2026

30th 1996-2026 GIMBE EVIDENCE FOR HEALTH

9° Rapporto GIMBE sul Servizio Sanitario Nazionale

Presentato il 7 ottobre 2026
Sala della Regina, Palazzo Montecitorio
Camera dei Deputati, Roma

Elaborato dalla
Fondazione GIMBE
senza alcun supporto
istituzionale o commerciale

SSN

#SalviamoSSN

9° Rapporto GIMBE sul Servizio Sanitario Nazionale

Presentato il 7 ottobre 2026
Sala della Regina, Palazzo Montecitorio
Camera dei Deputati, Roma

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
9° Rapporto GIMBE sul Servizio Sanitario Nazionale. Fondazione GIMBE: Bologna, 7 ottobre 2026. Disponibile a: www.salviamo-ssn.it/9-rapporto. Ultimo accesso: giorno mese anno.

FONTI DI FINANZIAMENTO
Il 9° 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.

Tutte le analisi sono state effettuate su dati relativi all'anno 2025, tranne i casi in cui si è fatto riferimento all'anno più recente disponibile. Per ogni fonte è riportato l'anno di riferimento.

L'ultimo aggiornamento di dati, fonti e normative è stato effettuato il 30 settembre 2026. Le analisi del capitolo 2 sono state aggiornate con i valori contenuti nel Documento Programmatico di Finanza Pubblica (DPFP) 2026 pubblicato il 2 ottobre 2026.

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), Angelantonio Mastrillo (Università degli Studi di Bologna).

© Fondazione GIMBE, ottobre 2026.
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 9

1.3. La sanità pubblica tra le priorità degli italiani 11

1.4. Le valutazioni internazionali del SSN 13

1.5. Le principali azioni di Governo 15

1.6. Visione e proposte della Fondazione GIMBE 27

CAPITOLO 2 Il finanziamento pubblico 29

2.1. Il Fabbisogno Sanitario Nazionale 29

2.2. L'andamento del Fabbisogno Sanitario Nazionale: 2010-2026 36

2.3. Gli scenari futuri: 2027-2029 43

2.4. I nuovi orientamenti della Corte Costituzionale 49

2.5. Considerazioni conclusive 52

CAPITOLO 3 Il riparto del Fabbisogno Sanitario Nazionale 53

3.1. L'evoluzione dei criteri di riparto 53

3.2. Riparto del FSN 2025 56

CAPITOLO 4 La spesa sanitaria 63

4.1. Spesa sanitaria pubblica 67

4.2. Spesa sanitaria privata 73

4.3. Benchmark internazionali 96

4.4. Il valore della spesa sanitaria 104

CAPITOLO 5 I Livelli Essenziali di Assistenza 111

5.1. Modalità di erogazione dei LEA 112

5.2. Esigibilità dei nuovi LEA 116

5.3. Aggiornamento dei LEA 118

5.4. Monitoraggio dei LEA 124

5.5. Mobilità sanitaria 142
CAPITOLO 6 Sprechi e inefficienze 149
6.1. Sovra-utilizzo 153
6.2. Sotto-utilizzo 155
6.3. Inadeguato coordinamento dell'assistenza 158
6.4. Acquisti a costi eccessivi 160
6.5. Inefficienze amministrative 161
6.6. Frodi e abusi 162
6.7. Considerazioni conclusive 163
CAPITOLO 7 Il personale sanitario 165
7.1. Fonti dati 165
7.2. Benchmark internazionali 170
7.3. Personale dipendente 175
7.4. Medici specialisti 186
7.5. Medici di Medicina Generale 190
7.6. Pediatri di Libera Scelta 198
7.7. Spesa per il personale sanitario 205
7.8. Considerazioni conclusive 216
CAPITOLO 8 La Missione Salute del PNRR 219
8.1. Rimodulazioni e revisioni della Missione Salute 219
8.2. Stato di avanzamento 223
8.3. Valutazione indipendente GIMBE 226
8.4. Sintesi della valutazione indipendente 236
8.5. Considerazioni conclusive 239
CAPITOLO 9 Il privato in sanità 241
9.1. Erogatori 244
9.2. Investitori 251
9.3. Terzi paganti 251
9.4. Partenariato pubblico-privato 252
9.5. Enti del Terzo Settore e altri enti non-profit 254
CAPITOLO 10 Il Piano di Rilancio del Servizio Sanitario Nazionale 257
10.1. Linee di intervento 260
APPENDICE 1 #SalviamoSSN: la campagna della Fondazione GIMBE 266

EXECUTIVE SUMMARY

I dati e le analisi del presente Rapporto convergono su un punto fondamentale: il Servizio Sanitario Nazionale (SSN) continua a garantire risultati di salute complessivamente buoni, ma la sua capacità di assicurare cure tempestive ed eque si indebolisce progressivamente. Il sottofinanziamento strutturale, le carenze di personale sanitario, le diseguaglianze territoriali e socio-economiche rendono l'accesso alle cure sempre più dipendente dal luogo di residenza e dalla capacità di spesa individuale. Il Piano di Rilancio del SSN elaborato dalla Fondazione GIMBE indica le priorità per invertire questa traiettoria. Perché difendere il SSN significa tutelare la coesione sociale, contrastare le diseguaglianze e preservare uno dei principali strumenti con cui la Repubblica rende concreto il principio di uguaglianza tra le persone. La tutela della salute non può essere un privilegio riservato a chi può permetterselo, ma un diritto costituzionale garantito a tutti.

Il **CAPITOLO 1** analizza lo "stato di salute" del SSN, a partire dalle diverse "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 aggravano il "quadro clinico" del SSN: la collaborazione Stato-Regioni, cui è affidata la tutela della salute, non è sempre leale e le aspettative di cittadini e pazienti nei confronti di una medicina mitica e di una sanità infallibile sono sempre più elevate. La "diagnosi" viene quindi rivalutata alla luce dell'impatto della pandemia e della fase post-pandemica, che hanno ulteriormente aggravato le criticità strutturali, in particolare sul versante del personale sanitario, dell'assistenza territoriale e delle diseguaglianze di accesso. Il capitolo analizza inoltre le conseguenze della crisi del SSN sperimentate quotidianamente da cittadini e pazienti – liste d'attesa, difficoltà di accesso ai servizi, carenze di medici di medicina generale (MMG) e pediatri di libera scelta (PLS), mobilità sanitaria, aumento della spesa privata e rinuncia alle prestazioni sanitarie – ma anche i comportamenti dei cittadini che alimentano inappropriatezze, sprechi e spese out-of-pocket evitabili. Viene poi esaminata la rilevanza attribuita dagli italiani al SSN nei sondaggi e vengono sintetizzate le principali valutazioni internazionali, che confermano, accanto ai buoni esiti di salute, le crescenti criticità nell'accesso, nella prevenzione, nella dotazione di personale e nell'equità territoriale. Il capitolo passa quindi in rassegna le principali azioni di Governo della XIX Legislatura, distinguendo tra misure adottate, iniziative in corso, Piani nazionali approvati e criticità ancora irrisolte. Infine, delinea la visione e le proposte della Fondazione GIMBE per la salvaguardia e il rilancio del SSN.

Il **CAPITOLO 2**, dedicato al **finanziamento pubblico**, analizza l'andamento del Fabbisogno Sanitario Nazionale (FSN) attraverso tre diverse "unità di misura": valore nominale, incidenza sul PIL e valore a prezzi costanti. Dal 2010 al 2026 il FSN nominale è aumentato complessivamente di € 37,5 miliardi, in media € 2,3 miliardi l'anno, ma con trend molto diversi tra il periodo pre-pandemico (2010-2019), gli anni della pandemia (2020-2022) e il periodo post-pandemico (2023-2026). Durante la **stagione dei tagli (2010-2019)** alla sanità pubblica sono stati sottratti oltre € 37 miliardi, con un aumento complessivo del FSN di soli € 8,4 miliardi in dieci anni, pari a una crescita media dell'1% annuo, inferiore a quella dell'inflazione media

annua (1,2%). Negli **anni della pandemia (2020-2022)** il FSN è cresciuto complessivamente di € 11,6 miliardi, con una crescita media del 3,3% annuo, segnando formalmente la fine dei tagli. Tra marzo 2020 e settembre 2022 sono stati emanati 13 decreti-legge che hanno stanziato complessivamente € 11.584,3 milioni per la gestione dell'emergenza COVID-19 e per sostenere i maggiori costi energetici delle strutture del SSN: € 5.506 milioni hanno incrementato il FSN, mentre € 6.078,3 milioni sono stati destinati direttamente a voci emergenziali. Questo netto incremento del finanziamento pubblico è stato tuttavia assorbito dai costi della pandemia, senza consentire un rafforzamento strutturale del SSN. Nel **periodo post-pandemico (2023-2026)** il FSN è cresciuto complessivamente di € 17,5 miliardi, passando da € 125,4 miliardi nel 2022 a € 142,9 miliardi nel 2026. Tuttavia, una parte rilevante dell'incremento è stata assorbita dall'inflazione e dall'aumento dei costi energetici. L'analisi a prezzi costanti, basata sull'inflazione generale ISTAT (indice NIC), ridimensiona ulteriormente l'entità degli incrementi nominali: assumendo il 2010 come anno base, il FSN a prezzi costanti per il 2026 è stimato in € 105,2 miliardi, sostanzialmente sullo stesso livello del 2010 (€ 105,4 miliardi). In altri termini, l'incremento nominale è sostanzialmente compensato dall'aumento generale dei prezzi. Questo confronto non misura direttamente la capacità del SSN di acquistare beni e servizi sanitari. In termini di incidenza sul PIL, il FSN è sceso dal 6,27% del 2022 a valori prossimi al 6% negli anni successivi, con l'unica eccezione del 6,14% del 2026. Se il rapporto FSN/PIL fosse rimasto invariato al livello del 2022, nel quadriennio 2023-2026 sarebbero stati disponibili € 18,8 miliardi in più rispetto alle risorse effettivamente stanziate. Sul piano previsionale, per il **periodo 2027-2029**, il Documento Programmatico di Finanza Pubblica (DPFP) 2026 stima una spesa sanitaria al 6,4% del PIL nel 2026 e al 6,3% nel triennio 2027-2029. Considerato che il rapporto FSN/PIL è previsto in progressiva riduzione, dal 6,14% del 2026 al 5,78% del 2029, il crescente divario tra previsioni di spesa sanitaria e finanziamento pubblico si scaricherà inevitabilmente sui bilanci delle Regioni, aggravando i disavanzi e rendendo più complesso garantire i livelli di assistenza, soprattutto in un contesto di crescita economica debole e forte incertezza internazionale. Il capitolo si chiude con una disamina dei più recenti orientamenti della Corte costituzionale sul rapporto tra equilibrio finanziario e tutela della salute, che hanno progressivamente rafforzato il principio secondo cui le risorse necessarie a garantire i LEA costituiscono una "spesa costituzionalmente necessaria", non comprimibile in misura tale da compromettere l'effettività del diritto alla tutela della salute.

Il **CAPITOLO 3** analizza il **riparto del FSN**, alla luce della revisione dei criteri introdotta dal 2023 per tenere maggiormente conto, oltre che dell'età della popolazione, anche della mortalità prematura e delle determinanti socio-economiche. Nella componente del riparto basata sui criteri demografici e sul finanziamento della farmaceutica, pari al 98,5% del totale, la ponderazione per età incide solo sul 35,3%; il 52,96% è ripartito sulla base della popolazione non pesata e l'11,74% riguarda la componente farmaceutica, soggetta a uno specifico criterio di finanziamento. Alla mortalità prematura e alle determinanti socio-economiche è riservato appena lo 0,75% per ciascuno dei due criteri. Nel 2025 è stato inoltre introdotto, per la prima volta, un correttivo per tenere conto delle specificità delle Regioni più piccole e meno densamente popolate, ma il suo impatto resta limitato dall'esiguità della quota su cui è applicato. Nonostante la revisione, i criteri di riparto del FSN indistinto rimangono ben lontani dal garantire una reale equità distributiva delle risorse: la quota non pesata rimane troppo elevata e non permette di adeguare l'assegnazione delle risorse ai bisogni di salute, in particolare a quelli emergenti di bambini, adolescenti e giovani adulti. Inoltre, il "peso" attribuito alla mortalità precoce (0,75%) e, soprattutto, alle determinanti socio-economiche (0,75%) risulta marginale rispetto alle evidenze scientifiche disponibili. Infine, il capitolo analizza la quota premiale, che

nel 2025 rappresenta appena lo 0,3% del FSN standard. Pur essendo stati introdotti anche criteri riferiti alla densità abitativa e all'estensione territoriale, la sua ripartizione continua ad avvenire senza un metodo standardizzato e trasparente, assolvendo prevalentemente una funzione compensativa fortemente condizionata dalla negoziazione politica tra le Regioni.

Il **CAPITOLO 4** analizza la **spesa sanitaria** che, secondo i dati ISTAT del Sistema dei conti della sanità (ISTAT-SHA), nel 2025 ammonta complessivamente a € 190.117 milioni, così ripartiti: € 140.789 milioni di spesa pubblica (74,1%) e € 49.328 milioni di spesa privata (25,9%), di cui € 42.357 milioni di spesa out-of-pocket (22,3%) e € 6.971 milioni di spesa intermediata (3,7%). Considerando la sola spesa privata, l'85,9% è sostenuto direttamente dalle famiglie e il 14,1% è intermediato da fondi sanitari, assicurazioni, istituzioni non-profit e imprese. La **spesa out-of-pocket** continua quindi a rappresentare la componente nettamente prevalente della spesa privata e il suo ammontare sottostima l'arretramento delle tutele pubbliche, perché viene "compressa" da fenomeni quali la limitazione delle spese per la salute, l'indisponibilità economica temporanea e la rinuncia alle prestazioni sanitarie. Infatti, nel 2024 il 9,9% della popolazione, pari a oltre 5,8 milioni di persone, ha dichiarato di aver rinunciato a una o più prestazioni sanitarie: circa 4 milioni per i lunghi tempi d'attesa e 3,1 milioni per motivi economici, potendo indicare entrambe le cause. Il quadro è ulteriormente aggravato dalla povertà assoluta, che nel 2024 coinvolge oltre 2,2 milioni di famiglie, pari all'8,4% del totale, con valori più elevati nel Sud e nelle Isole. Più complessa è l'analisi della **spesa intermediata**, a causa della difficile tracciabilità dei flussi economici e della frammentazione delle fonti. Per i fondi sanitari integrativi, l'analisi su un campione che rappresenta circa il 68% degli iscritti documenta nel periodo 2020-2025 un incremento sia dei contributi versati sia delle prestazioni erogate; tuttavia, la differenza tra le due voci si è progressivamente ridotta fino a € 278 milioni nel 2025, il valore più basso dell'intero periodo. Tale riduzione è compatibile con un aumento delle richieste di rimborso, ma i dati disponibili non consentono di attribuirla univocamente all'indebolimento del SSN né, da soli, di valutare la sostenibilità dei fondi.
Benchmark internazionali. Nel 2025 in Italia la spesa sanitaria pubblica si attesta al 6,2% del PIL, contro il 7,1% sia della media OCSE sia della media dei Paesi europei dell'area OCSE. La spesa pubblica pro-capite, pari a $ 3.952 a parità di potere d'acquisto (PPP), è inferiore di $ 909 alla media OCSE ($ 4.861) e di $ 1.013 alla media dei Paesi europei dell'area OCSE ($ 4.965). L'Italia si colloca inoltre all'ultimo posto tra i Paesi del G7 per spesa sanitaria pubblica pro-capite. La spesa privata complessiva pro-capite è sostanzialmente allineata alla media OCSE ($ 1.385 rispetto a $ 1.407), ma presenta una composizione molto diversa: la spesa out-of-pocket è superiore ($ 1.189 rispetto a $ 1.059), mentre quella intermediata è nettamente inferiore ($ 196 rispetto a $ 348; media dei Paesi europei dell'area OCSE: $ 297). Il capitolo si chiude con un approfondimento sul **valore della spesa sanitaria**, che risulta molto differente nelle tre componenti – pubblica, out-of-pocket e intermediata – ed evidenzia la necessità di intervenire contemporaneamente su finanziamento, appropriatezza, governance e politiche fiscali per aumentare il valore complessivo delle risorse destinate alla salute. L'ipotesi di rilanciare il SSN "mettendo a sistema" gran parte degli oltre € 42 miliardi di spesa out-of-pocket attraverso la sanità integrativa non trova fondamento nei dati: la priorità rimane rafforzare la capacità del servizio pubblico di garantire prestazioni accessibili, tempestive ed eque.

Il **CAPITOLO 5** è dedicato ai **Livelli Essenziali di Assistenza** e alle diseguaglianze regionali. Viene anzitutto analizzata la procedura di **aggiornamento dei LEA**, che ha subito inaccettabili ritardi: il primo processo organico di aggiornamento si è infatti concluso quasi dieci anni dopo il DPCM 12 gennaio 2017. Solo nel 2025 la Commissione nazionale LEA ha approvato un primo aggiornamento, articolato in due provvedimenti: uno relativo alle modifiche con maggiori oneri,

pari a € 149,5 milioni annui, e uno relativo agli aggiornamenti a invarianza finanziaria. I due provvedimenti sono stati pubblicati in Gazzetta Ufficiale il 30 settembre 2026 ed entreranno in vigore il 30 ottobre 2026.
Riguardo all'**esigibilità dei nuovi LEA**, dopo i ripetuti rinvii delle tariffe per specialistica ambulatoriale e assistenza protesica, il nuovo nomenclatore è entrato in vigore il 30 dicembre 2024, quasi otto anni dopo l'approvazione dei LEA. A seguito dell'annullamento del decreto da parte del TAR del Lazio, il regime tariffario è stato nuovamente ridefinito con il DM 7 agosto 2026, entrato in vigore il 21 settembre 2026. Resta tuttavia necessario monitorarne l'effettiva applicazione, in particolare nelle Regioni in Piano di rientro, per verificarne l'uniforme esigibilità sul territorio nazionale.
La sezione dedicata al **monitoraggio** analizza l'adempimento delle Regioni attraverso la "griglia LEA" per il periodo 2010-2019 e il Nuovo Sistema di Garanzia (NSG) per gli anni 2020-2024. Anche i dati più recenti confermano persistenti divari territoriali. Nel 2024 risultano inadempienti solo tre Regioni: Calabria, per l'area distrettuale, e Provincia autonoma di Bolzano e Sicilia, per l'area della prevenzione. L'elaborazione GIMBE dei punteggi complessivi continua a evidenziare un marcato gradiente Nord-Sud. A livello nazionale migliorano nettamente l'area distrettuale e quella della prevenzione, mentre peggiora l'area ospedaliera. Il superamento della soglia minima di 60 punti in ciascuna macro-area deve essere interpretato con cautela: non certifica l'effettiva esigibilità dei LEA da parte di tutti i cittadini e può convivere con un peggioramento dell'accesso alle prestazioni. Il NSG si basa infatti su un limitato cruscotto di indicatori sentinella, la cui capacità di misurare qualità, accessibilità ed equità dell'assistenza dipende dalla rappresentatività degli indicatori, dai meccanismi di aggregazione, dalla tempestività dei dati e dalla trasparenza metodologica. La Legge di Bilancio 2026 ha rafforzato il collegamento tra valutazione e azioni correttive, prevedendo audit e interventi finalizzati al raggiungimento delle soglie minime, la cui effettiva attuazione dovrà essere monitorata.
Infine, viene analizzato il fenomeno della **mobilità sanitaria**, che nel 2023 ha raggiunto € 5.153 milioni, il valore più elevato dal 2010. Il 69,5% del valore è relativo ai ricoveri ospedalieri e il 15,5% alla specialistica ambulatoriale. Lombardia, Emilia-Romagna e Veneto concentrano oltre la metà della mobilità attiva e il 95,1% dei saldi positivi, mentre il 78,2% dei saldi negativi si concentra in Calabria, Campania, Puglia, Sardegna, Sicilia e Lazio. La mobilità conferma quindi profonde diseguaglianze nell'esigibilità del diritto alla tutela della salute e una rilevante capacità attrattiva delle strutture private accreditate: dall'analisi dei modelli M, nel 2023 queste hanno erogato il 54,5% del valore della mobilità per ricoveri e prestazioni specialistiche, pari a € 1.966 milioni, rispetto al 45,5% delle strutture pubbliche.

