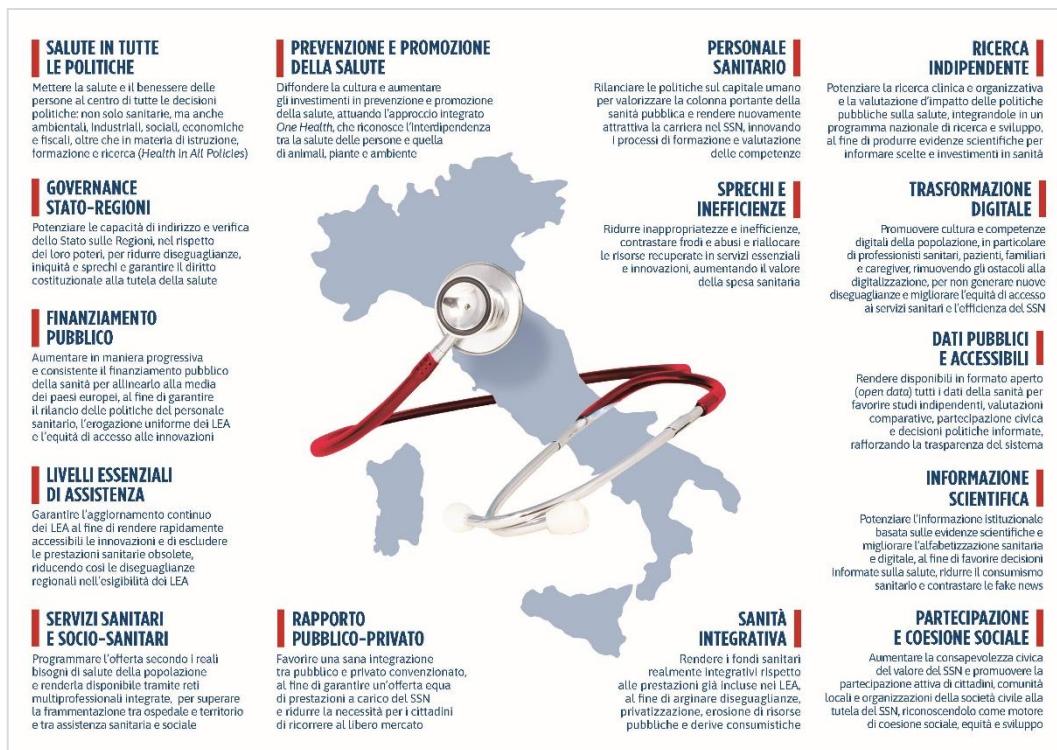


Figura 9.2. Il Piano di Rilancio del Servizio Sanitario Nazionale

Il Piano di Rilancio del SSN si articola in 15 punti e rappresenta lo standard per il monitoraggio continuo da parte dell'Osservatorio GIMBE delle azioni di Governo e Regioni:

- 1. SALUTE IN TUTTE LE POLITICHE.** Mettere la salute e il benessere delle persone al centro di tutte le decisioni politiche: non solo sanitarie, ma anche ambientali, industriali, sociali, economiche e fiscali, oltre che in materia di istruzione, formazione e ricerca (*Health in All Policies*).
- 2. PREVENZIONE E PROMOZIONE DELLA SALUTE.** Diffondere la cultura e aumentare gli investimenti in prevenzione e promozione della salute, attuando l'approccio integrato *One Health*, che riconosce l'interdipendenza tra la salute delle persone e quella di animali, piante e ambiente.
- 3. GOVERNANCE STATO-REGIONI.** Potenziare le capacità di indirizzo e verifica dello Stato sulle Regioni, nel rispetto dei loro poteri, per ridurre diseguaglianze, iniquità e sprechi e garantire il diritto costituzionale alla tutela della salute.
- 4. FINANZIAMENTO PUBBLICO.** Aumentare in maniera progressiva e consistente il finanziamento pubblico della sanità per allinearla alla media dei paesi europei, al fine di garantire il rilancio delle politiche del personale sanitario, l'erogazione uniforme dei LEA e l'equità di accesso alle innovazioni.
- 5. LIVELLI ESSENZIALI DI ASSISTENZA.** Garantire l'aggiornamento continuo dei LEA al fine di rendere rapidamente accessibili le innovazioni e di escludere le prestazioni sanitarie obsolete, riducendo così le diseguaglianze regionali nell'esigibilità dei LEA.
- 6. SERVIZI SANITARI E SOCIO-SANITARI.** Programmare l'offerta secondo i reali bisogni di salute della popolazione e renderla disponibile tramite reti multiprofessionali integrate, per superare la frammentazione tra ospedale e territorio e tra assistenza sanitaria e sociale.

- 7. PERSONALE SANITARIO.** Rilanciare le politiche sul capitale umano per valorizzare la colonna portante della sanità pubblica e rendere nuovamente attrattiva la carriera nel SSN, innovando i processi di formazione e valutazione delle competenze.
- 8. SPRECHI E INEFFICIENZE.** Ridurre inappropriatezze e inefficienze, contrastare frodi e abusi e riallocare le risorse recuperate in servizi essenziali e innovazioni, aumentando il valore della spesa sanitaria.
- 9. RAPPORTO PUBBLICO-PRIVATO.** Favorire una sana integrazione tra pubblico e privato convenzionato, al fine di garantire un'offerta equa di prestazioni a carico del SSN e ridurre la necessità per i cittadini di ricorrere al libero mercato.
- 10. SANITÀ INTEGRATIVA.** Rendere i fondi sanitari realmente integrativi rispetto alle prestazioni già incluse nei LEA, al fine di arginare diseguaglianze, privatizzazione, erosione di risorse pubbliche e derive consumistiche.
- 11. TRASFORMAZIONE DIGITALE.** Promuovere cultura e competenze digitali della popolazione, in particolare di professionisti sanitari, pazienti, familiari e caregiver, rimuovendo gli ostacoli alla digitalizzazione, per non generare nuove diseguaglianze e migliorare l'equità di accesso ai servizi sanitari e l'efficienza del SSN.
- 12. RICERCA INDIPENDENTE.** Potenziare la ricerca clinica e organizzativa e la valutazione d'impatto delle politiche pubbliche sulla salute, integrandole in un programma nazionale di ricerca e sviluppo, al fine di produrre evidenze scientifiche per informare scelte e investimenti in sanità.
- 13. DATI PUBBLICI E ACCESSIBILI.** Rendere disponibili in formato aperto (*open data*) tutti i dati della sanità per favorire studi indipendenti, valutazioni comparative, partecipazione civica e decisioni politiche informate, rafforzando la trasparenza del sistema.
- 14. INFORMAZIONE SCIENTIFICA.** Potenziare l'informazione istituzionale basata sulle evidenze scientifiche e migliorare l'alfabetizzazione sanitaria e digitale, al fine di favorire decisioni informate sulla salute, ridurre il consumismo sanitario e contrastare le fake news.
- 15. PARTECIPAZIONE E COESIONE SOCIALE.** Aumentare la consapevolezza civica del valore del SSN e promuovere la partecipazione attiva di cittadini, comunità locali e organizzazioni della società civile alla tutela del SSN, riconoscendolo come motore di coesione sociale, equità e sviluppo.

L'obiettivo ultimo del Piano di Rilancio della Fondazione GIMBE è quello rafforzare e innovare quel modello di SSN istituito nel 1978, finanziato dalla fiscalità generale e basato su principi di universalità, uguaglianza ed equità, al fine di garantire il diritto costituzionale alla tutela della salute a tutte le persone.

Ma per attuare questo Piano, la Fondazione GIMBE invoca un nuovo patto. Un patto politico che superi ideologie partitiche e avvicendamenti di Governo, riconoscendo nel SSN un pilastro della democrazia, uno strumento di coesione sociale e un motore di sviluppo economico; un patto sociale che renda i cittadini consapevoli del valore della sanità pubblica e li educhi a un uso responsabile dei servizi; un patto professionale in cui tutti gli attori della sanità rinuncino ai privilegi di categoria per salvaguardare il bene comune.

La Fondazione GIMBE continuerà a battersi per difendere il SSN perché, se la Costituzione tutela il diritto alla salute di TUTTI, la sanità deve essere per TUTTI.