Il **CAPITOLO 6** delinea il perimetro e le macro-categorie di **sprechi e inefficienze** attraverso la tassonomia GIMBE: sovra-utilizzo di interventi a basso valore, sotto-utilizzo di quelli ad alto valore, inadeguato coordinamento dell'assistenza, acquisti a costi eccessivi, inefficienze amministrative, frodi e abusi. Il Rapporto ne documenta la presenza trasversale nei diversi contesti assistenziali e le evidenze più recenti confermano che il disinvestimento da pratiche a basso valore non produce automaticamente risparmi monetizzabili. Il capitolo ribadisce che la riduzione degli sprechi non può sostituire il finanziamento pubblico: l'assegnazione delle risorse è responsabilità del Governo, mentre la loro gestione efficiente coinvolge Regioni, Aziende sanitarie, professionisti, cittadini e pazienti. Le risorse eventualmente liberate devono essere esplicitamente riallocate verso interventi, servizi e tecnologie ad alto valore. Digitalizzazione, interoperabilità dei dati, formazione, revisione dei processi e migliori strumenti di governance rappresentano condizioni essenziali per ridurre inefficienze e aumentare il valore della spesa sanitaria.

Il **CAPITOLO 7,** dedicato al **personale sanitario**, analizza le principali fonti nazionali e internazionali, evidenziandone caratteristiche e difformità e confrontando i dati relativi a medici e infermieri. Vengono quindi esaminati i benchmark internazionali, la consistenza e la distribuzione regionale del personale dipendente del SSN, i medici specialisti, la medicina convenzionata e la spesa per il personale. L'anno di riferimento è il 2024, con aggiornamenti al 2025 per la spesa e i contratti di fornitura di personale e al 2026 per i dati sulla formazione universitaria e post-laurea.

Benchmark internazionali. L'Italia dispone di 5,8 medici per 1.000 abitanti, rispetto a 4 della media OCSE, collocandosi al 2° posto tra i 34 Paesi che forniscono il dato. Ben diverso il quadro degli infermieri: 6,9 per 1.000 abitanti rispetto a 9,7 della media OCSE, con retribuzioni ospedaliere inferiori del 27% e 19,5 laureati per 100.000 abitanti rispetto a 43,6 della media OCSE. Di conseguenza, il rapporto infermieri/medici è pari a 1,2, esattamente la metà della media OCSE. Nel complesso, l'elevata numerosità dei medici a livello nazionale convive con carenze selettive per specialità, territorio e settore di impiego; il deficit infermieristico è invece strutturale e riguarda contemporaneamente organici, ricambio generazionale e retribuzioni.

Personale dipendente. Nel 2024 il Conto Annuale della Ragioneria Generale dello Stato rileva 713.976 dipendenti, il valore più elevato del periodo analizzato, dopo il recupero iniziato nel 2019. Tra i professionisti sanitari si contano 279.990 infermieri e 108.243 medici. In rapporto alla popolazione residente, la media nazionale è di 1,84 medici e 4,75 infermieri per 1.000 abitanti, con marcate differenze regionali; quasi tutte le Regioni in Piano di rientro presentano una dotazione infermieristica al di sotto della media nazionale.

Medici e infermieri. Il confronto tra fonti documenta un gap rilevante tra i 339.256 medici censiti dall'OCSE e quelli riconducibili al SSN o ai percorsi formativi post-laurea, confermando che il problema è la crescente difficoltà del SSN ad attrarli e trattenerli. Per gli infermieri, a fronte dei 407.750 censiti dall'OCSE, il Ministero della Salute ne rileva 327.774 nelle strutture considerate. Tra il personale dipendente il rapporto infermieri/medici è pari a 2,59; includendo anche i 57.080 medici convenzionati scende a 1,69. Questi valori derivano da perimetri diversi da quello OCSE e non sono direttamente comparabili.

Medici specialisti. Nel 2024 esercitano la professione in Italia quasi 217.000 medici specialisti, pari a 368 per 100.000 abitanti. Esistono forti squilibri tra le discipline: numerose specialità fondamentali per il buon funzionamento del SSN sono caratterizzate sia da un limitato numero di specialisti sia da una bassa attrattività dei contratti di formazione specialistica.

Medici di medicina generale. Al 1° gennaio 2025 risultavano attivi 36.812 MMG con oltre 50,9 milioni di assistiti in carico, in media 1.383 per medico. Tra il 2019 e il 2024 i MMG sono diminuiti di 5.197 unità (-12,4%). Assumendo come riferimento il rapporto ottimale di un MMG ogni 1.200 assistiti, la carenza stimata è di 5.716 MMG in 18 Regioni e Province autonome. Anche nello scenario più favorevole, al 2028 le nuove leve difficilmente basteranno a compensare carenze e pensionamenti, con un gap stimato di almeno 2.700 MMG.

Pediatri di libera scelta. Al 1° gennaio 2025 risultavano attivi 6.284 PLS, con quasi 5,8 milioni di assistiti. Tra il 2019 e il 2024 il loro numero è diminuito di 1.089 unità (-14,8%), una riduzione superiore a quella della popolazione pediatrica. La carenza stimata è di 497 PLS, concentrata per il 78,7% in Lombardia, Piemonte e Veneto, mentre le medie regionali possono sottostimare criticità locali anche rilevanti.

Spesa per il personale. Nel periodo 2012-2025 la quota di spesa sanitaria pubblica destinata al personale dipendente e convenzionato è scesa dal 39,7% al 36,9%, nonostante la spesa in termini assoluti sia aumentata da € 43,1 miliardi nel 2012 a € 52,2 miliardi nel 2025. Rispetto allo scenario ipotetico in cui la quota fosse rimasta ai livelli del 2012, la minore spesa cumulativa ammonta a € 36,8 miliardi. Parallelamente, il ricorso a personale esterno è rimasto rilevante:

secondo ANAC, nel 2025 il valore dei contratti per servizi di fornitura di personale ha raggiunto € 568 milioni, in aumento del 15% rispetto al 2024. Nel complesso, il rilancio del SSN richiede quindi una strategia organica sul capitale umano, capace di integrare programmazione dei fabbisogni, formazione, valorizzazione professionale ed economica, condizioni di lavoro e attrattività del servizio pubblico.

Il **CAPITOLO 8** analizza la **Missione Salute del PNRR**, ricostruendone struttura, obiettivi, rimodulazioni e stato di avanzamento. Alla Missione 6 sono destinati € 15,63 miliardi, ripartiti tra la Componente 1, dedicata a reti di prossimità, assistenza territoriale e telemedicina (€ 7,75 miliardi), e la Componente 2, relativa a innovazione, ricerca e digitalizzazione del SSN (€ 7,88 miliardi).
Rimodulazioni. Nel corso dell'attuazione il perimetro della Missione è stato modificato sul piano finanziario, nei target quantitativi e nei criteri di conseguimento. La revisione del 2023 ha ridotto i target relativi a Case della Comunità (da 1.350 a 1.038), Centrali Operative Territoriali (da 600 a 480), Ospedali di Comunità (da 400 a 307), posti letto di terapia intensiva (da 3.500 a 2.692), di terapia semi-intensiva (da 4.225 a 3.230) e interventi antisismici (da 109 a 84). Parallelamente sono aumentati i target per l'assistenza domiciliare agli over 65 (+42.000) e per i pazienti assistiti con strumenti di telemedicina (+100.000). Per una parte degli interventi esclusi dal perimetro PNRR è stato previsto il ricorso a fonti alternative di finanziamento.
Stato di avanzamento. Al 30 settembre 2026, i dieci obiettivi relativi alla decima e ultima rata sono stati dichiarati raggiunti dal Ministero della Salute e rendicontati dal Governo italiano; la validazione da parte della Commissione europea è in corso. Quanto alla verifica indipendente, risultano quantitativamente riscontrabili i target relativi a telemedicina, pagamenti per gli interventi ex articolo 20 e documenti del Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE); per la formazione è verificabile la componente relativa ai 4.500 manager e middle manager, ma non quella relativa ai 290.000 iscritti ai corsi sulle infezioni ospedaliere. I requisiti relativi a Case della Comunità, Ospedali di Comunità, posti letto di terapia intensiva e semi-intensiva, attrezzature diagnostiche, interventi antisismici e collaudi del Sistema Tessera Sanitaria, del FSE e dell'Ecosistema dei Dati Sanitari non sono invece integralmente verificabili in modo indipendente per la mancanza di evidenze pubbliche di dettaglio. Ciò non dimostra il mancato raggiungimento dei target, ma non permette di accertarne il conseguimento sulla base delle fonti pubblicamente disponibili. Più in generale, il Rapporto rileva che la rendicontazione amministrativa finale della Missione Salute non coincide automaticamente con il rafforzamento del SSN: la validazione di tutti i target non è sufficiente, da sola, a dimostrare la continuità operativa dei servizi, la disponibilità stabile di personale, l'integrazione nei percorsi assistenziali e l'impatto su accesso, qualità, esiti ed equità. Dal 2027 è pertanto necessario un monitoraggio nazionale dell'impatto della Missione Salute, basato su indicatori di operatività, accesso, qualità, esiti, equità e sostenibilità e sulla pubblicazione almeno semestrale di dati territoriali in formato aperto.

Il **CAPITOLO 9** analizza l'ecosistema dei **soggetti privati che operano in sanità**, chiarendo che include attori molto diversi per funzione, rapporto economico con il SSN e natura giuridica. La tassonomia GIMBE individua quattro categorie principali: erogatori, che forniscono servizi e prestazioni sanitarie e socio-sanitarie; investitori, che immettono capitali nel settore; terzi paganti, che finanziano o rimborsano le prestazioni; contraenti privati nell'ambito di partenariati pubblico-privato (PPP). Le categorie non sono mutuamente esclusive e ciascun soggetto può avere natura profit o non-profit. Per valutare il ruolo del privato non è quindi sufficiente distinguere tra pubblico e privato, ma occorre considerare congiuntamente funzione svolta, fonte dei ricavi, assetti proprietari, qualità, appropriatezza ed esiti.

Erogatori. Secondo il Ministero della Salute, nel 2023, delle 29.386 strutture sanitarie censite, 17.042 (58%) sono private accreditate e 12.344 (42%) pubbliche. La quota del privato accreditato è prevalente nell'assistenza residenziale (85,1%), riabilitativa (78,4%), semi-residenziale (72,8%) e specialistica ambulatoriale (59,7%). Rispetto al 2011, nell'assistenza residenziale e semi-residenziale si registra una riduzione delle strutture pubbliche a fronte di una marcata crescita di quelle private accreditate. La spesa pubblica destinata al **privato convenzionato** è aumentata da € 23.376 milioni nel 2012 a € 29.424 milioni nel 2025 (+25,9%). Tuttavia, la sua incidenza sulla spesa sanitaria pubblica, dopo aver raggiunto il massimo del 22,8% nel 2019, è progressivamente diminuita fino al minimo del periodo analizzato, pari al 20,8% nel 2025. Il marcato aumento delle strutture private convenzionate non è stato quindi accompagnato da un incremento proporzionale della quota di spesa pubblica loro destinata.
Diversa è la dinamica del **privato non accreditato**, o "privato puro", il cui numero complessivo di strutture non è noto per l'assenza di un censimento nazionale. La spesa out-of-pocket registrata dal Sistema Tessera Sanitaria presso le strutture private non accreditate è aumentata del 169%, passando da € 3,05 miliardi nel 2016 a € 8,2 miliardi nel 2024. Nello stesso periodo la spesa presso strutture private accreditate è cresciuta del 56%, da € 5,26 miliardi a € 8,2 miliardi. Il divario tra le due componenti, molto ampio nel 2016, si è così sostanzialmente annullato nel 2024, documentando che la crescita della spesa privata si concentra sempre più nel perimetro del privato puro.
Investitori. La sanità attrae crescenti capitali privati, nazionali e internazionali, sostenuti dall'invecchiamento della popolazione, dall'aumento delle cronicità, dalla domanda di assistenza a lungo termine e dalle opportunità di consolidamento del mercato. Operano nel settore fondi di investimento e private equity, compagnie assicurative, gruppi bancari e societari. Nel 2024 i 38 maggiori gruppi sanitari privati analizzati da Mediobanca hanno registrato ricavi complessivi per € 13,4 miliardi, in aumento del 22% rispetto al 2019. In assenza di regole e governance adeguate, soprattutto quando l'investimento è rivolto a erogatori esclusivamente privati, può consolidarsi un'offerta sanitaria parallela a quella del SSN, accessibile solo a chi può sostenerne direttamente i costi o dispone di una copertura assicurativa.
Terzi paganti. Fondi sanitari, casse mutue, compagnie assicurative, imprese ed enti non-profit intermediano una quota della spesa privata, con modelli molto differenti per natura giuridica, regime fiscale e rischio assunto. Accanto a questi operano network sanitari e società di servizi che gestiscono prenotazioni, autorizzazioni, convenzionamenti e liquidazione delle prestazioni, contribuendo sempre più anche all'organizzazione dei percorsi assistenziali.
Partenariati pubblico-privato (PPP). Consentono la collaborazione di lungo periodo tra SSN e operatori privati per infrastrutture, tecnologie e servizi complessi, ma la loro convenienza deve essere dimostrata rispetto alle alternative pubbliche attraverso una corretta allocazione dei rischi, competenze tecniche, trasparenza e monitoraggio.
Soggetti non-profit. Rappresentano una componente storica e trasversale dell'ecosistema sanitario e possono svolgere funzioni di erogatore, investitore, terzo pagante o partner del settore pubblico. Il loro contributo deve rimanere complementare alla responsabilità pubblica di garantire universalità, uguaglianza ed equità.
Nel complesso, la crescita del privato richiede una governance pubblica più forte, capace di programmare l'offerta sulla base dei bisogni di salute, distinguere chiaramente le prestazioni a carico del SSN da quelle private, monitorare qualità, appropriatezza, esiti e accessibilità e garantire che il contributo degli operatori privati sia coerente con gli obiettivi di universalità ed equità del SSN.
Il **CAPITOLO 10** presenta il **Piano di Rilancio del SSN** aggiornato dalla Fondazione GIMBE: 16 linee di intervento che rappresentano lo standard per il monitoraggio continuo delle azioni

politiche di Governo e Regioni e che nel 2027 guideranno la valutazione dei programmi delle forze politiche in occasione delle prossime elezioni.

1. **SALUTE IN TUTTE LE POLITICHE.** Mettere la salute e il benessere delle persone al centro di tutte le politiche pubbliche e valutarne sistematicamente l'impatto.
2. **PREVENZIONE E PROMOZIONE DELLA SALUTE.** Diffondere la cultura e aumentare gli investimenti in prevenzione e promozione della salute secondo l'approccio *One Health*.
3. **GOVERNANCE STATO-REGIONI.** Rafforzare indirizzo, coordinamento e verifica dello Stato sulle Regioni per garantire equità e ridurre le diseguaglianze nell'esigibilità dei LEA.
4. **FINANZIAMENTO PUBBLICO.** Aumentare progressivamente il finanziamento pubblico e renderlo coerente con i bisogni di salute e le riforme del SSN.
5. **LIVELLI ESSENZIALI DI ASSISTENZA.** Aggiornare continuamente i LEA e assicurarne l'esigibilità in maniera equa in tutto il territorio nazionale, in tempi e setting assistenziali appropriati.
6. **PATRIMONIO EDILIZIO E TECNOLOGICO.** Garantire sicurezza, ammodernamento e manutenzione programmata del patrimonio edilizio e tecnologico del SSN.
7. **PERSONALE SANITARIO.** Restituire attrattività al SSN, valorizzando professionisti, competenze e carriere e migliorando le condizioni di lavoro.
8. **SERVIZI SANITARI E SOCIO-SANITARI.** Integrare ospedale, territorio, domicilio e servizi sociali per rispondere ai bisogni di salute della popolazione e garantire la presa in carico delle persone più fragili.
9. **SPRECHI E INEFFICIENZE.** Ridurre inappropriatezze e inefficienze, contrastare frodi e abusi e riallocare le risorse verso servizi e innovazioni ad alto valore.
10. **RAPPORTO PUBBLICO-PRIVATO.** Governare l'ecosistema pubblico-privato per garantire equità di accesso, qualità e tutela dell'interesse pubblico.
11. **SANITÀ INTEGRATIVA.** Rendere i fondi sanitari realmente integrativi rispetto ai LEA, rafforzando regole, trasparenza, vigilanza ed equità fiscale.
12. **TRASFORMAZIONE DIGITALE.** Costruire un SSN digitale, interoperabile, sicuro e accessibile, sviluppando servizi e competenze senza creare nuove diseguaglianze.
13. **RICERCA INDIPENDENTE.** Investire stabilmente in ricerca e valutazione indipendenti per migliorare cure, servizi e politiche sanitarie.
14. **DATI APERTI E ACCESSIBILI.** Rendere i dati sanitari accessibili e riutilizzabili per ricerca, valutazioni indipendenti e decisioni informate.
15. **INFORMAZIONE SCIENTIFICA.** Garantire un'informazione istituzionale basata sulle evidenze e rafforzare l'alfabetizzazione scientifica e sanitaria della popolazione.
16. **PARTECIPAZIONE CIVICA E COESIONE SOCIALE.** Coinvolgere cittadini, pazienti e comunità nelle scelte e nella valutazione del SSN, rafforzandolo come patrimonio collettivo.

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

Tra i diritti riconosciuti dalla Costituzione, il diritto alla tutela della salute ha una peculiarità: è l'unico espressamente qualificato come "fondamentale" e, al tempo stesso, uno dei più fragili, perché nessun cittadino può esercitarlo in maniera autonoma[1]. La sua tutela dipende dalla capacità della Repubblica di garantire, attraverso il Servizio Sanitario Nazionale (SSN), un'assistenza appropriata e accessibile, fondata sulle migliori evidenze scientifiche. Strutture, tecnologie e modelli organizzativi sono indispensabili, ma sono soprattutto i professionisti sanitari a trasformare un principio costituzionale in cure concrete. La fragilità di questo diritto emerge quando cresce la distanza tra ciò che è formalmente garantito e ciò che i cittadini riescono realmente a ottenere nei tempi appropriati, in modo uniforme sul territorio e indipendentemente dalle proprie condizioni economiche e sociali. È inoltre un diritto istituzionalmente complesso: la "Repubblica" dell'articolo 32 si realizza oggi attraverso la leale collaborazione tra Stato e Regioni, che non di rado si traduce in conflitti, ritardi e compromessi al ribasso, con conseguenze che ricadono soprattutto sulle persone più fragili.

Questa complessità rende spesso opache anche le responsabilità politiche. Quando il SSN non riesce a garantire servizi e prestazioni, per il cittadino non è semplice distinguere tra le responsabilità del Governo, che definisce l'entità delle risorse e gli indirizzi nazionali, quelle delle Regioni, cui spettano la programmazione e l'organizzazione dei servizi, e quelle delle Aziende sanitarie, chiamate a erogarli. Questa frammentazione delle responsabilità rende più difficile valutare le politiche sanitarie e orientare consapevolmente anche il giudizio politico individuale.

Per rendere concreto il diritto sancito dall'articolo 32, il 23 dicembre 1978 il Parlamento approvò a larghissima maggioranza la legge 833, istituendo il "Servizio Sanitario Nazionale". Non fu una scelta lessicale neutra: il termine "servizio" indicava con chiarezza la finalità della nuova istituzione, chiamata a prendersi cura di ogni persona senza distinzioni di reddito, luogo di residenza, condizione sociale o lavorativa. Un nome che ancora oggi ricorda che la salute non è una merce e che la sua tutela costituisce un diritto sociale.

Fu un radicale cambio di paradigma: un modello di sanità pubblica finanziato dalla fiscalità generale e fondato su universalità, uguaglianza ed equità, che ha contribuito a conseguire risultati di salute di grande rilievo, riconosciuti anche a livello internazionale. Per molti anni quel modello ha reso concretamente esigibile il diritto costituzionale alla tutela della salute. Nel tempo, tuttavia, vincoli di finanza pubblica, definanziamento, riforme incompiute e programmazione insufficiente ne hanno progressivamente eroso la capacità di risposta, mettendo a rischio una delle più importanti conquiste sociali del Paese.

[1] Antonini L. Il diritto alla salute e la "spesa costituzionalmente necessaria". Recenti Prog Med 2023;114:590-596. Disponibile a: www.recentiprogressi.it/archivio/4097/articoli/40940. Ultimo accesso: 30 settembre 2026.