APPENDICE 1

#SalviamoSSN: la campagna della Fondazione GIMBE

La Fondazione GIMBE, sin dal marzo 2013 ha mantenuto sempre alta l'attenzione sulla tenuta della sanità pubblica. Tramite la pubblicazione annuale del Rapporto sul SSN, la costante attività di elaborazione di analisi e report, di advocacy istituzionale e comunicazione pubblica ha portato all'attenzione della politica, delle istituzioni e della società tutte le criticità che minano la tenuta del SSN proponendo soluzioni concrete per garantire in maniera equa il diritto alla tutela della salute.

La campagna **Salviamo il Nostro Servizio Sanitario Nazionale (#salviamoSSN)** è stata lanciata il 15 marzo 2013 per diffondere la consapevolezza che un SSN equo e universalistico rappresenta una conquista sociale irrinunciabile da difendere e garantire alle future generazioni²⁷⁶: migliaia di persone hanno aderito alla campagna sottoscrivendo il **Manifesto della Sostenibilità**.

I principi guida della campagna sono stati elaborati tenendo conto della legislazione vigente, del contesto politico, economico e sociale, oltre che di evidenze ed esperienze mutuate da sistemi sanitari internazionali. A seguito di un'ampia consultazione pubblica, tali principi hanno guidato la stesura della **Carta GIMBE per la tutela della Salute**, pubblicata nel dicembre 2014.

Dopo oltre 3 anni di studi, consultazioni e analisi indipendenti²⁷⁷, il 7 giugno 2016 la Fondazione GIMBE ha presentato il **Rapporto per la sostenibilità del SSN 2016-2025**, con il quale ha fermamente ribadito la necessità di rimettere al centro dell'agenda politica la sanità pubblica e, più in generale, l'intero sistema di welfare²⁷⁸. Dalla consultazione pubblica del primo Rapporto GIMBE è emersa la necessità di un monitoraggio continuo e indipendente di responsabilità e azioni di tutti gli stakeholder del SSN, con il fine ultimo di ottenere il massimo ritorno in termini di salute del denaro pubblico investito in sanità.

Con questo obiettivo nel settembre 2016 è stato istituito l'**Osservatorio GIMBE sulla sostenibilità del SSN**²⁷⁹, che ad oggi ha pubblicato 31 report²⁸⁰, le cui valutazioni sono guidate da tre principi:

- **Evidence for health:** le migliori evidenze scientifiche devono essere integrate in tutte le decisioni politiche, manageriali e professionali che riguardano la salute delle persone, oltre che guidare le scelte di cittadini e pazienti;

²⁷⁶ Cartabellotta A. Salviamo il Nostro SSN. Al via il progetto della Fondazione GIMBE. Evidence 2013;5(3): e1000038. Disponibile a: www.evidence.it/articolodettaglio/209/it/389/salviamo-il-nostro-ssn/articolo. Ultimo accesso: 30 settembre 2025.

²⁷⁷ Cartabellotta A. #salviamoSSN: tre anni di impegno per la sanità pubblica. Evidence 2016;8(6): e1000145. Disponibile a: www.evidence.it/articolodettaglio/209/it/496/salviamossn-tre-anni-di-impegno-per-la-sanit%C3%A0-pubblica/articolo. Ultimo accesso: 30 settembre 2025.

²⁷⁸ Rapporto sulla sostenibilità del Servizio Sanitario Nazionale 2016-2025. Fondazione GIMBE: Bologna, giugno 2016. Disponibile a: www.rapportogimbe.it. Ultimo accesso: 30 settembre 2025.

²⁷⁹ Cartabellotta A. #salviamoSSN: dal Rapporto GIMBE all'Osservatorio sulla sostenibilità del Servizio Sanitario Nazionale. Evidence 2016;8(9): e1000151. Disponibile a: www.evidence.it/articolodettaglio/209/it/502/salviamossn-dal-rapporto-gimbe-allosservatorio-sulla-sosten/articolo. Ultimo accesso: 30 settembre 2025.

²⁸⁰ Fondazione GIMBE. Osservatorio sul Servizio Sanitario Nazionale. Disponibile a: www.osservatoriogimbe.it. Ultimo accesso: 30 settembre 2025.