Il 15 marzo 2013, al 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 dal lento e silenzioso scivolamento di un ghiacciaio, attraverso anni, lustri e decenni. Dopo oltre tredici anni, quella metafora descrive con crescente precisione ciò che è accaduto: il diritto alla tutela della salute non scompare in un giorno, ma si indebolisce progressivamente. Le prestazioni restano formalmente garantite, ma diventano più difficili da ottenere nei tempi appropriati e in modo uniforme sul territorio nazionale. Liste d'attesa, pronto soccorso sovraffollati, difficoltà a trovare un medico o un pediatra di famiglia, mobilità sanitaria, crescita della spesa privata e rinuncia alle cure segnano ormai la vita quotidiana di milioni di persone, soprattutto tra le fasce socio-economiche più deboli, gli anziani fragili e i residenti nelle aree del Paese dove i servizi sono meno accessibili. È la distanza tra il diritto sancito sulla Carta e quello realmente esigibile. Se prima della pandemia la sostenibilità del SSN era un tema confinato soprattutto tra gli addetti ai lavori, oggi la sua tenuta riguarda l'intera collettività e la stessa coesione del Paese.

Parallelamente si è modificata la percezione pubblica del valore del SSN. Quando tempi di attesa, reddito e luogo di residenza condizionano concretamente la possibilità di curarsi, la salute rischia di scivolare da diritto da tutelare a bene da acquistare. Si consolida così una sanità a più velocità, universalistica nei princìpi ma sempre più selettiva nell'accesso reale: chi dispone di risorse economiche può ricorrere al privato o a coperture assicurative, mentre chi non può pagare è costretto ad attendere o a rinunciare. Ma nessuna copertura privata potrà sostituire, neppure per i più abbienti, la protezione complessiva garantita da un SSN universale. Perché l'arretramento della sanità pubblica non determina soltanto maggiori difficoltà di accesso alle cure, ma amplia inevitabilmente le diseguaglianze sociali.

Anche le parole riflettono questo cambiamento. Negli ultimi anni si è diffusa l'espressione "Sistema Sanitario Nazionale", spesso utilizzata come semplice sinonimo. Ma "servizio" e "sistema" richiamano concetti differenti: il primo mette al centro la finalità del prendersi cura delle persone lungo l'intero percorso, dalla prevenzione alle cure palliative; il secondo descrive l'insieme degli strumenti necessari al funzionamento di un'organizzazione complessa – governance, budget, bilanci, logistica e flussi informativi[2]. "Servizio", dal latino *servitium*, evoca l'agire per qualcun altro; "sistema", dal greco *σύστημα*, richiama l'insieme coordinato delle sue componenti. Non è una distinzione puramente semantica: se la macchina organizzativa esiste per rendere effettivo un diritto, il nome ufficiale deve continuare a porre in primo piano il fine, non i mezzi necessari per raggiungerlo.

La progressiva erosione strutturale, funzionale e culturale del SSN non è riconducibile a un singolo provvedimento né a una sola stagione politica. È l'esito cumulativo di scelte e omissioni che, nell'arco di oltre quindici anni e attraverso Governi di diverso orientamento, ne hanno progressivamente indebolito i princìpi fondanti e ampliato la distanza tra il diritto costituzionale e la sua effettiva esigibilità. In particolare:

- considerare la sanità prevalentemente come una voce di spesa da comprimere, anziché come un investimento strategico per tutelare la salute delle persone, sostenere la produttività e favorire la crescita economica e sociale del Paese;

[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 2026.

- ridurre il perimetro della tutela collettiva per finanziare trasferimenti o sussidi individuali, dimenticando che modesti incrementi del reddito disponibile non possono compensare i costi di visite, esami, farmaci e assistenza quando il SSN non riesce a garantirli;
- lasciare che la politica partitica (*politics*) interferisca eccessivamente con le politiche sanitarie (*policies*), condizionando decisioni che dovrebbero essere guidate anzitutto dai bisogni di salute, dalle evidenze scientifiche e dall'interesse collettivo;
- assumere decisioni incoerenti con il principio *Health in All Policies*, che richiede di valutare sistematicamente l'impatto sulla salute delle politiche sanitarie, sociali, economiche, industriali, educative e ambientali;
- governare in modo insufficiente i conflitti tra tutela della salute e interessi industriali o occupazionali, accettando che convenienze economiche di breve periodo possano prevalere sulla prevenzione e sulla salute pubblica.

Per anni questa inerzia è stata accompagnata da un racconto rassicurante: l'Italia vanta una speranza di vita tra le più elevate al mondo a fronte di una spesa sanitaria pubblica relativamente contenuta. Oggi, tuttavia, questa lettura non è più sufficiente. Viviamo a lungo, ma non necessariamente in buona salute; aumentano cronicità, disabilità e bisogni assistenziali complessi, mentre l'indebolimento del SSN trasferisce una quota crescente dei costi sulle famiglie. E sull'altare della "sobrietà" della spesa è stata sacrificata anche l'attrattività del lavoro nel servizio pubblico: professionisti qualificati lasciano il SSN, i giovani mostrano minore interesse per alcune carriere, diverse professioni e specialità soffrono carenze sempre più difficili da colmare. Quello che per decenni è stato uno dei punti di forza del Paese mostra oggi crepe strutturali. Quando reddito, tempi di attesa e luogo di residenza determinano la possibilità di curarsi, il problema non riguarda più soltanto l'efficienza dei servizi: investe la tenuta stessa del patto sociale.

Perdere il SSN, infatti, non significa soltanto compromettere la salute delle persone: significa mortificarne la dignità, ampliare le diseguaglianze e ridurre le opportunità di realizzare progetti di vita. Per questo è necessario ribadire tre punti fermi. Primo: la sostenibilità del SSN è anzitutto una scelta culturale e politica, perché "il sistema è tanto sostenibile quanto noi vogliamo che lo sia"[3]. Secondo: l'arretramento di un servizio pubblico finanziato dalla fiscalità generale e fondato su universalità, uguaglianza ed equità avrebbe profonde conseguenze sanitarie, economiche e sociali, colpendo soprattutto chi dispone di minori risorse. Terzo: senza una rapida inversione di rotta, il "ghiacciaio" continuerà a scivolare, trasformando progressivamente un Servizio Sanitario Nazionale nato per garantire un diritto costituzionale in 21 sistemi sanitari regionali sempre più differenziati, lasciando uno spazio crescente affidato alle capacità economiche individuali e al libero mercato.

In questo contesto, anche la trasformazione digitale e l'intelligenza artificiale possono contribuire al rilancio del SSN, ma non costituiscono scorciatoie per risolverne le criticità strutturali. Telemedicina, Fascicolo Sanitario Elettronico e algoritmi possono migliorare accessibilità, continuità e qualità dell'assistenza, a condizione che siano sostenuti da investimenti adeguati, modelli organizzativi coerenti, competenze professionali e alfabetizzazione digitale. La tecnologia non può sostituire il personale che manca né compensare la debolezza dei servizi territoriali e, senza una solida governance pubblica e una valutazione rigorosa, può persino amplificare le diseguaglianze tra persone e territori.

[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 2026.

Per contrastare questo rischio, dal 2013 la Fondazione GIMBE, attraverso la campagna #SalviamoSSN, è impegnata a sensibilizzare politica, professionisti e cittadini sulla necessità di difendere un SSN pubblico, equo e universalistico, patrimonio collettivo da consegnare alle future generazioni (§ Appendice 1). Il 9° Rapporto prosegue questo impegno: non si limita a fotografare criticità e diseguaglianze né a valutare il SSN soltanto attraverso indicatori di attività e di spesa. Documenta, attraverso dati e analisi indipendenti, in quale misura il SSN riesce ancora a garantire concretamente accessibilità, qualità delle cure ed equità, individua le determinanti della crisi e propone le direttrici per il suo rilancio.

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

CAPITOLO 1
Introduzione

La presente introduzione delinea il quadro di contesto del 9° Rapporto GIMBE sul Servizio Sanitario Nazionale (SSN). Ricostruisce anzitutto l'evoluzione della crisi di sostenibilità prima, durante e dopo la pandemia e ne analizza le conseguenze per cittadini e pazienti. Esamina quindi i risultati dei più recenti sondaggi nazionali per valutare la rilevanza attribuita dagli italiani alla sanità pubblica e le valutazioni internazionali sullo "stato di salute" del SSN. Infine, analizza le principali azioni di Governo nel corso della XIX Legislatura. Nel loro insieme, tali evidenze delineano lo scenario di riferimento per la visione e le proposte della Fondazione GIMBE finalizzate a salvaguardare e rilanciare il SSN.

1.1. La crisi di sostenibilità del Servizio Sanitario Nazionale

Le analisi indipendenti della Fondazione GIMBE nell'ambito della campagna #SalviamoSSN hanno documentato, sin dal marzo 2013, la progressiva crisi di sostenibilità del SSN.

1.1.1. Il periodo pre-pandemico

Nel giugno 2019, il 4° Rapporto GIMBE[4] descriveva il SSN come un paziente cronico con multimorbidità, individuando 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'inflazione.
- **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 accompagnato dal contestuale aggiornamento delle tariffe delle prestazioni di specialistica ambulatoriale e protesica, 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 inefficaci, 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 la spesa sanitaria e le diseguaglianze sociali, dirotta

[4] Fondazione GIMBE. 4° Rapporto GIMBE sulla sostenibilità del Servizio Sanitario Nazionale. Roma, giugno 2019. Disponibile a: www.rapportogimbe.it. Ultimo accesso: 30 settembre 2026.

risorse pubbliche 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;
- il secondo, di carattere socio-culturale, riguarda cittadini e pazienti che nutrono aspettative irrealistiche nei confronti di una medicina mitica e di 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 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, l'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

Le criticità rilevate nel 2019 sono tuttora ben lontane dall'essere risolte. La pandemia ha prima paralizzato e poi drasticamente rallentato la gestione ordinaria della sanità pubblica, determinando 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 € 8,4 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 periodo 2023-2026 il FSN è cresciuto di € 17,5 miliardi, passando da € 125,4 miliardi del 2022 a € 142,9 miliardi del 2026. Tali risorse sono state ampiamente erose dall'aumento dei costi energetici (€ 1,4 miliardi nel 2023) e dall'inflazione. Parallelamente, l'incidenza del FSN sul PIL, pari al 6,27% nel 2022, è scesa al 6,02% nel 2023, per stabilizzarsi intorno al 6% nel biennio 2024-2025 e risalire al 6,14% nel 2026. A destare ulteriore preoccupazione è il crescente divario tra le previsioni di spesa sanitaria e l'entità del finanziamento pubblico. Il Documento Programmatico di Finanza Pubblica 2026[5] stima una spesa sanitaria al 6,4% del PIL nel 2026, che successivamente scende al 6,3% nel triennio 2027-2029, mentre il rapporto FSN/PIL, dopo essere salito dal

[5] Ministero dell'Economia e delle Finanze. Documento programmatico di finanza pubblica 2026. Roma, 2 ottobre 2026. Disponibile a: www.mef.gov.it/export/sites/MEF/inevidenza/2026/article_00390/DPFP26.pdf. Ultimo accesso: 2 ottobre 2026.

6,03% del 2025 al 6,14% nel 2026, è destinato a scendere al 6,02% nel 2027, al 5,89% nel 2028 e al 5,78% nel 2029. Questo divario 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 30 dicembre 2024 è entrato in vigore il nuovo nomenclatore tariffario per le prestazioni specialistiche ambulatoriali e protesiche, dando piena attuazione – a quasi otto anni di distanza – ai LEA del DPCM 12 gennaio 2017.[6] Nel 2025 la Commissione nazionale LEA ha approvato un primo aggiornamento, successivamente articolato in due provvedimenti: un DPCM relativo alle modifiche comportanti nuovi o maggiori oneri, pari a €149,5 milioni annui, e un DM relativo agli aggiornamenti senza nuovi o maggiori oneri per la finanza pubblica. Completato l'iter parlamentare, entrambi i provvedimenti sono stati pubblicati nella Gazzetta Ufficiale del 30 settembre 2026 ed entreranno in vigore il 30 ottobre 2026[7,8].
- **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 10ª Commissione Affari sociali del Senato ha avviato un'indagine conoscitiva sulle forme integrative di previdenza e di assistenza sanitaria finalizzata a 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. Il 3 agosto 2026 la Commissione ha deciso di soprassedere all'esame di un documento conclusivo tradizionale, scegliendo di tradurre i risultati dell'indagine direttamente in una proposta di risoluzione[9].
- **Governance Stato-Regioni.** La L. 86/2024 sull'autonomia differenziata, il cui impianto è stato profondamente ridefinito dalla sentenza n. 192/2024 della Corte costituzionale, ha aperto la strada all'attribuzione di ulteriori forme di autonomia alle Regioni. In ambito sanitario, il percorso è proseguito nonostante persistano rilevanti divari regionali nell'erogazione dei LEA, nell'accesso alle cure, nella mobilità sanitaria e nella dotazione di personale. La Fondazione GIMBE ha inoltre rilevato che gli schemi di intesa relativi alla tutela della salute risultano pressoché identici per Lombardia, Veneto, Piemonte e Liguria, nonostante le profonde differenze tra i rispettivi sistemi sanitari regionali. In tale contesto, l'attribuzione di ulteriori autonomie rischia di amplificare le diseguaglianze territoriali e compromettere l'uniforme esigibilità dei LEA sul territorio nazionale.

---

[6] Ministero della Salute. Tariffe dell'assistenza specialistica ambulatoriale e protesica. Decreto 25 novembre 2024. Disponibile a: www.salute.gov.it/imgs/C_17_notizie_6641_0_file.pdf. Ultimo accesso: 30 settembre 2026.

[7] Presidenza del Consiglio dei Ministri. Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 7 agosto 2026. Modifiche e integrazioni al decreto del Presidente del Consiglio dei ministri 12 gennaio 2017, in materia di livelli essenziali di assistenza. Gazzetta Ufficiale, Serie Generale n. 227 del 30 settembre 2026. Disponibile a: www.gazzettaufficiale.it/atto/serie_generale/caricaDettaglioAtto/originario?atto.dataPubblicazioneGazzetta=2026-09-30&atto.codiceRedazionale=26A05138&elenco30giorni=false. Ultimo accesso: 30 settembre 2026.

[8] Ministero della Salute. Decreto 3 agosto 2026. Primo aggiornamento del decreto del Presidente del Consiglio dei ministri 12 gennaio 2017, in materia di livelli essenziali di assistenza. Gazzetta Ufficiale, Serie Generale n. 227 del 30 settembre 2026. Disponibile a: https://www.gazzettaufficiale.it/atto/serie_generale/caricaDettaglioAtto/originario?atto.dataPubblicazioneGazzetta=2026-09-30&atto.codiceRedazionale=26A05137&elenco30giorni=false. Ultimo accesso: 30 settembre 2026.

[9] Senato della Repubblica. XIX Legislatura, 10ª Commissione permanente. Affari sociali, sanità, lavoro pubblico e privato, previdenza sociale. Resoconto sommario n. 437 del 3 agosto 2026. Intervento del Presidente Francesco Zaffini sulla riforma della sanità integrativa. Roma, 3 agosto 2026. Disponibile a: www.parlamento.it/show-doc?tipodoc=SommComm&leg=19&id=1518110&part=doc_dc-sedetit_adi-genbl_srdsi-intervento_zaffinifdi. Ultimo accesso: 30 settembre 2026

- **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 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 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 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. Medicina di emergenza-urgenza), dall'altro l'abbandono del SSN da parte di numerosi professionisti attratti dalle strutture private, dalla libera professione o dall'estero. A un numero già elevato di pensionamenti programmati tra medici, infermieri e altri professionisti sanitari si aggiungono burnout e demotivazione, che alimentano da alcuni anni dimissioni volontarie e pensionamenti anticipati, riducendo progressivamente la forza lavoro del SSN. Questa dinamica peggiora inevitabilmente la qualità e la sicurezza delle cure, gravando su chi resta con carichi di lavoro crescenti 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 il malessere dei professionisti. Infine, burocrazia e scarsa digitalizzazione sottraggono tempo all'attività clinico-assistenziale e contribuiscono ad alimentare insoddisfazione e demotivazione.

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) 2026[10], ha sottolineato che *"Il personale sanitario continua a rappresentare un elemento essenziale per la qualità dell'assistenza, ma le dinamiche recenti mostrano come il settore sia ancora segnato da criticità strutturali, tra cui emergono la riduzione degli organici dovuta ai pensionamenti connessi all'invecchiamento della forza lavoro e la difficoltà nel reclutare e trattenere professionisti qualificati".*

[10] Corte dei Conti. Audizione della Corte Dei Conti sul Documento di Finanza Pubblica 2026 presso le Commissioni riunite Bilancio del Senato della Repubblica e della Camera dei Deputati. Roma, aprile 2026. www.corteconti.it/Download?id=f91a6225-ff8f-4ec8-a243-ec62c1e4fdd8. Ultimo accesso: 30 settembre 2026.

1.2. Le conseguenze per cittadini e pazienti

La grave crisi di sostenibilità del SSN ha progressivamente compromesso la capacità del sistema di garantire servizi e prestazioni in modo tempestivo, appropriato ed equo, con ricadute sempre più evidenti sull'esperienza quotidiana di cittadini e pazienti. Il deterioramento dell'offerta pubblica si manifesta trasversalmente nei diversi ambiti assistenziali, generando ostacoli nell'accesso alle cure, discontinuità dei percorsi, diseguaglianze territoriali e un crescente trasferimento dei costi sulle famiglie.

Le segnalazioni pervenute alla Fondazione GIMBE dopo l'istituzione dell'Osservatorio sul SSN, integrate con quanto documentato da altre fonti[11,12], consentono di ricostruire un quadro ampio delle principali criticità sperimentate nell'utilizzo del SSN. Pur non configurandosi come una tassonomia formale né come un elenco esaustivo, tale ricognizione restituisce una rappresentazione significativa delle difficoltà che cittadini e pazienti incontrano quotidianamente (Box 1.1).

Le criticità possono sommarsi lungo lo stesso percorso di cura. Le difficoltà di prenotazione e i tempi di attesa si intrecciano con le carenze dell'assistenza territoriale, il limitato coordinamento tra ospedale e cure primarie e una presa in carico discontinua. Di fronte a percorsi frammentati, pazienti e familiari possono trovarsi a ricostruire la storia clinica a ogni passaggio e a coordinare appuntamenti, esami e consulenze. Per le persone con malattie croniche, fragilità o bisogni assistenziali complessi, questi ostacoli possono ritardare diagnosi e trattamenti, compromettere la continuità delle cure e favorire il ricorso a servizi meno appropriati. Le ricadute, quindi, non riguardano la singola prestazione, ma l'intero percorso clinico-assistenziale.

Le conseguenze non sono distribuite in modo uniforme. Disponibilità economica, luogo di residenza, capacità di orientarsi tra i servizi, accesso agli strumenti digitali e presenza di una rete familiare incidono sulla possibilità di superare gli ostacoli. Questi svantaggi possono sommarsi: per una persona sola, con difficoltà a spostarsi e risorse economiche limitate, anche un servizio formalmente disponibile può risultare di fatto inaccessibile. Quando il SSN non offre una risposta tempestiva, alcune persone possono rivolgersi al privato o spostarsi in un'altra Regione; altre rinviano o rinunciano alle prestazioni sanitarie. Alle spese sanitarie sostenute possono inoltre aggiungersi costi di viaggio e soggiorno, perdita di giornate lavorative e maggiori carichi assistenziali per i caregiver. Una criticità organizzativa finisce così per avere conseguenze cliniche, sociali ed economiche e accentuare le diseguaglianze.

---

[11] Corte dei Conti. I quaderni del Rapporto sul Coordinamento della finanza pubblica. Quaderno n. 4. La Sanità in cammino per il cambiamento. Roma, settembre 2025. www.corteconti.it/Download?id=6677f13f-bc0b-4295-9193-1dfacfd08c33. Ultimo accesso: 30 settembre 2026.

[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 2026.

Box 1.1. Criticità sperimentate da cittadini e pazienti

Prestazioni sanitarie

- Tempi di attesa prolungati per visite specialistiche (prime visite e controlli), prestazioni diagnostiche, interventi chirurgici programmati e altre prestazioni (ADI, riabilitazione, RSA)
- Criticità nella prenotazione: difficoltà di contatto con il CUP, impossibilità di prenotare per "chiusura delle agende", mancato rispetto delle classi di priorità, mancata attivazione dei percorsi di tutela o di soluzioni alternative nei tempi previsti, indirizzamento verso prestazioni in regime di intramoenia o interamente private

Assistenza ospedaliera

- Sovraffollamento e permanenza prolungata nei pronto soccorso, anche in attesa di ricovero
- Trasferimenti verso altre strutture difficoltosi, tardivi o non garantiti
- Dimissioni ospedaliere non adeguatamente pianificate, senza un'appropriata valutazione del contesto socio-economico e della disponibilità di supporto domiciliare da parte di familiari o caregiver

Assistenza territoriale

- Difficoltà di prenotazione e accesso alle vaccinazioni
- Screening oncologici: mancata ricezione dell'invito da parte della ASL e difficoltà di prenotazione autonoma
- Difficoltà di accesso ai servizi di continuità assistenziale, in particolare nelle ore notturne e nei giorni festivi
- Insufficiente disponibilità di servizi territoriali (hospice, assistenza domiciliare integrata, assistenza socio-sanitaria, RSA, lungodegenza, riabilitazione, salute mentale, consultori, etc.), con conseguente ricorso inappropriato ai setting per acuti
- Scarsa integrazione tra setting assistenziali (ospedale, territorio, domicilio, RSA, etc.), tra professionisti sanitari e tra interventi sanitari, socio-sanitari e sociali
- Inadeguata presa in carico sanitaria e socio-sanitaria dei pazienti con malattie croniche, fragilità e non autosufficienza

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

- Difficoltà di iscrizione a un MMG/PLS nei pressi della propria residenza
- Difficoltà a contattare MMG/PLS e ad accedere all'assistenza nelle fasce orarie previste dagli accordi collettivi, soprattutto in assenza di continuità assistenziale
- Difficoltà a ottenere appuntamenti e visite domiciliari da MMG o PLS, anche nei casi previsti
- Elevato turnover di MMG/PLS conseguente alla temporaneità degli incarichi

Impatto economico

- Incremento della spesa out-of-pocket
- Spese sanitarie catastrofiche
- Impoverimento delle famiglie conseguente alle spese sanitarie
- Rinuncia a prestazioni sanitarie per motivi economici
- Costi indiretti conseguenti a inefficienze del SSN: spese di viaggio e soggiorno per cure fuori sede, perdita di giornate lavorative, spostamenti ripetuti ed esami duplicati

Diseguaglianze

- Diseguaglianze di accesso a servizi e prestazioni sanitarie: territoriali (tra Regioni e tra aree urbane, rurali e interne), correlate alle condizioni socio-economiche, al livello di istruzione, all'età, alla cittadinanza o alla condizione migratoria, al sesso, al genere e all'orientamento sessuale
- Iniquità di accesso alle innovazioni farmacologiche e tecnologiche
- Difficoltà di accesso e utilizzo dei servizi digitali sanitari, tra cui SPID/CIE, Fascicolo Sanitario Elettronico e CUP online
- Barriere fisiche, comunicative e organizzative per le persone con disabilità: accessi inadeguati, assenza di supporti alla comunicazione e di percorsi dedicati

Ulteriori criticità

- Necessità di ricorrere alla mobilità sanitaria interregionale
- Difficoltà di accesso ad ausili, protesi e dispositivi medici
- Attese prolungate per il rilascio della documentazione sanitaria

Accanto alle criticità riconducibili all'organizzazione e all'offerta dei servizi, occorre considerare anche i comportamenti di cittadini e pazienti che, spesso in modo inconsapevole, contribuiscono ad alimentare inappropriatezze, inefficienze e sprechi. La crescente medicalizzazione della società e una visione sempre più consumistica della salute si associano a livelli ancora insufficienti di alfabetizzazione scientifica e sanitaria, in un contesto aggravato dalla disinformazione e dal ricorso a fonti non autorevoli. Ne derivano, da un lato, richieste e utilizzo inappropriati di farmaci, servizi e prestazioni sanitarie e, dall'altro, una ridotta adesione agli interventi di prevenzione e ai percorsi diagnostico-terapeutici. Questi comportamenti aumentano la pressione sul SSN, ne riducono efficienza e sostenibilità e possono generare spese out-of-pocket evitabili. Il Box 1.2 sintetizza le principali forme di utilizzo non consapevole del SSN e le spese out-of-pocket evitabili.

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

Utilizzo inappropriato di servizi e prestazioni sanitarie

- Richiesta o ripetizione di test diagnostici non necessari
- Ricorso a check-up e pacchetti di screening non raccomandati
- Ricorso non necessario a visite specialistiche o consulti multipli
- Uso inappropriato di farmaci, inclusa l'automedicazione
- Preferenza per farmaci di marca 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, gestibili in altri setting assistenziali
- Accesso finalizzato ad accelerare l'esecuzione di 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 riduzione del consumo di alcol
- Mancata adesione ai programmi organizzati di screening oncologici
- Rifiuto o esitazione vaccinale

Limitata aderenza ai percorsi di cura

- Scarsa aderenza alle terapie farmacologiche e non farmacologiche
- Discontinuità nel follow-up (esami di controllo e visite specialistiche)

1.3. La sanità pubblica tra le priorità degli italiani

Le principali indagini di popolazione realizzate nell'ultimo anno confermano la centralità della tutela della salute e del funzionamento della sanità pubblica tra le preoccupazioni degli italiani. Pur utilizzando formulazioni delle domande, modalità di risposta e popolazioni di riferimento differenti, le rilevazioni convergono nel collocare stabilmente la sanità tra le principali priorità del Paese, insieme al costo della vita, al lavoro e alla sicurezza.

Nel novembre 2025, l'indagine di Eikon Strategic Consulting Italia sulla sostenibilità sociale, condotta su oltre 2.000 persone di età compresa tra 16 e 75 anni, ha rilevato che il 48% degli intervistati considera la tutela della salute e del benessere una delle principali priorità sociali: una percentuale sostanzialmente sovrapponibile a quella relativa alla lotta alla povertà (49%)

e nettamente superiore a quella riferita alla garanzia di un lavoro dignitoso (33%)[13]. La rilevazione restituisce un quadro di crescente vulnerabilità percepita, nel quale salute e benessere assumono una dimensione non solo individuale, ma anche sociale, strettamente connessa alla qualità della vita e alla capacità del sistema pubblico di offrire protezione.

Nel dicembre 2025, l'indagine realizzata da YouTrend in collaborazione con LS CUBE nell'ambito del progetto *NET-HEALTH – Sanità in rete 2030* ha documentato una diffusa preoccupazione per la sostenibilità e l'equità del SSN[14]. Il 70% dei cittadini ritiene che l'accesso alle cure non sia uniforme sul territorio nazionale e il 71% teme di non potersi permettere in futuro l'assistenza sanitaria necessaria. Tra gli interventi ritenuti prioritari per rendere la sanità più efficiente, il 63% indica il potenziamento capillare dell'assistenza territoriale, il 46% la prevenzione delle malattie e il 33% la digitalizzazione del sistema sanitario. I risultati evidenziano come, nella percezione dei cittadini, la priorità sanitaria non riguardi soltanto l'entità delle risorse, ma anche la capacità del SSN di garantire prossimità, prevenzione ed equità di accesso.

Ulteriori conferme provengono dall'indagine *Priorità e aspettative degli italiani per un nuovo SSN*, realizzata da Euromedia Research su un campione rappresentativo di 1.000 cittadini e presentata nel marzo 2026[15]. Il 46% degli intervistati ritiene che il diritto costituzionale alla tutela della salute non sia pienamente rispettato, mentre il giudizio medio attribuito al SSN si ferma a 5,74 su 10. Tra le aree sulle quali intervenire prioritariamente, il 58% indica le liste di attesa, il 38% l'efficienza del pronto soccorso e dei servizi di emergenza e il 25% l'assistenza ospedaliera. La rilevazione documenta inoltre una crescente richiesta di un ruolo più incisivo dello Stato nel garantire standard assistenziali uniformi e ridurre le diseguaglianze regionali.

La centralità attribuita alla sanità emerge anche dall'indagine *L'Italia di fronte al futuro*, realizzata nel marzo 2026 dall'Osservatorio *Monitoring Democracy* dell'Università Bocconi, in collaborazione con SWG, su un campione rappresentativo di 2.049 italiani[16]. Attraverso un esperimento volto a misurare il valore attribuito a differenti scenari di politica pubblica, gli intervistati hanno espresso una disponibilità economica teorica equivalente, in media, a € 520 mensili per ridurre da 90 a 30 giorni l'attesa per visite ed esami non urgenti, un valore che sale a € 635 tra gli ultrasessantacinquenni. Pur non rappresentando una reale disponibilità a sostenere direttamente tale spesa, il dato costituisce un indicatore dell'elevata utilità sociale attribuita alla tempestività di accesso alle prestazioni sanitarie, seconda soltanto alla stabilità dei prezzi tra le dimensioni esaminate.

Anche le rilevazioni sulle preoccupazioni generali del Paese collocano la sanità ai vertici dell'agenda pubblica. Nell'edizione di giugno 2026 dell'indagine internazionale mensile Ipsos *What Worries the World*, l'assistenza sanitaria è indicata tra le principali preoccupazioni dal 35% degli italiani, al secondo posto dopo criminalità e violenza (37%) e davanti a

---

[13] Eikon Strategic Consulting Italia. Indagine 2025 "Salute, benessere e sostenibilità". Roma, 18 novembre 2025. Disponibile a: www.eikonsc.com/wp-content/uploads/2025/11/251119-Salute_Benessere_Sostenibilita%CC%80_report-DEF.pdf. Ultimo accesso: 30 settembre 2026.

[14] YouTrend, LS CUBE. "NET-HEALTH – Sanità in rete 2030". Roma, novembre 2025. Disponibile a: www.net-health.it/wp-content/uploads/2025/12/NET-HEALTH-2025_STAMPA.pdf. Ultimo accesso: 30 settembre 2026.

[15] Euromedia Research. "Priorità e aspettative degli italiani per un nuovo SSN". Sintesi dei dati. Indagine presentata all'8° Investing for Life Health Summit. Roma, 4 marzo 2026. Disponibile a: www.msd-italia.it/wp-content/uploads/sites/40/2026/03/Priorita-e-aspettative-degli-italiani.pdf. Ultimo accesso: 30 settembre 2026.

[16] Osservatorio Monitoring Democracy, Università Bocconi; SWG. "L'Italia di fronte al futuro". Indagine su 2.049 italiani. In: Scuola, inflazione e sanità: gli italiani chiedono protezione e temono il declino. Università Bocconi, 19 marzo 2026. Disponibile a: www.unibocconi.it/it/news/scuola-inflazione-e-sanita-gli-italiani-chiedono-protezione-e-temono-il-declino. Ultimo accesso: 30 settembre 2026.

disoccupazione (34%), inflazione (30%) e pressione fiscale (26%)[17]. Analogamente, un sondaggio Tecnè realizzato nell'aprile 2026 collocava sanità e welfare – con particolare riferimento alle liste di attesa e all'accesso alle cure – al terzo posto tra le priorità nazionali, dopo costo della vita e sicurezza e prima del lavoro[18].

Infine, la rilevazione condotta nel giugno 2026 dall'Istituto Piepoli per la FNOMCeO su 1.000 cittadini maggiorenni conferma che la centralità della sanità nell'agenda pubblica non deriva soltanto da percezioni astratte, ma da esperienze dirette di difficoltà nell'accesso alle cure[19]. Quasi sette italiani su dieci giudicano negativamente i tempi di attesa e quasi sei su dieci dichiarano di avere rinviato o rinunciato a cure o controlli per questa ragione. Per fronteggiare le attese, il 54% dichiara di ricorrere a prestazioni a pagamento presso strutture private convenzionate o non convenzionate, il 9% all'intramoenia, mentre il 21% sceglie di attendere l'erogazione della prestazione nell'ambito del SSN.

Nel complesso, le indagini restituiscono un quadro coerente: la sanità non occupa necessariamente il primo posto in tutte le rilevazioni, perché il suo posizionamento varia in relazione al momento storico, alla formulazione delle domande e alla presenza di emergenze economiche o sociali. Tuttavia, dal novembre 2025 essa compare sistematicamente tra le principali preoccupazioni degli italiani. La domanda sociale non riguarda soltanto maggiori finanziamenti, ma interventi capaci di produrre risultati concretamente percepibili: riduzione delle liste di attesa, potenziamento dell'assistenza territoriale e della prevenzione, maggiore uniformità nell'accesso alle cure e riduzione delle diseguaglianze regionali. La distanza tra queste aspettative e la limitata centralità della sanità nell'agenda politica rischia quindi di alimentare una progressiva perdita di fiducia nel SSN e nelle istituzioni chiamate a garantirne universalità, uguaglianza ed equità.

1.4. Le valutazioni internazionali del SSN

Le più recenti valutazioni internazionali sul SSN restituiscono un quadro apparentemente paradossale. L'Italia continua a registrare un'elevata aspettativa di vita e bassi livelli di mortalità evitabile, ma emergono criticità sempre più rilevanti nella capacità del SSN di garantire un accesso equo e un'adeguata protezione finanziaria. In altri termini, a fronte di esiti di salute ancora complessivamente favorevoli, si sta indebolendo la capacità del SSN di assicurare un accesso tempestivo e universale alle prestazioni. Inoltre, i risultati nazionali positivi nascondono enormi diseguaglianze regionali, che contribuiscono alla progressiva erosione dei princìpi di universalità ed equità. Vengono di seguito sintetizzate le principali valutazioni sul SSN pubblicate nell'ultimo anno.

OMS Europa. Il rapporto sulla protezione finanziaria analizza l'impatto dei pagamenti diretti delle famiglie, spostando l'attenzione dalla sola incidenza della spesa out-of-pocket alla

[17] Ipsos. "What Worries the World – June 2026". 25 giugno 2026. Disponibile a: www.ipsos.com/en/what-worries-world. Ultimo accesso: 30 settembre 2026.

[18] Tecnè. Sondaggio Dire-Tecnè, interviste realizzate dal 22 al 24 aprile 2026. In: Sondaggio Dire-Tecnè: la priorità degli italiani è il costo della vita tra spesa e bollette. Dire, 25 aprile 2026. Disponibile a: www.dire.it/25-04-2026/1234709-sondaggio-dire-tecne-la-priorita-degli-italiani-e-il-costo-della-vita-tra-spesa-e-bollette. Ultimo accesso: 30 settembre 2026.

[19] Istituto Piepoli; FNOMCeO. Il rapporto degli italiani con l'intramoenia e le liste di attesa: conoscenza, percezione e aspettative. Roma, luglio 2026. Disponibile a: https://portale.fnomceo.it/wp-content/uploads/2026/07/069-2026-Ordine-Medici-FNOMCEO_Report-Intramoenia-REV.pdf. Ultimo accesso: 30 settembre 2026.

capacità delle famiglie di sostenerla senza compromettere il soddisfacimento di altri bisogni essenziali[20]. Nel 2022 l'8,6% delle famiglie ha sostenuto spese sanitarie catastrofiche e il 3,7% è stato impoverito o ulteriormente impoverito dai pagamenti diretti. Le raccomandazioni dell'OMS includono la riduzione delle liste di attesa e delle compartecipazioni alla spesa, l'ampliamento della copertura per cure odontoiatriche e dispositivi medici, la revisione dell'equità delle detrazioni fiscali per spese sanitarie, la riduzione delle diseguaglianze regionali e un finanziamento pubblico adeguato e maggiormente orientato alla protezione delle fasce più vulnerabili. In prospettiva, l'invecchiamento della popolazione potrebbe aumentare ulteriormente il rischio di spese catastrofiche se la spesa pubblica non crescerà in misura adeguata e non sarà indirizzata verso i bisogni delle persone maggiormente esposte a tale rischio.

OCSE. Il rapporto *Health at a Glance* 2025 evidenzia un marcato divario tra i risultati di salute e la dotazione di risorse del sistema[21]. L'Italia registra risultati migliori della media OCSE per 7 indicatori su 10 di esito/rischio e per 6 su 10 di accesso/qualità, ma solo per 4 su 10 relativi alle risorse finanziarie e umane.

OCSE–Osservatorio europeo–Commissione europea. Il *Country Health Profile* 2025 offre la valutazione più completa delle performance del SSN pubblicata nel 2025. Il rapporto conferma un'aspettativa di vita tra le più elevate dell'UE, ma documenta criticità relative all'accesso, al finanziamento, alla prevenzione e al personale[22]. In particolare, evidenzia che la copertura universale formale non garantisce l'accesso effettivo alle prestazioni: tempi di attesa, servizi esclusi o solo parzialmente coperti e disomogeneità dell'offerta sul territorio trasformano il bisogno di assistenza in spesa privata o rinuncia alle cure.

Commissione europea. Il *Country Report* 2026 documenta l'ulteriore progressione e consolidamento delle criticità. La Commissione europea riconosce i buoni risultati in termini di aspettativa di vita e mortalità evitabile, ma rileva significativi problemi di accesso alle cure con evidenze di deterioramento negli ultimi anni. Il peggioramento viene ricondotto a disparità regionali, elevata spesa privata, carenze di personale e deficit di investimento, con ricadute sulla salute, sull'equità sociale e sulla produttività[23]. La raccomandazione 2026[24] invita l'Italia a migliorare l'accesso a cure tempestive e sostenibili, attuare la riforma territoriale soprattutto nel Mezzogiorno, affrontare le carenze di infermieri e medici di medicina generale, rafforzare gli incentivi economici e di carriera, allineare la formazione ai fabbisogni, ridurre oneri amministrativi, migliorare interoperabilità e digitalizzazione e rendere operativo il piano nazionale sulle liste di attesa. Rispetto agli anni precedenti, assume particolare rilievo il fatto che la Commissione europea colleghi esplicitamente le criticità del SSN non solo alla tutela della salute, ma anche all'equità sociale e alla produttività,

[20] Fattore G, Preti LM. Can people afford to pay for health care? New evidence on financial protection in Italy. WHO Regional Office for Europe, 5 settembre 2025. ISBN 978-92-890-6225-1. Disponibile a: www.who.int/europe/publications/i/item/9789289062251. Ultimo accesso: 30 settembre 2026.

[21] OECD. Health at a Glance 2025: Italy. Paris, 13 novembre 2025. Disponibile a: www.oecd.org/en/publications/health-at-a-glance-2025_15a55280-en/italy_c737c936-en.html. Ultimo accesso: 30 settembre 2026.

[22] OECD, European Observatory on Health Systems and Policies, European Commission. Italy: Country Health Profile 2025. State of Health in the EU. Paris/Brussels, 11 dicembre 2025. Disponibile a: https://health.ec.europa.eu/document/download/d0c754aa-4abf-49d5-b5c7-8d2adc634e18_en?filename=2025_chp_it_english.pdf. Ultimo accesso: 30 settembre 2026.

[23] European Commission. 2026 Country Report – Italy. SWD (2026) 212 final. Brussels, 3 giugno 2026. Disponibile a: https://data.consilium.europa.eu/doc/document/ST-10128-2026-ADD-1/en/pdf. Ultimo accesso: 30 settembre 2026.

[24] European Commission. Recommendation for a Council Recommendation on the economic, social, employment, structural and budgetary policies of Italy. COM(2026) 212 final. Disponibile a: https://eur-lex.europa.eu/legal-content/EN/TXT/PDF/?uri=CELEX:52026DC0212. Ultimo accesso: 30 settembre 2026.

traducendole in specifiche raccomandazioni di politica economica e sociale. Il SSN entra così nel quadro della sorveglianza europea sulle politiche economiche e sociali del Paese.

Eurostat. Il report *Key figures on European living conditions* 2026 restituisce per l'Italia luci e ombre, in linea con quanto emerge da altri report: a indicatori di salute relativamente favorevoli si affiancano profonde diseguaglianze socio-economiche e territoriali nell'accesso alle cure[25]. Nel 2025 il 73,7% della popolazione di età ≥16 anni dichiara uno stato di salute buono o molto buono, rispetto alla media UE del 67,9%. Il dato nasconde tuttavia un marcato gradiente sociale: la percentuale varia dal 60,5% tra le persone con un basso livello di istruzione all'85,6% tra quelle con istruzione terziaria. I bisogni insoddisfatti di visite mediche interessano il 2,5% della popolazione, un valore sostanzialmente in linea con la media UE del 2,4%; in Italia, tuttavia, incidono maggiormente i costi (1,6% vs 1% nell'UE) rispetto alle liste di attesa (0,9% vs 1,2%). Le diseguaglianze sono rilevanti sia per reddito – dal 4,4% nel quintile più povero allo 0,8% in quello più ricco – sia a livello territoriale, con valori compresi tra lo 0,4% della Provincia autonoma di Bolzano e l'8,8% dell'Umbria. Più favorevoli alcuni indicatori relativi agli stili di vita: l'Italia registra la quota più elevata nell'UE di persone che consumano frutta ogni giorno (54,3% vs 39,8%) e una percentuale di consumatori quotidiani di tabacco o prodotti correlati lievemente inferiore alla media europea (15,5% vs 16,5%).