- **Value for money:** il SSN deve ottenere il massimo ritorno in termini di salute dal denaro pubblico investito in sanità, al tempo stesso mandato etico e obiettivo economico;
- **Health in all policies:** la salute delle persone deve guidare tutte le decisioni politiche, non solo sanitarie, ma anche ambientali, industriali, sociali, economiche e fiscali, oltre che in materia di istruzione, formazione e ricerca

Nel febbraio 2017 la Fondazione GIMBE ha inoltrato al Presidente della Repubblica e al Ministro della Salute formale richiesta di realizzare un **logo per il Servizio Sanitario Nazionale**, per confermare a 60 milioni di cittadini italiani che la salute rimane un diritto costituzionale tutelato dalla Repubblica e legittimare l'esistenza del SSN quale pilastro univoco di civiltà, democrazia e welfare²⁸¹. Le istituzioni non hanno mai fornito alcun riscontro alla richiesta.

Con il **2° Rapporto sulla sostenibilità del SSN**²⁸², presentato il 6 giugno 2017, la Fondazione GIMBE ha confermato che non esiste alcun disegno occulto di smantellamento e privatizzazione del SSN, ma continua a mancare un preciso programma politico per il suo salvataggio.

Valorizzando tutti i contributi ricevuti in occasione della consultazione pubblica del 2° Rapporto, è stato elaborato il **Piano di salvataggio del SSN**²⁸³ la cui attuazione viene continuamente monitorata dall'Osservatorio GIMBE. Il piano è stato utilizzato come benchmark sia per il fact-checking dei programmi elettorali in occasione delle elezioni politiche 2018²⁸⁴ e 2022²⁸⁵, sia per l'analisi indipendente del Contratto per il Governo del Cambiamento²⁸⁶.

Con il **3° Rapporto sulla sostenibilità del SSN**²⁸⁷, presentato il 5 giugno 2018, la Fondazione GIMBE ha ribadito con fermezza che senza un consistente rilancio del finanziamento pubblico sarà impossibile salvare il SSN e che mettere in discussione la sanità pubblica significa compromettere non solo la salute, ma soprattutto la dignità dei cittadini e la loro capacità di realizzare ambizioni e obiettivi che dovrebbero essere viste dalla politica come il vero ritorno degli investimenti in sanità.

Nel dicembre 2018 la Fondazione GIMBE ha realizzato un **logo per i 40 anni del Servizio Sanitario Nazionale**²⁸⁸, non solo per celebrare questo importante traguardo, ma soprattutto per diffondere la consapevolezza che stiamo silenziosamente perdendo la nostra più grande

²⁸¹ Fondazione GIMBE a Mattarella e Lorenzin: "Serve un logo per il Servizio sanitario nazionale". Adnkronos, 7 febbraio 2017. Disponibile a: www.adnkronos.com/salute/sanita/2017/02/07/fondazione-gimbe-mattarella-lorenzin-servi-logo-per-servizio-sanitario-nazionale_tGYV0R5iB8sFzAlzTCe0O.html. Ultimo accesso: 30 settembre 2025.

²⁸² 2° Rapporto GIMBE sulla sostenibilità del Servizio Sanitario. Fondazione GIMBE: Bologna, giugno 2017. Disponibile a: www.rapportogimbe.it. Ultimo accesso: 30 settembre 2025.

²⁸³ Fondazione GIMBE. Il piano di salvataggio del Servizio Sanitario Nazionale. Evidence 2018;10(8): e1000186. Disponibile a: www.evidence.it/articolodettaglio/209/it/537/il-piano-di-salvataggio-del-servizio-sanitario-nazionale/articolo. Ultimo accesso: 30 settembre 2025.

²⁸⁴ Fondazione GIMBE. Elezioni 2018. Monitoraggio indipendente dei programmi elettorali. Sanità e ricerca biomedica. Bologna, 22 febbraio 2018. Disponibile a: www.gimbe.org/elezioni2018. Ultimo accesso: 30 settembre 2025.

²⁸⁵ Fondazione GIMBE. Report Osservatorio GIMBE n. 1/2022. Elezioni Politiche 2022. Monitoraggio indipendente dei programmi elettorali: sanità e ricerca biomedica. Bologna, settembre 2022. Disponibile a: www.gimbe.org/elezioni2022. Ultimo accesso: 30 settembre 2025.

²⁸⁶ Fondazione GIMBE. Analisi delle proposte su sanità e ricerca biomedica del "Contratto per il Governo del Cambiamento". Bologna, settembre 2018. Disponibile a: www.gimbe.org/contratto-governo. Ultimo accesso: 30 settembre 2025.