Nel complesso, le valutazioni internazionali pubblicate nell'ultimo anno non descrivono il collasso del SSN, ma documentano il progressivo indebolimento della sua capacità di garantire universalmente ed equamente l'accesso alle cure. Il SSN garantisce esiti di salute complessivamente favorevoli, ma liste d'attesa, rinuncia alle prestazioni, crescente peso della spesa privata, carenza di infermieri e di medici di famiglia, debolezza dell'assistenza a lungo termine e persistenti divari regionali delineano una traiettoria di crescente fragilità. In particolare, le medie nazionali tendono a occultare profonde diseguaglianze regionali, locali e socioeconomiche, sottostimando l'erosione dell'accesso, dell'equità e della protezione finanziaria. Le più recenti valutazioni della Commissione europea rafforzano così una tesi sostenuta da anni dalla Fondazione GIMBE: la crisi del SSN non è solo sanitaria, ma anche sociale ed economica.

1.5. Le principali azioni di Governo

Nell'ottobre 2022 il 5° Rapporto GIMBE sul SSN[26] evidenziava che la XIX Legislatura era destinata a incidere in modo decisivo sul futuro del SSN. Dopo la drammatica esperienza della pandemia, infatti, quello era il 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*". Quattro anni dopo, purtroppo, la Fondazione GIMBE non può che constatare come il rilancio del SSN non sia rientrato tra le priorità di questo Esecutivo, che ha sostanzialmente proseguito la linea dei Governi degli ultimi 15 anni. I paragrafi successivi, aggiornati al 30 settembre 2026, ricostruiscono le principali azioni di Governo in ambito

[25] Eurostat. Key figures on European living conditions – 2026 edition. Luxembourg: Publications Office of the European Union; 2026. Disponibile a: https://ec.europa.eu/eurostat/en/web/products-key-figures/w/ks-01-26-036. Ultimo accesso: 30 settembre 2026.

[26] Fondazione GIMBE. 5° Rapporto GIMBE sul Servizio Sanitario Nazionale. Bologna, ottobre 2022. Disponibile a: www.rapportogimbe.it. Ultimo accesso: 30 settembre 2026.

sanitario, distinguendo le misure adottate da quelle ancora in fase di avanzamento e dalle questioni tuttora aperte. Una specifica sezione è dedicata ai principali Piani nazionali approvati o aggiornati nel corso della Legislatura.

1.5.1. Misure adottate

Nei quattro anni di Legislatura sono stati approvati numerosi provvedimenti, ma la loro attuazione rimane condizionata da clausole di invarianza finanziaria, scarsità di risorse, ritardi nell'adozione 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.

Rinnovi contrattuali 2022-2024. Il 27 ottobre 2025 è stato definitivamente sottoscritto il CCNL del comparto sanità per il triennio 2022-2024[27], relativo a oltre 580 mila dipendenti del SSN. Il rinnovo prevede un incremento retributivo medio di € 172 mensili per tredici mensilità e introduce alcune innovazioni normative finalizzate a valorizzare le competenze professionali e migliorare l'organizzazione del lavoro. Pur rappresentando un passaggio indispensabile per il riconoscimento economico e professionale del personale, il rinnovo contrattuale, da solo, non appare sufficiente a ricostruire l'attrattività del SSN, obiettivo che richiede interventi strutturali sulle condizioni di lavoro, sull'organizzazione dei servizi e sulla programmazione del fabbisogno di professionisti sanitari. Il 27 febbraio 2026 è stato definitivamente sottoscritto anche il CCNL dell'Area Sanità 2022-2024, relativo alla dirigenza medica e sanitaria[28].

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 1° gennaio 2024, e per quelle protesiche, dal 1° aprile 2024. Successivamente, con i DM 31 dicembre 2023 e 31 marzo 2024, i termini sono stati prorogati prima al 1° aprile 2024 e poi al 1° 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 strutture private contro i tagli tariffari hanno portato alla decisione di rivedere i nomenclatori e reperire nuove risorse per aumentare alcune tariffe, al fine di evitare ulteriori diseguaglianze regionali. Con il DM 25 novembre 2024 sono state quindi adottate le tariffe nazionali. Tuttavia, con la sentenza del 22 settembre 2025, il TAR del Lazio ha dichiarato illegittimo il DM, differendo di 365 giorni gli effetti dell'annullamento per evitare un vuoto normativo e garantire la continuità del sistema. In attuazione della sentenza, il 23 luglio 2026 la Conferenza Stato-Regioni ha sancito l'intesa sul nuovo schema di decreto, che aggiorna le tariffe della specialistica ambulatoriale e dell'assistenza protesica[29]. L'impatto finanziario stimato è di € 210,7 milioni annui, con entrata in vigore fissata al 21 settembre 2026, in sostituzione del precedente decreto del 2024.

---

[27] Agenzia per la Rappresentanza Negoziale delle Pubbliche Amministrazioni (ARAN). Contratto Collettivo Nazionale di Lavoro relativo al personale del comparto sanità. Triennio 2022-2024. Roma, 27 ottobre 2025. Disponibile a: www.aranagenzia.it/documento_pubblico/contratto-collettivo-nazionale-di-lavoro-relativo-al-personale-del-comparto-sanita-triennio-2022-2024/. Ultimo accesso: 30 settembre 2026.

[28] Agenzia per la Rappresentanza Negoziale delle Pubbliche Amministrazioni - ARAN. Contratto Collettivo Nazionale di Lavoro dell'Area Sanità. Triennio 2022-2024. Roma, 27 febbraio 2026. Disponibile a: www.aranagenzia.it/novita/ccnl-area-sanita-2022-2024/. Ultimo accesso: 30 settembre 2026.

[29] Conferenza Stato-Regioni. Intesa, ai sensi dell'articolo 8-sexies, commi 5 e 7, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, sullo schema di decreto concernente la determinazione delle tariffe massime di riferimento per la remunerazione delle prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale e di assistenza protesica. Disponibile a:

Aggiornamento dei LEA. Dopo l'entrata in vigore del Decreto Tariffe il 30 dicembre 2024, nell'aprile 2025 la Commissione LEA ha trasmesso al Ministero una proposta di aggiornamento[30] che include nuove prestazioni e ampliamenti, tra cui screening neonatali, esenzioni, dispositivi e test diagnostici innovativi. La proposta è stata successivamente articolata in due provvedimenti: un DPCM per le modifiche con maggiori oneri e un DM per quelle a iso-risorse. Il 23 ottobre 2025 la Conferenza Stato-Regioni ha sancito l'intesa su entrambi gli schemi. Il 23 ottobre 2025 la Conferenza Stato-Regioni ha sancito l'intesa su entrambi gli schemi. Il DPCM, trasmesso alle Camere il 24 dicembre 2025 (AG 370), ha ottenuto nel febbraio 2026 i pareri favorevoli con osservazioni delle Commissioni competenti; il DM, trasmesso il 18 marzo 2026 (AG 391), ha ricevuto tra aprile e maggio 2026 i pareri favorevoli. I due provvedimenti sono stati definitivamente adottati, rispettivamente, con il DPCM 7 agosto 2026 e il DM 3 agosto 2026 e pubblicati nella Gazzetta Ufficiale n. 227 del 30 settembre 2026. A quasi dieci anni dall'approvazione del DPCM 12 gennaio 2017 si conclude così il primo aggiornamento dei LEA, mentre resta da verificare se il meccanismo previsto dalla normativa sarà in grado di garantire un aggiornamento regolare nel tempo.

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 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 Senato[31], 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 dalla riallocazione di risorse già iscritte in altri capitoli 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 Governo[32], alla data di chiusura del presente Rapporto, dei sei decreti attuativi previsti dal DL Liste d'attesa uno non è stato ancora pubblicato in Gazzetta Ufficiale. Resta in sospeso quello relativo alla "Definizione della metodologia per la definizione del fabbisogno di personale degli enti del SSN", per il quale non è stata fissata alcuna scadenza. Dopo la 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. L'assenza dell'ultimo decreto attuativo conferma, inoltre, che il carattere di urgenza del provvedimento era del tutto incompatibile con

www.statoregioni.pcm.gov.it/it/conferenza-stato-regioni/sedute-2026/seduta-del-23-luglio-2026/atti-23-luglio-2026/repertorio-atto-n-123csr/. Ultimo accesso: 30 settembre 2026.

[30] 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. Disponibile a: www.quotidianosanita.it/governo-e-parlamento/articolo.php?articolo_id=129213. Ultimo accesso: 30 settembre 2026.

[31] 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/GIMBE_analisi_risorse_assegnate_Dlgs_Anziani.pdf. Ultimo accesso: 30 settembre 2026.

[32] 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 2026.

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 la prima versione della PNLA, resa operativa il 25 giugno 2025[33], consentiva solo la consultazione di dati nazionali aggregati con indicatori difficilmente comprensibili per gli utenti. Il 29 maggio 2026 AGENAS ha presentato una nuova versione del portale, che rende disponibili dati più completi e aggiornati sui tempi di attesa, disaggregati a livello regionale. A luglio 2026 è stato pubblicato il primo Bollettino trimestrale AGENAS, che documenta un miglioramento complessivo del rispetto dei tempi di garanzia nel primo semestre del 2026 rispetto allo stesso periodo del 2025[34]. Tuttavia, i dati disponibili non consentono ancora analisi a livello di Azienda sanitaria né permettono di attribuire con certezza i miglioramenti osservati a specifici interventi organizzativi o a un effettivo incremento della capacità produttiva. In assenza di informazioni sulla domanda inevasa, sui bisogni assistenziali e sugli esiti clinici dei ritardi, la PNLA, pur rappresentando un importante passo avanti sul piano della trasparenza, non è ancora sufficiente per una valutazione complessiva dell'efficacia delle politiche di governo delle liste di attesa.

Stop ai "Gettonisti". Come previsto dal decreto 17 giugno 2024, 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 per gli infermieri di pronto soccorso. Se da un lato lo stop ai "gettonisti" nasce dal condivisibile obiettivo di superare una distorsione nella gestione delle risorse umane, dall'altro apre a criticità rilevanti. In assenza di interventi efficaci per restituire attrattività al SSN e trattenere i professionisti in servizio, la copertura dei turni rischia infatti di diventare particolarmente critica, soprattutto in alcune specialità (emergenza-urgenza *in primis*), nelle aree geografiche più decentrate e in alcuni periodi dell'anno: in autunno-inverno per l'aumento dei ricoveri e in estate con la riduzione degli organici dovuta alle ferie. È un rischio che i Direttori Generali delle Aziende sanitarie non possono permettersi, perché significherebbe lasciare scoperti servizi essenziali, con rischi per i pazienti e conseguenti responsabilità. Secondo il monitoraggio ANAC relativo al biennio 2024-2025 e al primo trimestre 2026[35], il ricorso all'esternalizzazione di personale medico e infermieristico continua, infatti, a rappresentare una componente rilevante dell'organizzazione dei servizi sanitari, con una domanda complessiva superiore a € 1 miliardo nel biennio, trainata soprattutto dagli affidamenti per medici "a gettone" (§ 7.7.3).

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

[33] PNLA - Piattaforma Nazionale delle Liste di Attesa. Disponibile a: www.portaletrasparenzaservizisanitari.it/pnla. Ultimo accesso: 30 settembre 2026.

[34] Agenas. Bollettino Liste d'attesa, n. 0. Disponibile a: https://www.agenas.gov.it/images/Bollettino_Agenas_Liste_di_Attesa_N0.pdf. Ultimo accesso: 30 settembre 2026.

[35] Autorità Nazionale Anticorruzione (ANAC), Domanda del SSN di servizi di fornitura di personale medico e infermieristico (cc.dd. «Gettonisti») nel contesto giuridico del Decreto-legge n. 34/2023 e del Decreto del Ministero della Salute 17 giugno 2024. Roma, 23 giugno 2026. Disponibile a: www.anticorruzione.it/documents/91439/391257415/Domanda+SSN+servizi+fornitura+personale+medico+e+infermieristico+-+Report+06.2026.pdf/b04663ac-2222-8c45-d3f3-755ffdfabf0b?t=1782203193077. Ultimo accesso: 30 settembre 2026.

personale assunto per attività assistenziali o di supporto sia regolato dai contratti collettivi del comparto sanità e non più da quelli del comparto Istruzione e ricerca, allineandone così l'inquadramento a quello del resto del SSN. Il personale non dirigenziale già assunto dalle Università e impiegato presso le Aziende Ospedaliero-Universitarie tramite convenzione mantiene invece 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, entrata in vigore già dall'anno accademico 2025/2026. Il provvedimento abolisce il test di ingresso e supera il numero chiuso introducendo il cosiddetto "semestre aperto": in questa fase gli studenti, iscritti obbligatoriamente anche a un corso "affine", devono sostenere tre esami (chimica, fisica e biologia), che concorrono alla formazione della graduatoria. I crediti acquisiti vengono comunque riconosciuti anche qualora non si acceda al secondo semestre dei corsi di laurea magistrale a ciclo unico in area medica.

1.5.2. Misure in fase di avanzamento

Alla data di chiusura del presente Rapporto numerose misure risultano in differenti fasi di avanzamento.

Missione Salute del PNRR. Il 29 settembre 2026 il Governo italiano ha formalmente trasmesso alla Commissione europea la decima e ultima richiesta di pagamento[36]. Alla data di chiusura del presente Rapporto i target sono in corso di validazione da parte della Commissione europea (§ 8).

DdL "Prestazioni Sanitarie". Nato come provvedimento collegato al decreto Liste di attesa, varato nel giugno 2024 e presentato a Palazzo Madama nel settembre 2024, il testo è stato approvato dalla Commissione Affari sociali del Senato ed è, dall'aprile 2025, 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 di un 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'iter parlamentare e i numerosi emendamenti hanno progressivamente trasformato il provvedimento in un contenitore legislativo eterogeneo, utilizzato per introdurre 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, conclusa nell'aprile 2025[37]. 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 una scuola di specializzazione, meccanismi premiali legati alla

[36] Presidenza del Consiglio dei Ministri, Struttura di Missione PNRR. Trasmessa alla Commissione europea la richiesta di pagamento della decima e ultima rata del PNRR. Roma, 29 settembre 2026. Disponibile a: www.strutturapnrr.gov.it/it/documenti/comunicati-stampa/trasmessa-alla-commissione-europea-la-richiesta-di-pagamento-della-decima-e-ultima-rata-del-pnrr. Ultimo accesso: 30 settembre 2026.

[37] Camera dei Deputati. XII Commissione permanente Affari sociali. Indagine conoscitiva in materia di riordino delle professioni sanitarie. 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 2026.

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 in caso di rispetto di linee guida o buone pratiche e valutazione della colpa tenendo conto di carenze organizzative, scarsità di risorse e condizioni di emergenza. Dal 10 dicembre 2025 il provvedimento è in corso di esame in Commissione Affari sociali alla Camera (A.C. 2700); tuttavia, secondo il testo originario, i decreti legislativi dovranno essere adottati entro il 31 dicembre 2026 e non dovranno comportare nuovi o maggiori oneri per la finanza pubblica, salvo specifiche coperture. La Fondazione GIMBE ha evidenziato in audizione parlamentare[38] la genericità di numerosi princìpi di delega e la criticità della clausola di invarianza finanziaria rispetto all'obiettivo di rilanciare le politiche per il personale sanitario.

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 farmaceutica[39], un intervento atteso da anni, volto a semplificare, razionalizzare e rendere più efficace l'attuale quadro normativo del settore. Il provvedimento, che il 14 luglio 2026 ha concluso l'esame in Commissione Affari sociali al Senato (A.S. 1786) ed è in attesa di essere approvato in prima lettura, interviene su più fronti: revisione dei tetti di spesa e del meccanismo di payback, accesso ai farmaci, produzione e distribuzione, rafforzamento delle farmacie territoriali e digitalizzazione dei processi. Tuttavia, ad eccezione degli interventi sui sistemi informativi, la delega non individua risorse dedicate né quantifica gli oneri derivanti dalle principali riforme previste. Di conseguenza, l'effettiva attuazione dei decreti legislativi potrebbe risultare condizionata dalla disponibilità di adeguate coperture finanziarie, con il rischio che alcune delle innovazioni più rilevanti rimangano prive di concreta attuazione. Su tali criticità la Fondazione GIMBE ha presentato una memoria[40] presso la Commissione Affari sociali del Senato.

Riorganizzazione e potenziamento assistenza sanitaria. Il DdL delega al Governo (A.S. 1825), attualmente all'esame della Commissione Affari sociali del Senato, interviene sull'organizzazione dell'assistenza territoriale e ospedaliera, sulla governance del sistema e sull'integrazione tra i diversi livelli di assistenza. I criteri direttivi sono tuttavia formulati in termini generali e l'effettiva portata della riforma dipenderà sia dall'esito dell'iter parlamentare sia dai contenuti dei successivi decreti legislativi, determinanti per garantire l'uniformità dei diritti e ridurre le diseguaglianze territoriali. Un'ulteriore criticità è rappresentata dalla clausola di invarianza finanziaria: in assenza di risorse aggiuntive, l'attuazione degli interventi previsti rischia di risultare limitata rispetto agli obiettivi dichiarati di potenziamento del SSN. La Fondazione GIMBE ha illustrato le proprie valutazioni sul provvedimento nell'audizione del 14 aprile 2026[41] presso la Commissione Affari sociali del Senato.

---

[38] XII Commissione Affari Sociali. Camera dei Deputati. Audizione della Fondazione GIMBE nell'ambito dell'esame del Disegno di Legge C. 2700 "Delega al Governo in materia di professioni sanitarie e disposizioni relative alla responsabilità professionale degli esercenti le professioni sanitarie". Roma, 22 gennaio 2026. Disponibile a: https://documenti.camera.it/leg19/documentiAcquisiti/COM12/Audizioni/leg19.com12.Audizioni.Memoria.PUBBLICO.ideGes.79577.22-01-2026-11-10-09.774.pdf. Ultimo accesso: 30 settembre 2026.

[39] 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 2026.

[40] 10ª Commissione Affari sociali, sanità, lavoro pubblico e privato, previdenza sociale. Senato della Repubblica. Memoria della Fondazione GIMBE nell'ambito dell'esame del Disegno di Legge S. 1786 "Delega in materia farmaceutica". Roma, 14 aprile 2026. Disponibile a: www.senato.it/application/xmanager/projects/leg19/attachments/documento_evento_procedura_commissione/files/000/436/249/Memorie_GIMBE.pdf. Ultimo accesso: 30 settembre 2026.

[41] 10ª Commissione Affari sociali, sanità, lavoro pubblico e privato, previdenza sociale. Senato della Repubblica. Audizione della Fondazione GIMBE nell'ambito dell'esame del Disegno di Legge S. 1825 "Riorganizzazione e potenziamento assistenza

Rinnovi contrattuali 2025-2027. Il 29 luglio 2026 ARAN e le organizzazioni sindacali hanno sottoscritto l'ipotesi di CCNL del comparto sanità per il triennio 2025-2027, relativa a oltre 592 mila dipendenti del SSN[42].

Piano Sanitario Nazionale. Annunciato dal Ministro Schillaci nel gennaio 2024 e nuovamente richiamato dallo stesso il 4 settembre 2026[43], il documento sarebbe ormai nella fase conclusiva dell'iter di predisposizione. Alla data di pubblicazione del presente Rapporto, il Piano Sanitario Nazionale non risulta ancora pubblicato.

Autonomia differenziata. Dopo l'approvazione della L. 86/2024, il Governo ha proseguito il percorso attuativo dell'autonomia differenziata. Nel marzo 2026 sono stati predisposti gli schemi preliminari di intesa con Lombardia, Liguria, Piemonte e Veneto per il trasferimento di ulteriori forme e condizioni di autonomia in materia di tutela della salute, comprendenti, tra l'altro, la programmazione del personale sanitario, la definizione delle tariffe delle prestazioni, la disciplina della sanità integrativa, l'edilizia sanitaria e altri ambiti organizzativi. Gli schemi di intesa, caratterizzati da un'impostazione sostanzialmente uniforme pur riguardando Regioni con differenti assetti organizzativi, fabbisogni e capacità amministrative, sono stati successivamente sottoposti all'esame parlamentare. Nel corso delle audizioni del giugno 2026, l'Ufficio parlamentare di bilancio e il Servizio Bilancio di Camera e Senato hanno evidenziato la necessità di ulteriori approfondimenti, in particolare sulla determinazione e sul finanziamento dei Livelli Essenziali delle Prestazioni (LEP)[44], ritenuti presupposti indispensabili per l'attribuzione delle nuove competenze regionali.

1.5.3. Piani Nazionali

Al 30 settembre 2026 risultano approvati diversi Piani Nazionali elaborati nel corso della XIX Legislatura.

Piano pandemico 2025-2029. Dopo una gestazione durata oltre un anno e mezzo, in gran parte dedicata alla revisione del testo e al confronto tra Ministeri e Regioni[45], il nuovo Piano pandemico ha registrato ulteriori ritardi nei primi mesi del 2026[46], anche a seguito delle osservazioni del Ministero dell'Economia e delle Finanze sulla quantificazione degli oneri e sulle modalità di utilizzo delle risorse stanziate. Dopo un'ulteriore revisione, il 30 aprile 2026 il documento ha ottenuto l'intesa della Conferenza Stato-Regioni, che ha contestualmente

---

sanitaria". Roma, 14 aprile 2026. Disponibile a: www.senato.it/application/xmanager/projects/leg19/attachments/documento_evento_procedura_commissione/files/000/436/253/Slide_GIMBE.pdf. Ultimo accesso: 30 settembre 2026.

[42] Agenzia per la Rappresentanza Negoziale delle Pubbliche Amministrazioni (ARAN). Ipotesi di Contratto Collettivo Nazionale di Lavoro relativo al personale del comparto sanità. Triennio 2025-2027. Roma, 29 luglio 2026. Disponibile a: www.aranagenzia.it/novita/firmata-lipotesi-di-ccnl-del-comparto-sanita-2025-2027/. Ultimo accesso: 30 settembre 2026.

[43] Ministero della Salute. Comunicato stampa: "[…] In Sanità risultati importanti, lavoro va avanti". Roma, 4 settembre 2026. Disponibile a: www.salute.gov.it/new/it/comunicato-stampa/governo-schillaci-stabilita-valore-litalia-meloni-guida-autorevolein-sanita/. Ultimo accesso: 30 settembre 2026.

[44] Ufficio Parlamentare di Bilancio - UPB. Audizione sugli schemi di intese preliminari per l'attribuzione di ulteriori forme e condizioni di autonomia alle Regioni Liguria, Lombardia, Piemonte e Veneto. Roma, 30 giugno 2026. Disponibile a: www.upbilancio.it/it/audizione-sugli-schemi-di-intese-preliminari-per-lattribuzione-di-ulteriori-forme-e-condizioni-di-autonomia-alle-regioni-liguria-lombardia-piemonte-e-veneto/. Ultimo accesso: 30 settembre 2026.

[45] Il Piano pandemico 2025-2029 ancora non si sblocca, il Mef frena: "Stima dei costi incompleta, servono chiarimenti su risorse e oneri". Quotidiano Sanità, 30 marzo 2026. Disponibile a: www.quotidianosanita.it/governo-e-parlamento/il-piano-pandemico-2025-2029-ancora-non-si-sblocca-il-mef-frena-stima-dei-costi-incompleta-servono-chiarimenti-su-risorse-e-oneri. Ultimo accesso: 30 settembre 2026.

[46] Piano pandemico. Il nuovo testo arriva alla Stato Regioni: strategia rafforzata, ma il ritardo resta. Quotidiano Sanità, 30 marzo 2026. Disponibile a: www.quotidianosanita.it/governo-e-parlamento/piano-pandemico-il-nuovo-testo-arriva-alla-stato-regioni-strategia-rafforzata-ma-il-ritardo-resta. Ultimo accesso: 30 settembre 2026.

approvato i criteri di riparto delle risorse e il sistema di monitoraggio dell'attuazione. L'Accordo è stato pubblicato in Gazzetta Ufficiale il 15 giugno 2026, rendendo operativo il Piano pandemico 2025-2029. Il Piano è accompagnato da uno stanziamento pluriennale previsto dalla Legge di Bilancio 2025 pari a € 50 milioni per il 2025, € 150 milioni per il 2026 e € 300 milioni annui a decorrere dal 2027, destinati a rafforzare la preparazione e la risposta del SSN alle future emergenze pandemiche, con un sistema nazionale di monitoraggio affidato a un Comitato di coordinamento Stato-Regioni.

Piano Nazionale della Cronicità. Dopo un lungo percorso di revisione, iniziato nel luglio 2024, il 23 ottobre 2025 la Conferenza Stato-Regioni ha approvato l'aggiornamento del Piano Nazionale della Cronicità (PNC)[47], pubblicato dal Ministero della Salute il 13 novembre 2025. Il nuovo Piano aggiorna il documento del 2016 alla luce dell'evoluzione normativa e organizzativa del SSN, rafforza il modello di presa in carico integrata delle persone con patologie croniche e introduce tre nuove condizioni: obesità, epilessia ed endometriosi. Tuttavia, il Piano è stato approvato a isorisorse[48], senza finanziamenti aggiuntivi per la sua attuazione. Inoltre, le Regioni hanno evidenziato alcune criticità, tra cui l'assenza di criteri espliciti per l'inclusione di ulteriori patologie croniche e i limiti imposti dalla normativa sulla protezione dei dati personali allo sviluppo dei sistemi di stratificazione del rischio, considerati uno strumento fondamentale per la piena attuazione del DM 77/2022 e della medicina d'iniziativa.

Piano di Azione Nazionale per la Salute Mentale (PANSM) 2025-2030. Elaborato dal Tavolo tecnico per la salute mentale istituito con DM 27 aprile 2023, il PANSM è stato approvato dalla Conferenza Unificata il 29 dicembre 2025[49] e pubblicato in Gazzetta Ufficiale il 4 febbraio 2026. Il documento aggiorna, dopo oltre un decennio, la programmazione nazionale in materia di salute mentale e definisce strategie e azioni per la promozione, prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione lungo l'intero ciclo di vita, con particolare attenzione a infanzia e adolescenza, diagnosi precoce, integrazione socio-sanitaria e rafforzamento delle équipe multidisciplinari territoriali. L'effettiva attuazione del PANSM dipenderà tuttavia dal recepimento da parte di Regioni, Province autonome ed enti locali e dalla capacità di tradurre gli indirizzi nazionali in servizi e interventi omogenei sul territorio.

Piano Nazionale per la Prevenzione (PNP) 2026-2031. Il 21 maggio 2026 la Conferenza Stato-Regioni ha sancito l'intesa sul nuovo PNP 2026-2031[50]. Il Piano conferma gli approcci intersettoriali *Health in All Policies* e *One Health*, promuove interventi di prevenzione lungo tutto il corso della vita, rafforza le azioni di contrasto ai principali fattori di rischio comportamentali e ambientali, valorizza la prevenzione delle malattie croniche e infettive, la salute mentale, gli screening oncologici, le vaccinazioni e la promozione di ambienti di vita e di lavoro favorevoli alla salute. Particolare attenzione è dedicata alla riduzione delle

[47] Ministero della Salute. Piano Nazionale delle Cronicità – PNC. Roma, 13 novembre 2025. Disponibile a: www.salute.gov.it/new/sites/default/files/2025-11/Piano%20nazionale%20cronicit%C3%A0.pdf. Ultimo accesso: 30 settembre 2026.

[48] Conferenza delle Regioni e delle Province autonome. Cronicità, Regioni: aggiornato il Piano nazionale. Roma, 25 ottobre 2025. Disponibile a: www.regioni.it/comunicato-stampa/2025/10/24/cronicita-regioni-aggiornato-il-piano-nazionale-662545/. Ultimo accesso: 30 settembre 2026.

[49] Conferenza Unificata. Accordo, ai sensi dell'articolo 9, comma 2, lettera c), del decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281, tra il Governo, le regioni, le Province autonome di Trento e di Bolzano e gli enti locali sul documento recante "Piano di azioni nazionale per la salute mentale (PANSM) 2025-2030". Roma, 29 dicembre 2025. Disponibile a: www.statoregioni.it/it/conferenza-unificata/sedute-2025/seduta-del-29-dicembre-2025/atti-del-29-dicembre-2025/repertorio-atto-n-177cu-1/. Ultimo accesso: 30 settembre 2026.

[50] Ministero della Salute. Piano Nazionale per la Prevenzione (PNP) 2026-2031. Roma, 21 maggio 2026. Disponibile a: www.salute.gov.it/new/sites/default/files/2026-05/piano%20nazionale%20prevenzione.pdf. Ultimo accesso: 30 settembre 2026.

diseguaglianze di salute, allo sviluppo dei sistemi informativi, alla valutazione degli interventi e al rafforzamento della governance tra Stato e Regioni. Come per i precedenti Piani, l'efficacia del nuovo PNP dipenderà dalla capacità delle Regioni di recepirne gli indirizzi attraverso i Piani Regionali della Prevenzione e di garantirne un'attuazione omogenea sul territorio.

Piano Nazionale per il Governo delle Liste di Attesa (PNGLA) 2026-2028. L'11 giugno 2026 la Conferenza Stato-Regioni ha sancito l'intesa sul nuovo PNGLA 2026-2028[51], che sostituisce il precedente Piano 2019-2021, dopo che una prima proposta relativa al triennio 2025-2027[52] non aveva concluso il proprio iter. Il PNGLA, adottato con decreto del ministro della Salute del 26 giugno 2026 e pubblicato nel Supplemento ordinario alla Gazzetta Ufficiale del 24 agosto 2026, supera un approccio centrato prevalentemente sull'aumento dell'offerta di prestazioni, intervenendo anche sul governo della domanda, sull'appropriatezza prescrittiva e sulla presa in carico degli assistiti. Tra le principali misure figurano il CUP unico regionale o infraregionale, nel quale deve confluire l'intera offerta delle strutture pubbliche e private accreditate, il rafforzamento della Piattaforma Nazionale delle Liste di Attesa (PNLA), sistemi di richiamo, conferma e disdetta delle prenotazioni, agende dedicate ai PDTA, un maggiore ricorso alla telemedicina e il potenziamento dei percorsi di tutela[53]. Le Regioni e le Province autonome devono adottare i propri Piani entro 120 giorni e aggiornarli annualmente.

Programma nazionale HTA 2026-2028. Il 7 luglio 2026 è stato pubblicato in Gazzetta Ufficiale il nuovo Programma nazionale di Health Technology Assessment (HTA) 2026-2028 per i dispositivi medici. Il documento mira a rafforzare il ruolo delle valutazioni multidimensionali nei processi di programmazione, acquisto e disinvestimento delle tecnologie sanitarie. Inoltre, amplia l'ambito di applicazione dell'HTA, prevedendo un incremento delle valutazioni delle tecnologie emergenti, dei dispositivi ad elevato impatto clinico ed economico e delle tecnologie obsolete, al fine di orientare le decisioni pubbliche secondo criteri di efficacia, sicurezza, costo-efficacia, impatto organizzativo ed equità. La sua efficacia dipenderà dalla capacità di integrare sistematicamente le valutazioni HTA nei processi decisionali nazionali e regionali, favorendo sia l'accesso tempestivo alle vere innovazioni sia il disinvestimento dalle tecnologie prive di valore aggiunto.

1.5.4. Criticità irrisolte

Alla data di chiusura del presente Rapporto permangono numerose questioni cruciali per la sopravvivenza del SSN, ancora irrisolte o in corso di definizione, che richiedono al tempo stesso risorse e riforme. Questo quadro conferma come, da almeno vent'anni, le scelte politiche, ben lungi dall'essere guidate da una visione strategica, si limitino a rincorrere le emergenze e a tutelare interessi di parte.

---

[51] Conferenza Stato-Regioni. Intesa, ai sensi dell'articolo 8, comma 6, della legge 5 giugno 2003, n.131, tra il Governo, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano sullo schema di decreto del Ministro della salute concernente l'adozione del Piano Nazionale di Governo delle Liste d'Attesa 2026-2028 e sugli allegati A, C, D, E, F, G, del medesimo Piano e intesa, ai sensi dell'articolo 3, comma 5, del decreto-legge 7 giugno 2024, n. 73, convertito, con modificazioni, dalla legge 29 luglio 2024, n. 107, sull'allegato B del medesimo Piano. Roma, 11 giugno 2026. Disponibile a: www.statoregioni.it/media/lyxlzthj/p-2-csr-atto-rep-n-88-11-giugno-2026.pdf. Ultimo accesso: 30 settembre 2026.

[52] Liste d'attesa. Dalle Regioni primo via libera al nuovo Piano nazionale 2025-2027 ma con cinque condizioni vincolanti. Quotidiano Sanità, 3 dicembre 2025. Disponibile a: www.quotidianosanita.it/governo-e-parlamento/liste-dattesa-dalle-regioni-primo-via-libera-al-nuovo-piano-nazionale-2025-2027-ma-con-cinque-condizioni-vincolanti/. Ultimo accesso: 30 settembre 2026.

[53] Conferenza Stato-Regioni. Verbale della seduta della Conferenza Stato-Regioni dell'11 giugno 2026. Roma, 11 giugno 2026. Disponibile a: www.statoregioni.pcm.gov.it/media/dkqd5zhg/verbale-csr-11-giugno-2026-signed-signed.pdf. Ultimo accesso: 30 settembre 2026.

Riforma della medicina generale. La trasformazione del Corso di Formazione Specifica in Medicina Generale in una scuola di specializzazione, equiparabile alle altre discipline mediche, è stata confermata tra i princìpi e criteri direttivi del DdL delega per il riordino delle professioni sanitarie, con l'obiettivo di rafforzare l'attrattività della disciplina e valorizzarne il percorso formativo. Parallelamente, è proseguito il confronto sul riordino dell'assistenza primaria. Dopo il documento presentato dalle Regioni nel maggio 2025, che ipotizzava per i nuovi medici il passaggio dal rapporto convenzionale a quello di dipendenza, il dibattito si è progressivamente orientato verso il mantenimento della medicina generale nell'ambito della convenzione con il SSN, rafforzandone tuttavia l'integrazione nell'assistenza territoriale. In questa direzione si collocano sia l'Accordo Collettivo Nazionale (ACN) della medicina generale 2022-2024, sottoscritto nel gennaio 2026, sia il successivo ACN approvato il 23 giugno 2026 che ha disciplinato la partecipazione dei medici di medicina generale alle Case della Comunità, prevedendone l'integrazione organizzativa nel nuovo modello dell'assistenza territoriale previsto dal PNRR. Inoltre, il Governo ha avviato una più ampia riforma dell'assistenza territoriale e ospedaliera attraverso un disegno di legge delega per il riordino del modello organizzativo del SSN. Resta tuttavia ancora da definire il modello organizzativo e contrattuale della medicina generale, rispetto al quale non risulta disponibile una valutazione di impatto che confronti, sotto il profilo organizzativo, economico e professionale, le diverse opzioni di riforma.

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 calcolato[54]. A 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 precondizioni, senza un consistente rilancio del finanziamento pubblico l'abolizione del tetto di spesa per il personale sanitario appare un obiettivo difficilmente perseguibile.

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 e 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 di genere. Tuttavia, dopo oltre tre 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

[54] 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 2026.

delle informazioni cliniche contenute nelle schede di dimissione ospedaliera (SDO). La scadenza non è stata rispettata: né le tariffe dei DRG né i sistemi di classificazione sono stati aggiornati. La Legge di Bilancio 2025 (art. 1, c. 300) ha quindi autorizzato uno stanziamento di € 77 milioni per i DRG post-acuzie e, a decorrere dal 2026, di € 1.000 milioni annui: € 350 milioni per i DRG post-acuzie e € 650 milioni per i DRG per acuti. Successivamente, la Legge di Bilancio 2026 (art. 1, c. 349) ha incrementato le risorse a € 1.350 milioni annui a decorrere dal 2027: € 350 milioni per i DRG post-acuzie e € 1.000 milioni per i DRG per acuti. Un primo passo è stato compiuto con il DM 12 maggio 2026, che ha aggiornato le tariffe della riabilitazione ospedaliera e della lungodegenza post-acuzie. Rimangono tuttavia da completare l'aggiornamento delle tariffe dei DRG per acuti e quello dei sistemi di classificazione delle SDO, elementi essenziali per modernizzare il sistema di remunerazione delle prestazioni ospedaliere.

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. Nel corso del 2026 il Consiglio di Stato ha disposto la sospensione cautelare dei provvedimenti regionali di recupero delle somme dovute dalle imprese, congelando temporaneamente i pagamenti in attesa della decisione di merito. L'udienza pubblica si è svolta il 24 settembre 2026, ma alla data di chiusura del Rapporto la sentenza non risulta ancora depositata. Parallelamente, 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 dicembre 2022 dalla 10ª Commissione Affari sociali, sanità, lavoro pubblico e privato e previdenza sociale del Senato, è proseguita attraverso numerose audizioni di rappresentanti delle istituzioni, delle professioni sanitarie, delle organizzazioni sindacali e degli operatori del settore, dedicate ai temi della governance, della fiscalità, della trasparenza e dell'integrazione con il SSN. Nel 2026 il confronto istituzionale è entrato in una fase più operativa: il Ministro della Salute ha confermato la volontà del Governo di procedere al riordino della sanità integrativa e il Presidente della Commissione ha formulato una proposta di risoluzione[55] che impegna il Governo a riformare il settore, rafforzando il ruolo della sanità integrativa quale strumento di integrazione «con e del» SSN, salvaguardandone il principio di universalità. Tra gli indirizzi indicati figurano il riordino organico della normativa, il rafforzamento della governance, della trasparenza, del monitoraggio e della vigilanza, l'ampliamento della platea degli iscritti ai fondi e una maggiore focalizzazione sulle prestazioni extra-LEA, sulla prevenzione e sulla long-term care. Particolare rilievo assume la proposta di valutare la "convenienza sociale" delle agevolazioni fiscali, verificando se le risorse pubbliche destinate a sostenerle producano benefici superiori rispetto al loro mantenimento nella fiscalità generale. Alla data di pubblicazione del presente Rapporto, tuttavia, non risulta ancora approvato un provvedimento legislativo di riordino della sanità integrativa.

[55] 10ª Commissione Affari sociali – Senato della Repubblica. Resoconto sommario n. 437. Atto di indirizzo "Sulla riforma della sanità integrativa". Roma, 3 agosto 2026. Disponibile a: www.parlamento.it/show-doc?tipodoc=SommComm&leg=19&id=1518110&part=doc_dc-sedetit_adi-genbl_srdsi-intervento_zaffinifdi. Ultimo accesso: 30 settembre 2026.

Accordo pandemico OMS. Nel maggio 2025 il Governo italiano si è astenuto sull'approvazione del WHO *Pandemic Agreement*[56], volto a rafforzare la collaborazione internazionale nella prevenzione, preparazione e risposta alle future pandemie. L'Italia è stata uno degli 11 Paesi ad astenersi nella votazione del 19 maggio in Commissione A dell'Assemblea mondiale della sanità, conclusasi con 124 voti favorevoli e nessun contrario; il giorno successivo l'Accordo è stato formalmente adottato per consenso dall'Assemblea. Nella dichiarazione di voto, il Ministro della Salute ha motivato l'astensione con "*la necessità di riaffermare la sovranità degli Stati nella gestione delle questioni di sanità pubblica*", pur riconoscendo espressamente che tale principio era già incluso nell'Accordo e che il testo non attribuisce all'OMS il potere di imporre agli Stati vaccinazioni, lockdown, restrizioni agli spostamenti o altre specifiche misure sanitarie.

Il Governo si è insediato in un contesto già critico, segnato dal definanziamento del SSN nel decennio 2010-2019 e dagli effetti della pandemia. A quasi quattro anni dall'inizio della XIX Legislatura, il complesso delle misure adottate, dei provvedimenti ancora in fase di attuazione e dei Piani nazionali approvati non delinea tuttavia una strategia organica di rilancio della sanità pubblica. Gli interventi risultano in larga parte settoriali, collocati in fasi di attuazione differenti e non sempre accompagnati da obiettivi misurabili, scadenze, responsabilità e sistemi pubblici di monitoraggio. Anche le tre riforme di sistema avviate mediante legge delega non consentono al momento di valutarne l'effettiva portata, poiché la loro attuazione e i loro effetti dipendono dai contenuti, dai tempi e dalle risorse definiti dai successivi decreti legislativi e provvedimenti attuativi, in diversi casi previsti a invarianza finanziaria. Sul piano delle risorse, l'aumento nominale del finanziamento pubblico non ha colmato il divario accumulato negli anni né ha garantito investimenti commisurati ai bisogni crescenti della popolazione. Restano inoltre irrisolti o incompleti diversi nodi rilevanti: riforma della medicina generale, pieno superamento del tetto di spesa per il personale sanitario, integrazione tra assistenza ospedaliera e territoriale, aggiornamento delle tariffe ospedaliere e riordino della sanità integrativa. Nel complesso, all'ampiezza dell'attività normativa e programmatoria non corrispondono ancora risultati sufficientemente misurabili per cittadini e pazienti. Persistono criticità nelle liste di attesa e nell'accesso alle cure, carenze e disaffezione del personale sanitario, aumento della spesa privata e diseguaglianze territoriali. Pur dipendendo da responsabilità distribuite tra Governo, Regioni e aziende sanitarie, queste criticità documentano che gli interventi sinora realizzati non hanno ancora determinato quell'inversione strutturale necessaria a contrastare le tendenze che compromettono universalità, uguaglianza ed equità del SSN.