²⁸⁷ 3° Rapporto GIMBE sulla sostenibilità del Servizio Sanitario. Fondazione GIMBE: Bologna, giugno 2018. Disponibile a: www.rapportogimbe.it. Ultimo accesso: 30 settembre 2025.

²⁸⁸ 40 anni di SSN. GIMBE: "Celebrazione doverosa, ma per tramandarlo ai nostri figli servono investimenti e riforme di rottura". Quotidiano Sanità, 13 dicembre. Disponibile a: www.quotidianosanita.it/studi-e-analisi/articolo.php?articolo_id=69057. Ultimo accesso: 30 settembre 2025.

conquista sociale, rischiando di lasciare in eredità alle generazioni future una sanità privata per i ricchi ed una pubblica residuale per i meno abbienti. Il logo è stato consegnato all'allora Ministra della Salute Giulia Grillo e inviato al Presidente della Repubblica Sergio Mattarella.

Con il **4° Rapporto sul SSN**²⁸⁹, presentato l'11 giugno 2019, dopo aver rivalutato la "prognosi" del SSN al 2025, la Fondazione GIMBE ha suggerito azioni di governance a tutti i livelli per attuare il Piano di salvataggio del SSN, con l'obiettivo di preservare alle future generazioni la più grande conquista sociale dei cittadini italiani: un servizio sanitario pubblico, equo e universalistico.

Il **5° Rapporto GIMBE sul SSN**²⁹⁰, presentato l'11 ottobre 2022 dopo 3 anni di pausa forzata dall'emergenza COVID-19, ha messo in luce come la pandemia abbia ulteriormente indebolito il SSN, in particolare per il depauperamento e la demotivazione del personale sanitario.

Persistendo l'assenza di una visione politica e un immobilismo che si limita ad affrontare problemi contingenti, nel 2022 la Fondazione ha elaborato la prima versione del **Piano di Rilancio del SSN**²⁹¹, che definisce le azioni indispensabili a rilanciare la sanità pubblica e garantire a tutte le persone il diritto costituzionale alla tutela della salute. Il Piano è stato integrato con i feedback di una consultazione pubblica molto partecipata, e presentato a marzo 2023 quale standard di riferimento per monitorare le decisioni e le azioni di chi decide sul diritto alla tutela della salute.

Nel giugno 2022, la Fondazione GIMBE ha lanciato per i ragazzi delle scuole superiori il progetto **La Salute tiene banco**²⁹², che mira a diffondere l'approccio globale alla salute, a migliorare l'alfabetizzazione sanitaria, a fornire gli strumenti per contrastare le fake news e ad utilizzare in maniera informata i servizi sanitari. Al 30 settembre 2025, il progetto ha coinvolto oltre 5.500 studentesse e studenti di 38 scuole distribuite su tutto il territorio nazionale.

Con il **6° Rapporto GIMBE sul SSN**²⁹³, presentato il 10 ottobre 2023, la Fondazione GIMBE ha constatato che il rilancio del SSN non rientra tra le priorità dell'attuale Esecutivo, analogamente a quelli degli ultimi 15 anni. E che i principi fondanti del SSN – universalità, uguaglianza, equità – sono stati ormai traditi e sono ben altre le parole chiave che qualificano il SSN e condizionano la vita quotidiana delle persone, in particolare delle fasce socio-economiche meno abbienti: interminabili tempi di attesa, affollamento dei pronto soccorso, difficoltà a trovare un medico di famiglia vicino casa, inaccettabili diseguaglianze regionali e locali sino alla migrazione sanitaria, aumento della spesa privata e impoverimento delle famiglie sino alla rinuncia alle cure.

Nel dicembre 2023, a 45 anni dall'istituzione della L. 883/78, la Fondazione GIMBE ha pubblicato una **monografia celebrativa**²⁹⁴ e trasmesso al Presidente della Repubblica, alle

²⁸⁹ 4° Rapporto GIMBE sulla sostenibilità del Servizio Sanitario Nazionale. Fondazione GIMBE: Bologna, giugno 2019. Disponibile a: www.rapportogimbe.it. Ultimo accesso: 30 settembre 2025.

²⁹⁰ 5° Rapporto GIMBE sul Servizio Sanitario Nazionale. Fondazione GIMBE: Bologna, ottobre 2022. Disponibile a: www.rapportogimbe.it. Ultimo accesso: 30 settembre 2025.