[56] 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 2026.

1.6. 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 indica la terapia per il "malato SSN". Il documento individua le azioni indispensabili per potenziarlo: un finanziamento adeguato, coraggiose riforme di sistema e una profonda riorganizzazione capace di cogliere tutte le potenzialità dell'innovazione digitale.

Il Piano di Rilancio della Fondazione GIMBE, aggiornato in occasione della pubblicazione del presente Rapporto (§ 10), ha l'obiettivo di rafforzare e innovare il modello di SSN istituito nel 1978, finanziato dalla fiscalità generale e basato su princìpi 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 di avviare una stagione di coraggiose riforme, anche impopolari, per condurre il SSN nella direzione voluta. Tali scelte non sono più rinviabili: continuiamo infatti 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 richiede un nuovo patto politico, istituzionale, sociale e professionale che, a quasi 48 anni dalla legge 833/1978, la Fondazione GIMBE rilancia nel presente Rapporto. Un patto politico e istituzionale che, al di là degli avvicendamenti di Governo e delle ideologie partitiche, riconosca nel 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 a un uso informato e responsabile del SSN: ai diritti si accompagnano doveri, come limitare la domanda inappropriata di servizi e prestazioni sanitarie, adottare stili di vita salutari e mantenere un'adeguata aderenza alle terapie e ai follow-up prescritti. Un patto professionale tra tutti gli attori della sanità, perché la fase storica attraversata dal SSN impone di rinunciare a qualsiasi privilegio di categoria per salvaguardare il bene comune.

Se, al contrario, 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 determinando una sanità a doppio binario, penalizzando le fasce socioeconomiche più deboli, gli anziani, le persone fragili e chi vive nel Mezzogiorno e nelle aree interne e disagiate.

Per la Fondazione GIMBE, impegnata dal 2013 nella strenua difesa del SSN[57] (§ Appendice 1), la bussola resta l'articolo 32 della Costituzione e il rispetto dei princìpi fondanti del SSN: universalità, uguaglianza ed equità.

[57] Cartabellotta A. Salviamo il Nostro SSN. Evidence 2013;5(3): e1000038. Disponibile a: www.evidence.it/art/e1000038. Ultimo accesso: 30 settembre 2026.

CAPITOLO 2
Il finanziamento pubblico

Il finanziamento pubblico del SSN è assicurato dal Fabbisogno Sanitario Nazionale (FSN), ovvero l'insieme delle risorse che lo Stato destina annualmente a Regioni e Province autonome per garantire l'erogazione dei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA). Alimentato prevalentemente dalla fiscalità generale, il FSN costituisce il principale strumento di finanziamento della sanità pubblica. La sua entità è definita dalla Legge di Bilancio e da eventuali provvedimenti successivi, mentre il riparto tra le Regioni (§ 3) avviene secondo criteri stabiliti in sede di Conferenza Stato-Regioni.

2.1. Il Fabbisogno Sanitario Nazionale

Il valore del FSN può essere espresso attraverso diverse unità di misura: FSN nominale, FSN in percentuale del PIL e FSN a prezzi costanti. Considerato che ciascuna di queste condiziona sia il confronto politico sia la percezione pubblica, il presente Rapporto le analizza tutte per valutare i trend del FSN nel periodo 2010-2026, articolato in tre fasi: la stagione dei tagli (2010-2019), gli anni della pandemia (2020-2022) e il periodo post-pandemico (2023-2026).

2.1.1. FSN nominale

È l'ammontare del finanziamento del Servizio Sanitario Nazionale stabilito dalla normativa per ciascun anno, espresso in euro correnti e senza correzioni per l'inflazione. Misura quindi le risorse effettivamente stanziate in termini assoluti, ma non il loro effettivo potere d'acquisto. Dal 2010 al 2026 il FSN nominale è aumentato complessivamente di € 37,5 miliardi, con un incremento medio di € 2,3 miliardi l'anno, ma con andamenti molto diversi tra il periodo pre-pandemico (2010-2019), gli anni della pandemia (2020-2022) e il periodo post-pandemico (2023-2026) (figura 2.1).

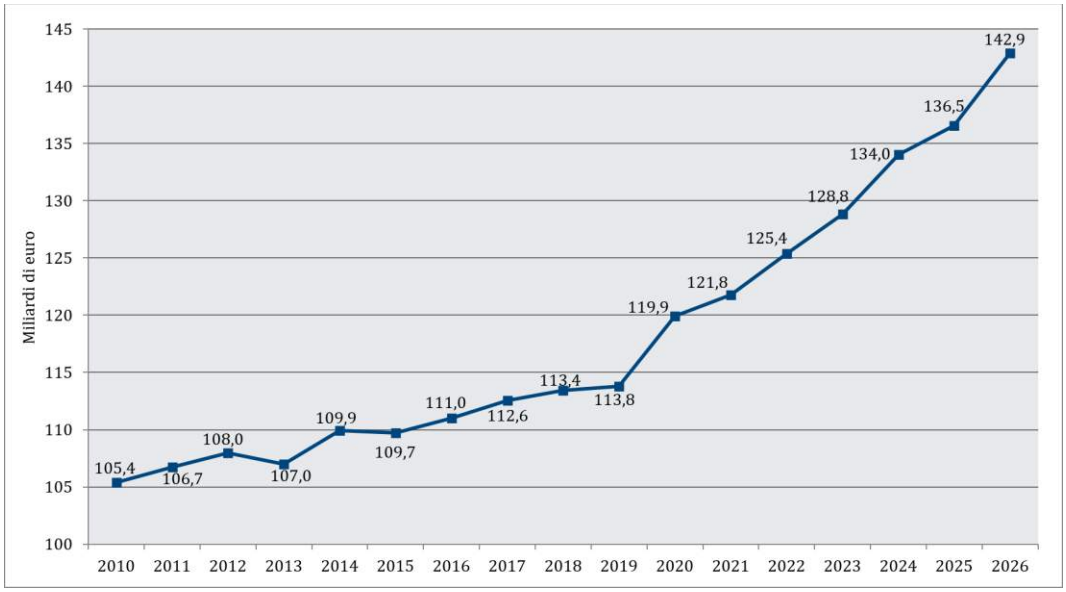


Figura 2.1. Fabbisogno Sanitario Nazionale nominale: trend 2010-2026

2010-2019: la stagione dei tagli. Alla sanità pubblica sono stati sottratti oltre € 37 miliardi, sia per l'effetto di manovre finanziarie volte al risanamento della finanza pubblica, sia per l'assegnazione di risorse inferiori ai livelli programmati. In termini assoluti, il FSN è aumentato di € 8,4 miliardi, con una crescita media annua dell'1%, inferiore al tasso medio annuo di inflazione (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 3,3%, segnando formalmente la fine della "stagione dei tagli". Tra marzo 2020 e settembre 2022 sono stati emanati 13 decreti legge che hanno stanziato complessivamente € 11.584,3 milioni per la gestione dell'emergenza COVID-19 e per sostenere i maggiori costi energetici delle strutture del SSN: € 5.506 milioni hanno incrementato il FSN, mentre € 6.078,3 milioni sono stati destinati direttamente a voci emergenziali. Tuttavia, questo netto rilancio del finanziamento pubblico è stato interamente assorbito dai costi della pandemia COVID-19, senza produrre un rafforzamento strutturale del SSN né riuscire a mantenere in equilibrio i bilanci delle Regioni.

2023-2026: il periodo post-pandemico. Nel quadriennio il FSN è aumentato complessivamente di € 17,5 miliardi, passando da € 125,4 miliardi nel 2022 a € 142,9 miliardi nel 2026, con una crescita media annua del 3,3%, analoga a quella registrata negli anni della pandemia.

2.1.2. FSN nominale in percentuale del PIL

È il rapporto percentuale tra il FSN nominale e il PIL nominale: misura l'incidenza del finanziamento del SSN sulla ricchezza prodotta dal Paese e costituisce un indicatore della priorità macroeconomica assegnata alla sanità pubblica. I valori di PIL utilizzati nelle analisi

successive fanno riferimento per il 2010-2025 ai dati consuntivi ISTAT a prezzi correnti[58], per il 2026 al DPFP 2026[59] che stima € 2.326.150 milioni.

Anche in termini di percentuale sul PIL, il FSN presenta andamenti variabili nei tre periodi, ma non sovrapponibili a quelli del FSN nominale. Nel complesso, emerge un trend discendente, con una riduzione dal 6,52% del 2010 al 6,14% nel 2026 (figura 2.2).

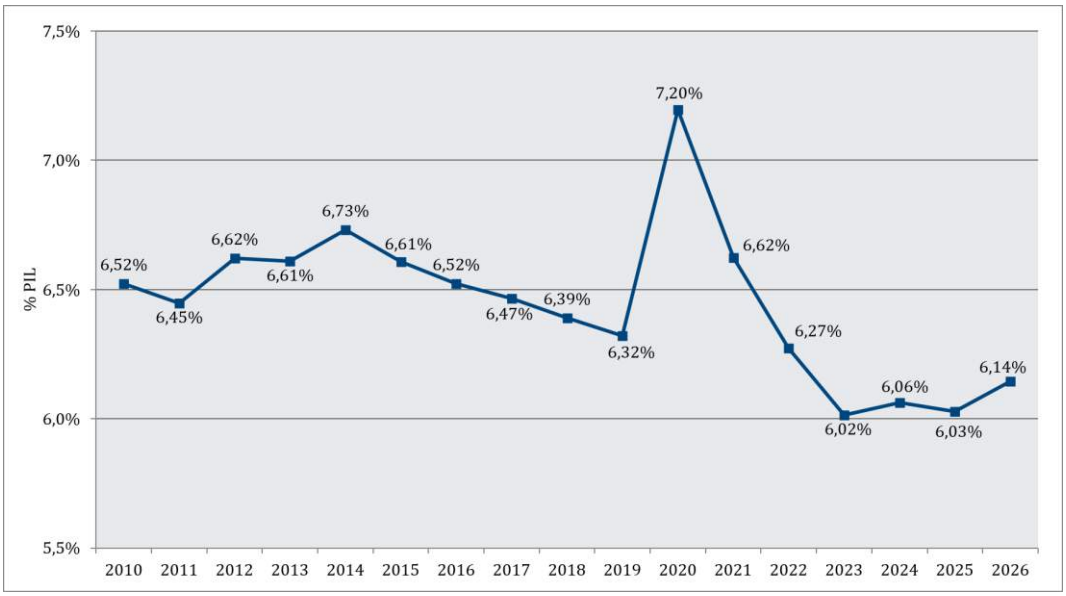


Figura 2.2. Fabbisogno Sanitario Nazionale: trend 2010-2026 in % sul PIL
(elaborazione GIMBE: dati PIL anni 2010-2025 ISTAT a prezzi correnti, anno 2026 stima DPFP 2026)

2010-2019: la stagione dei tagli. Il rapporto tra FSN e PIL mostra un trend complessivamente decrescente, passando dal 6,52% del 2010 al 6,32% del 2019. Dopo lievi fluttuazioni sino al 2014, quando raggiunge il valore massimo del 6,73%, la quota si riduce progressivamente sino a raggiungere nel 2019 il valore minimo del decennio.

2020-2022: gli anni della pandemia. L'emergenza COVID-19 determina un'inversione di tendenza: nel 2020 il rapporto FSN/PIL raggiunge il 7,20%, il valore più elevato dell'intero periodo considerato, in parte per effetto dell'incremento straordinario delle risorse destinate alla sanità, ma soprattutto per la forte contrazione del PIL. Con la ripresa dell'economia e il progressivo superamento della fase emergenziale, il rapporto FSN/PIL scende rapidamente al 6,62% nel 2021 e al 6,27% nel 2022, tornando su livelli analoghi a quelli del 2019.

2023-2026: il periodo post-pandemico. Nonostante il consistente aumento del FSN in termini nominali, nel 2023 il rapporto con il PIL si riduce drasticamente al 6,02% per poi rimanere stabile intorno al 6% nel biennio 2024-2025 e risalire al 6,14% nel 2026. Nel periodo post-pandemico, il rapporto FSN/PIL si mantiene pertanto sempre su valori inferiori sia al 2022 (6,27%) sia al 2019 (6,32%).

[58] Istituto Nazionale di Statistica. IstatData. Conti nazionali. Conti e aggregati economici nazionali annuali. Prodotto interno lordo e principali componenti. Disponibile a: https://esploradati.istat.it/databrowser/#/it/dw/categories/IT1,DATAWAREHOUSE,1.0/UP_ACC_ANNUAL/IT1,92_506_DF_DCCN_PILN_1,1.0. Ultimo accesso: 30 settembre 2026

[59] Ministero dell'Economia e delle Finanze. Documento programmatico di finanza pubblica 2026. Roma, 2 ottobre 2026. Disponibile a: www.mef.gov.it/export/sites/MEF/inevidenza/2026/article_00390/DPFP26.pdf. Ultimo accesso: 2 ottobre 2026.

2.1.3. FSN a prezzi costanti

Il FSN viene generalmente espresso in valori nominali, ovvero senza considerare l'effetto dell'inflazione. Tuttavia, quando il tasso di crescita del FSN è inferiore all'aumento generale dei prezzi, il potere d'acquisto generale delle risorse stanziate si riduce. Per valutare l'evoluzione del finanziamento pubblico rispetto all'inflazione è quindi necessario distinguere tra FSN nominale, che misura le risorse in valore assoluto, e FSN a prezzi costanti. Questa distinzione consente di separare gli incrementi nominali da quelli al netto dell'aumento generale dei prezzi.

Nel presente Rapporto il FSN a prezzi costanti è calcolato utilizzando l'indice nazionale dei prezzi al consumo per l'intera collettività (NIC), con anno base 2010[60]. L'indicatore descrive l'evoluzione del potere d'acquisto generale delle risorse stanziate, ma non misura direttamente la capacità del SSN di acquistare beni e servizi sanitari. Il NIC riflette infatti il paniere dei consumi delle famiglie, diverso dalla composizione dei costi sostenuti dal SSN per personale, farmaci, dispositivi, energia e servizi. Tali costi possono seguire dinamiche differenti da quelle dell'inflazione generale, anche per effetto dei rinnovi contrattuali e della regolazione dei prezzi. Il calcolo non consente quindi di quantificare la riduzione dei volumi di assistenza erogabili, né di stabilire se il NIC sovrastimi o sottostimi la perdita di potere d'acquisto in sanità[61].

Di seguito, "FSN reale" è utilizzato come sinonimo di "FSN a prezzi costanti 2010", secondo il metodo sopra descritto. Per il 2026 il calcolo utilizza l'inflazione media annua acquisita per l'anno in corso a settembre 2026, non essendo ancora disponibile il dato medio annuo definitivo.

Un diverso riferimento metodologico è il deflatore dei consumi individuali effettivi – *Actual Individual Consumption* (AIC) – utilizzato dall'OCSE in *Health at a Glance* 2025 per calcolare la crescita reale della spesa sanitaria[62]. L'AIC comprende, oltre agli acquisti delle famiglie, i servizi individuali finanziati dalle amministrazioni pubbliche e dalle istituzioni senza scopo di lucro, tra cui sanità e istruzione[63]. Anche il deflatore AIC è tuttavia un indicatore aggregato e non un deflatore specifico dei costi del SSN. Nel presente Rapporto, per il calcolo del FSN reale, viene pertanto utilizzato l'indice NIC.

La figura 2.3 confronta la variazione percentuale annua del FSN nominale con il tasso di inflazione generale misurato dal NIC. Quando l'incremento del FSN nominale è pari all'inflazione, il potere d'acquisto generale delle risorse rimane invariato; quando è inferiore, il FSN a prezzi costanti diminuisce. Nel periodo considerato l'incremento del FSN ha superato l'inflazione solo in 8 anni su 17.

---

[60] Istituto Nazionale di Statistica. FAQ – Domande frequenti sui prezzi al consumo. 22 febbraio 2024. Disponibile a: www.istat.it/notizia/faq-domande-frequenti-sui-prezzi-al-consumo/. Ultimo accesso: 30 settembre 2026.

[61] Ufficio Parlamentare di Bilancio. Audizione della Presidente sul disegno di legge di bilancio per il 2024. Roma, 14 novembre 2023. Disponibile a: www.upbilancio.it/wp-content/uploads/2023/11/Audizione-UPB-DDL-bilancio-2024.pdf. Ultimo accesso: 30 settembre 2026.

[62] OECD. Health at a Glance 2025: OECD Indicators. Paris: OECD Publishing; 2025. "Health expenditure in relation to GDP", p. 156. Disponibile a: https://doi.org/10.1787/8f9e3f98-en. Ultimo accesso: 30 settembre 2026.

[63] Eurostat. Glossary: Actual individual consumption (AIC). Statistics Explained. Disponibile a: https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=Glossary:Actual_individual_consumption_(AIC). Ultimo accesso: 30 settembre 2026.

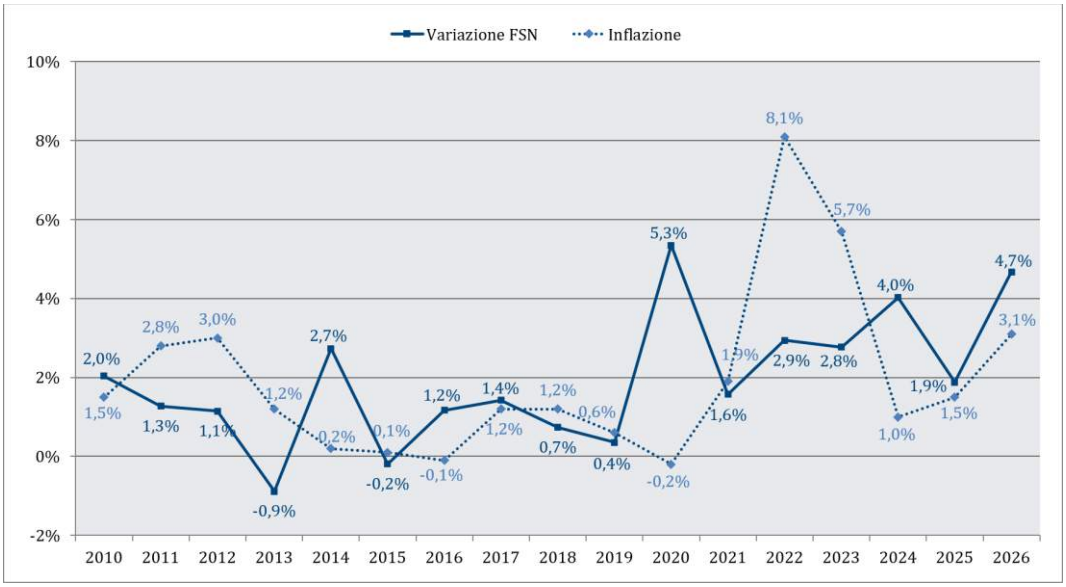


Figura 2.3. 2010-2026: variazione percentuale del FSN e tasso di inflazione generale NIC (per l'anno 2026 il dato è riferito all'inflazione media annua acquisita a settembre 2026)

Il "FSN reale", calcolato assumendo il 2010 come anno base, nel periodo 2010-2026 presenta variazioni più contenute rispetto al FSN nominale. Nel 2026 il FSN corretto per l'inflazione generale misurata dal NIC risulta sostanzialmente invariato rispetto al 2010 (figura 2.4).