²⁹¹ Piano di rilancio del Servizio Sanitario Nazionale. Fondazione GIMBE: Bologna, marzo 2023. Disponibile a: <https://www.salviamo-ssn.it/salviamo-ssn/piano-di-rilancio>. Ultimo accesso: 30 settembre 2025.

²⁹² Fondazione GIMBE. La Salute tiene banco. Disponibile a: www.lasalutetienebanco.it. Ultimo accesso: 30 settembre 2025.

²⁹³ 6° Rapporto sul Servizio Sanitario Nazionale. Fondazione GIMBE: Roma, ottobre 2023. Disponibile a: www.rapportogimbe.it. Ultimo accesso: 30 settembre 2025.

²⁹⁴ Cartabellotta N. Il Servizio Sanitario Nazionale compie 45 anni: lunga vita al Servizio Sanitario Nazionale! Fondazione GIMBE. 23 dicembre 2023. Disponibile a: www.gimbe.org/SSN45. Ultimo accesso: 30 settembre 2025.

Alte Cariche dello Stato e al Ministro della Salute una nuova richiesta formale – tuttora senza risposta – di **istituire un logo per il SSN**. Con l’obiettivo di legittimare anche con un simbolo l’esistenza del SSN quale pilastro univoco di civiltà e democrazia, confermando che la tutela della salute rimane un diritto costituzionale garantito dalla Repubblica.

Nel dicembre 2023, la Fondazione GIMBE ha promosso l’istituzione della **Rete Civica #SalviamoSSN**²⁹⁵, un network nazionale con sezioni provinciali per coinvolgere sempre più persone nella tutela e nel rilancio del SSN. Una causa di grande rilevanza sociale da portare nelle piazze, nelle comunità, nelle scuole, nelle istituzioni, per aumentare la consapevolezza pubblica del valore del SSN, con il fine ultimo di garantire a tutte le persone una sanità pubblica accessibile ed equa. Al 30 settembre 2025, la Rete Civica conta 33 nuclei provinciali di coordinamento attivi in 14 Regioni, che hanno già organizzato decine di eventi e iniziative rivolti alla cittadinanza.

Con il **7° Rapporto GIMBE sul SSN**²⁹⁶, presentato l’8 ottobre 2024, la Fondazione ha confermato il progressivo indebolimento del SSN aggravato dall’assenza di una visione politica, dal sottofinanziamento cronico, dall’aumento della spesa a carico dei cittadini e dalle crescenti diseguaglianze regionali, in particolare dalla frattura strutturale tra Nord e Sud. Il Rapporto ha inoltre documentato il preoccupante aumento della rinuncia alle cure ed evidenziato il ritardo nell’attuazione della Missione Salute del PNRR. È stato aggiornato il **Piano di Rilancio del SSN**, standard di riferimento per monitorare politiche e azioni di Governo e Regioni.

Nel gennaio 2025 la Fondazione GIMBE ha sottoscritto un protocollo d’intesa con la **Rete Italiana Città Sane OMS**, con l’obiettivo di rafforzare la collaborazione istituzionale per la promozione della salute, la prevenzione e la sostenibilità dei sistemi sanitari. L’accordo prevede attività congiunte con i Comuni aderenti e con le Aziende sanitarie del territorio, la condivisione di evidenze scientifiche e buone pratiche e iniziative di sensibilizzazione rivolte a cittadini, amministratori e professionisti, in coerenza con le priorità strategiche dell’Organizzazione Mondiale della Sanità.

²⁹⁵ Fondazione GIMBE. Rete civica #SalviamoSSN. Disponibile a: www.salviamo-ssn.it/rete. Ultimo accesso: 30 settembre 2025.

²⁹⁶ 7° Rapporto GIMBE sul Servizio Sanitario Nazionale. Fondazione GIMBE: Bologna, 8 ottobre 2024. Disponibile a: www.salviamo-ssn.it/7-rapporto. Ultimo accesso: 30 settembre 2025.

L'indipendenza è la nostra forza,
il tuo sostegno è indispensabile.
Aiutaci a realizzare nuovi report
per difendere i tuoi diritti.

Dona su
www.sostienigimbe.it



#SalviamoSSN

Fondazione GIMBE
Diffondere le conoscenze
Migliorare la salute

Via Amendola, 2
40121 Bologna
Tel. 051 5883920
info@gimbe.org
www.gimbe.org