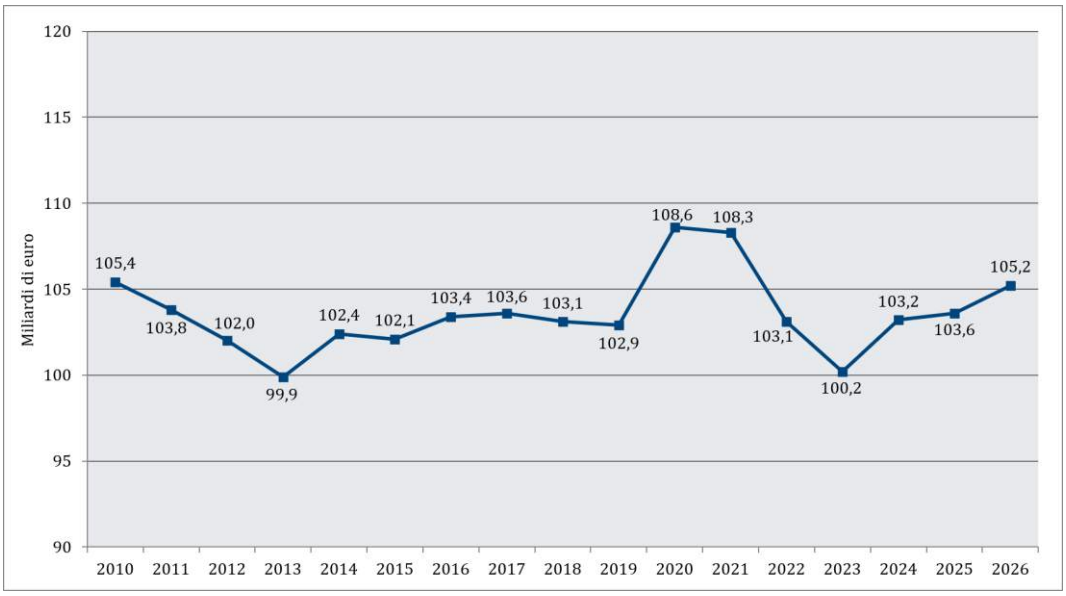


Figura 2.4. Fabbisogno Sanitario Nazionale a prezzi costanti 2010 (NIC): trend 2010-2026

La dinamica del "FSN reale" nei tre periodi considerati viene di seguito descritta:

2010-2019: la stagione dei tagli. Dal 2010 al 2013 il "FSN reale" diminuisce nettamente, perché tra il 2011 e il 2013 l'inflazione è superiore all'incremento percentuale del FSN nominale, sino a raggiungere il valore minimo di € 99,9 miliardi nel 2013. Negli anni successivi si stabilizza tra € 102 e € 103,6 miliardi.

2020-2022: gli anni della pandemia. Nel biennio 2020-2021 il "FSN reale" risale a valori tra € 108 miliardi e € 109 miliardi, sia per il netto incremento del FSN nominale, sia per la

deflazione registrata nel 2020. Nel 2022 torna quindi sui livelli del 2019, intorno a € 103 miliardi.

2023-2026: il periodo post-pandemico. Nel 2023, per effetto di un'inflazione generale ancora elevata (5,7%), il "FSN reale" scende a € 100,2 miliardi, secondo valore più basso dell'intero periodo considerato, superiore solo a quello del 2013. Nel triennio 2024-2026 risale progressivamente, sino a raggiungere € 105,2 miliardi nel 2026.

2.1.4. Confronti fra FSN nominale, FSN in % del PIL e FSN a prezzi costanti

Il confronto dei tre indicatori nel periodo 2010-2026 consente di comprendere come differenti unità di misura restituiscano letture molto diverse del finanziamento pubblico, anche nella percezione pubblica.

FSN nominale vs FSN a prezzi costanti. La sola crescita del FSN nominale non consente di valutare l'evoluzione delle risorse al netto dell'inflazione generale (figura 2.5).

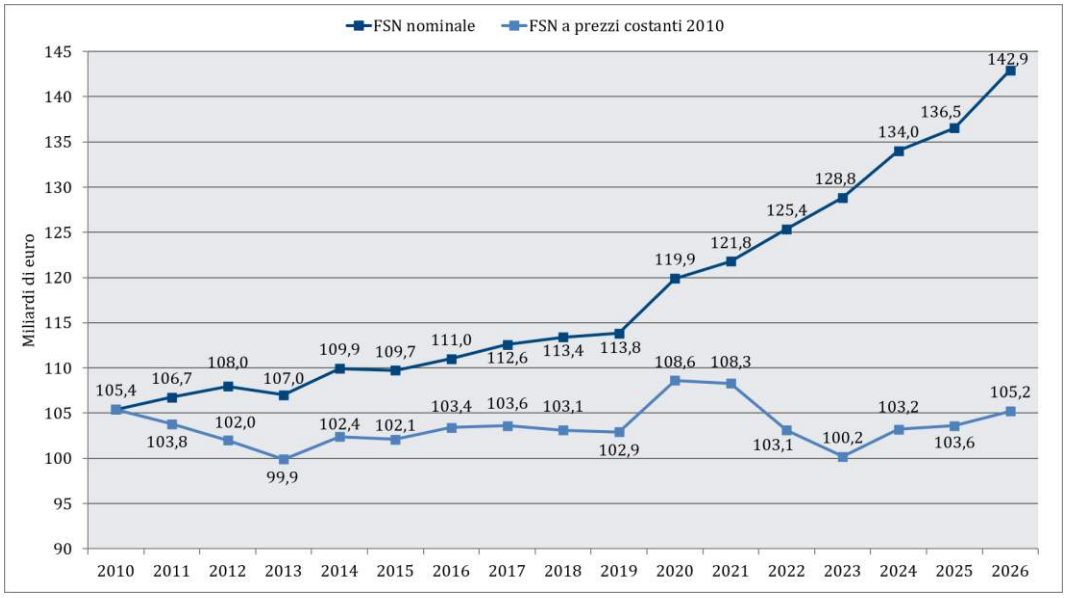


Figura 2.5. Fabbisogno Sanitario Nazionale nominale e a prezzi costanti 2010 (NIC): trend 2010-2026

Dal 2010 al 2026 il FSN nominale aumenta di € 37,5 miliardi (+35,6%), ma, correggendo il dato per l'inflazione generale misurata dal NIC, tale crescita sostanzialmente si annulla: nel 2026 il FSN a prezzi costanti si attesta a € 105,2 miliardi, un livello analogo a quello del 2010. Nel periodo 2011-2013 il FSN a prezzi costanti subisce un'erosione più marcata rispetto alla dinamica del FSN nominale, seguita da una sostanziale stabilità negli anni 2014-2019. Durante la pandemia entrambi gli indicatori raggiungono valori più elevati: nel 2020 (€ 108,6 miliardi vs € 119,9 miliardi) l'incremento è analogo, anche per effetto della deflazione registrata in quell'anno; nel 2021 (€ 108,3 miliardi vs € 121,8 miliardi), invece, il FSN nominale aumenta ulteriormente mentre quello a prezzi costanti rimane sostanzialmente stabile. Mentre il FSN nominale aumenta, quello a prezzi costanti diminuisce rapidamente sino al minimo di € 100,2 miliardi nel 2023. La successiva ripresa, sostenuta dagli incrementi del FSN nominale e dal rallentamento dell'inflazione, riporta nel 2026 il FSN a prezzi costanti sostanzialmente sul livello di sedici anni prima, comunque inferiore ai valori raggiunti durante la pandemia. In altri termini, nell'intero periodo l'incremento nominale di € 37,5 miliardi è stato sostanzialmente assorbito dall'aumento generale dei prezzi, senza determinare un incremento del FSN a prezzi

costanti 2010 (NIC). Il confronto deve essere interpretato tenendo conto delle risorse assorbite dalla gestione dell'emergenza pandemica e dell'evoluzione dei bisogni assistenziali; non consente invece di quantificare l'impatto dei costi specifici del SSN e delle innovazioni farmacologiche e tecnologiche.

FSN nominale vs FSN in percentuale del PIL. Il FSN nominale deve essere valutato insieme alla sua incidenza sul PIL, indicatore che misura la quota della ricchezza prodotta dal Paese destinata al finanziamento del SSN e fornisce un'indicazione sul peso relativo assegnato alla sanità pubblica (figura 2.6).

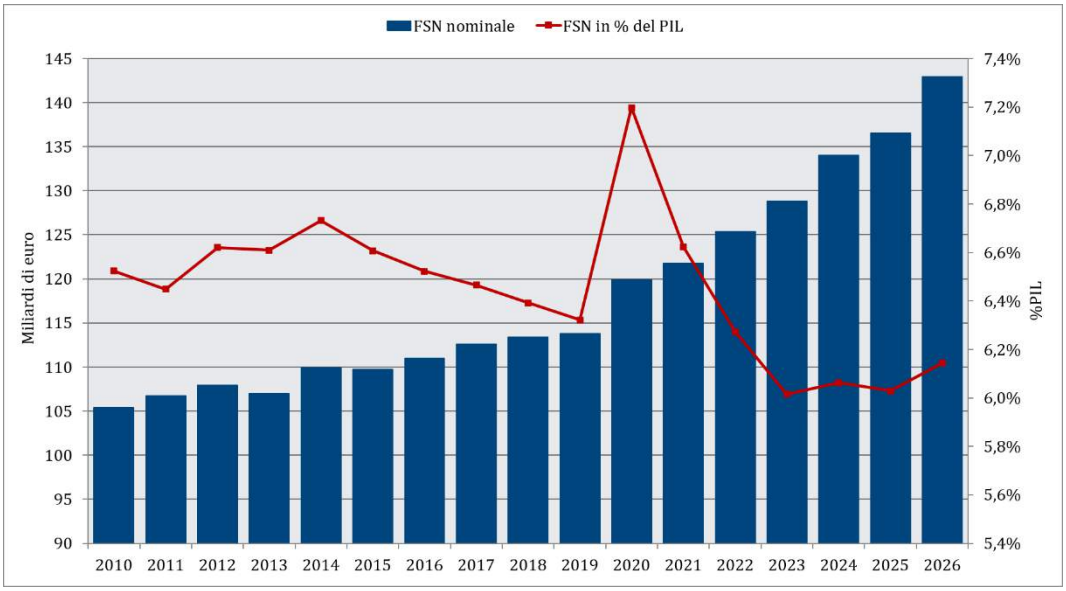


Figura 2.6. Fabbisogno Sanitario Nazionale nominale e in % del PIL: trend 2010-2026

Nel periodo 2010-2019, a fronte di un modesto incremento del FSN nominale, il rapporto FSN/PIL si riduce progressivamente a partire dal 2014. Questa tendenza si interrompe temporaneamente nel 2020, quando le risorse straordinarie stanziate per la pandemia e, soprattutto, la forte contrazione del PIL, determinano un picco, seguito da una rapida flessione con la ripresa dell'economia e il progressivo esaurimento dei finanziamenti emergenziali. La divergenza tra i due indicatori emerge in maniera particolarmente evidente tra il 2022 e il 2026: il FSN nominale aumenta da € 125,4 miliardi a € 142,9 miliardi, con un incremento di € 17,5 miliardi (+14%), mentre la sua incidenza sul PIL rimane sempre inferiore al 6,27% del 2022, attestandosi intorno al 6% nel triennio 2023-2025, per poi risalire al 6,14% nel 2026. In altri termini, nonostante il consistente incremento del FSN nominale, nel periodo post-pandemico l'incidenza del FSN sul PIL rimane sempre inferiore a quella del 2022. Il dato nominale documenta dunque l'ammontare delle risorse stanziate, mentre il rapporto FSN/PIL ne esprime il peso relativo rispetto alla dimensione dell'economia, risentendo anche della dinamica del denominatore.

In sintesi, l'analisi del finanziamento pubblico nel periodo 2010-2026 mostra che il netto incremento del FSN nominale registrato dalla pandemia in poi non si accompagna a un corrispondente aumento della quota di ricchezza del Paese destinata alla sanità pubblica. Al tempo stesso, nell'intero periodo 2010-2026 la crescita delle risorse nominali è stata sostanzialmente assorbita dall'inflazione generale misurata dal NIC. Ne deriva un duplice impoverimento: il SSN pesa meno nelle scelte allocative del Paese rispetto all'inizio del periodo considerato e il FSN, corretto per il NIC, si colloca sostanzialmente sullo stesso livello di sedici anni prima, a fronte di bisogni assistenziali crescenti (figura 2.7).

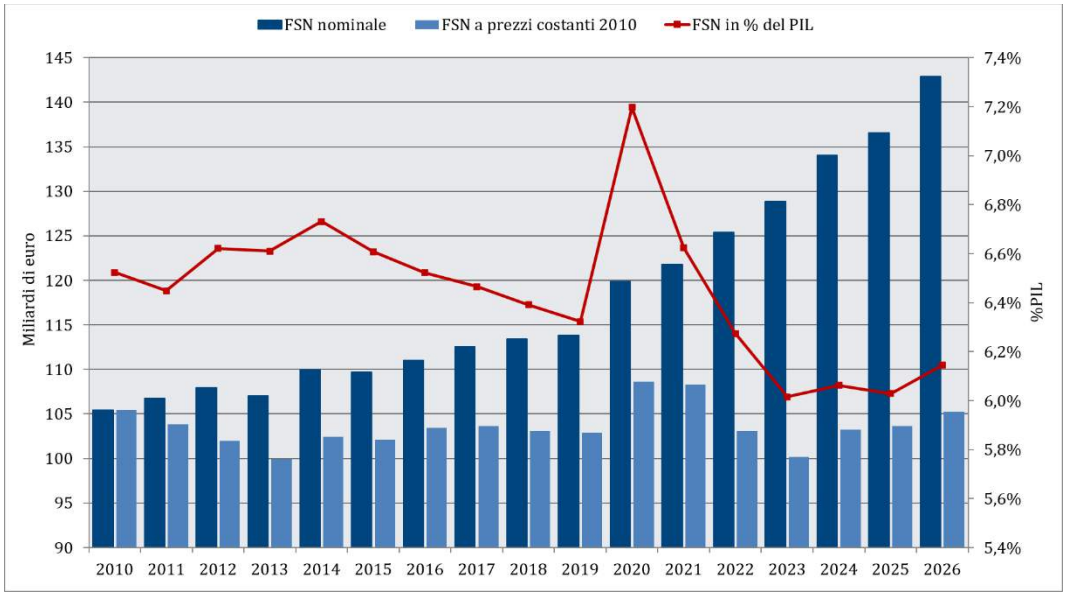


Figura 2.7. Fabbisogno Sanitario Nazionale nominale, a prezzi costanti 2010 (NIC) e in % del PIL: trend 2010-2026

2.2. L'andamento del Fabbisogno Sanitario Nazionale: 2010-2026

Nel periodo 2010-2026 l'andamento del FSN riflette tre fasi nettamente distinte: il decennio 2010-2019, caratterizzato da tagli e definanziamento; gli anni della pandemia 2020-2022, segnati da un rilevante aumento delle risorse, incluse quelle straordinarie per l'emergenza COVID-19; il periodo post-pandemico 2023-2026, durante il quale la crescita nominale del finanziamento è proseguita, ma è stata in parte assorbita dall'inflazione.

I paragrafi seguenti ricostruiscono l'evoluzione del FSN e i principali provvedimenti che ne hanno determinato l'entità nelle tre fasi considerate.

2.2.1. 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 per effetto di scelte politiche che hanno determinato un imponente definanziamento del SSN (figura 2.1). Secondo le analisi GIMBE[64], 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 € 8,4 miliardi, con una crescita media annua dell'1%, inferiore al tasso medio annuo di inflazione dell'1,2%. In altri termini, l'incremento del FSN non è stato sufficiente nemmeno a compensare la perdita di potere di acquisto.

[64] Fondazione GIMBE. Report Osservatorio GIMBE n. 7/2019. Il definanziamento 2010-2019 del Servizio Sanitario Nazionale. Bologna, settembre 2019. Disponibile a: www.gimbe.org/definanziamento-SSN. Ultimo accesso: 30 settembre 2026.

2.2.2. Gli anni della pandemia: 2020-2022

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 3,3% 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 (c.d. 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 inoltre 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 e a € 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. Ha inoltre previsto € 823 milioni aggiuntivi per il 2022, € 527 milioni per ciascuno degli anni 2023, 2024 e 2025 e € 418 milioni annui a decorrere dal 2026. Nel corso del 2021, il FSN previsto dalla Legge di Bilancio 2021 è stato incrementato a € 121.775 milioni grazie a € 405 milioni stanziati dai decreti per l'emergenza COVID-19.

Legge di Bilancio 2022. La Legge di Bilancio 2022 al comma 258 ha fissato il FSN standard a € 124.061 milioni per il 2022, prevedendo un ulteriore incremento di € 2.000 milioni per ciascuno degli anni 2023 e 2024. I commi 259 e 260 hanno disposto ulteriori aumenti del FSN, mentre il comma 292 ne ha previsto una riduzione. A seguito di tali disposizioni il FSN per il 2022 ammonta a € 124.345 milioni, incrementati nel corso dell'anno di ulteriori € 615 milioni dai decreti per l'emergenza COVID-19, per un totale di € 124.960 milioni. Complessivamente l'incremento del FSN standard ammonta a € 2.152 milioni per il 2022, € 2.519 milioni per il 2023 e € 2.647 milioni per il 2024.

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 complessivamente € 11.584,3 milioni di risorse ad hoc per la gestione dell'emergenza COVID-19 e per sostenere i maggiori costi energetici delle strutture del SSN.

2.2.3. Il periodo post-pandemico: 2023-2026

Vengono di seguito analizzate le risorse assegnate dalle Leggi di Bilancio 2023, 2024, 2025 e 2026, oltre che dal Decreto Energia e dal Decreto Liste di attesa.

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 il 2023 e in € 128.708 milioni per il 2024. La Legge di Bilancio 2023 ha incrementato il FSN di € 2.150 milioni per il 2023, di cui

€ 1.400 milioni destinati a contribuire ai maggiori costi energetici. Per il 2024 e il 2025 ha previsto incrementi rispettivamente di € 2.300 milioni e € 2.600 milioni.

Decreto Energia. Il DL n. 34 del 20 marzo 2023 (c.d. "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 all'aumento della tariffa oraria delle prestazioni aggiuntive e all'anticipo dell'indennità nei servizi di emergenza-urgenza (art. 11). Ha inoltre previsto un contributo statale di € 1.085 milioni per il ripiano del superamento del tetto di spesa dei dispositivi medici (art. 8).

Legge di Bilancio 2024. Secondo quanto disposto dalla Legge di Bilancio 2024 al comma 217, il FSN standard è stato incrementato di € 3.000 milioni per il 2024, di € 4.000 milioni per il 2025 e di € 4.200 milioni per il 2026. Di conseguenza, il FSN è salito a € 134.000 milioni per il 2024, € 135.400 milioni per il 2025 e € 135.600 milioni per il 2026.

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" (c.d. 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 delle risorse destinate 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 il 2025, € 165,9 milioni per il 2026 e € 165,5 milioni annui a decorrere dal 2027. Il D.Lgs. 33/2025 (art. 241, comma 1, lett. vvv) ha quindi disposto l'abrogazione della norma che prevede tale copertura a carico del FSN. Successivamente, il DL 200/2025, convertito dalla L. 26/2026, ha differito al 1° gennaio 2027 l'entrata in vigore del D.Lgs. 33/2025 e, di conseguenza, anche l'abrogazione della disposizione. Pertanto, anche per il 2026 gli oneri della defiscalizzazione, pari a € 165,9 milioni, continuano a gravare sul livello del FSN standard.

Legge di Bilancio 2025. Secondo quanto previsto dalla Legge di Bilancio 2025, l'incremento complessivo del FSN standard per il 2025 è stato pari a € 2.500 milioni, di cui € 1.200 milioni già previsti dalla Manovra precedente. Gli incrementi per i successivi anni ammontano 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.

2.2.3.1. Legge di Bilancio 2026

La Legge di Bilancio 2026 ha disposto un ulteriore aumento del FSN di € 2.400 milioni per il 2026 che, aggiunto alle risorse già assegnate dalle precedenti manovre, porta il FSN a € 142,9 miliardi (+4,7%). Negli anni successivi, la crescita del FSN nominale rallenta bruscamente: € 1.160 milioni (+0,8%) nel 2027 e € 868 milioni (+0,6%) nel 2028 (tabella 2.1).

	2025	2026	2027	2028
FSN standard	136.533	142.915	144.074	144.943
Variazione vs anno precedente	-	+6.382	+1.160	+868
	-	+4,7%	+0,8%	+0,6%
Dati in milioni di euro				

Tabella 2.1. Rideterminazione del Fabbisogno Sanitario Nazionale

Il trend delineato dalla Legge di Bilancio 2026 mostra un incremento significativo del FSN nel 2026, sostenuto anche dalle risorse già stanziate dalle precedenti Manovre, seguito da una sostanziale stagnazione nel biennio 2027-2028 (figura 2.8).

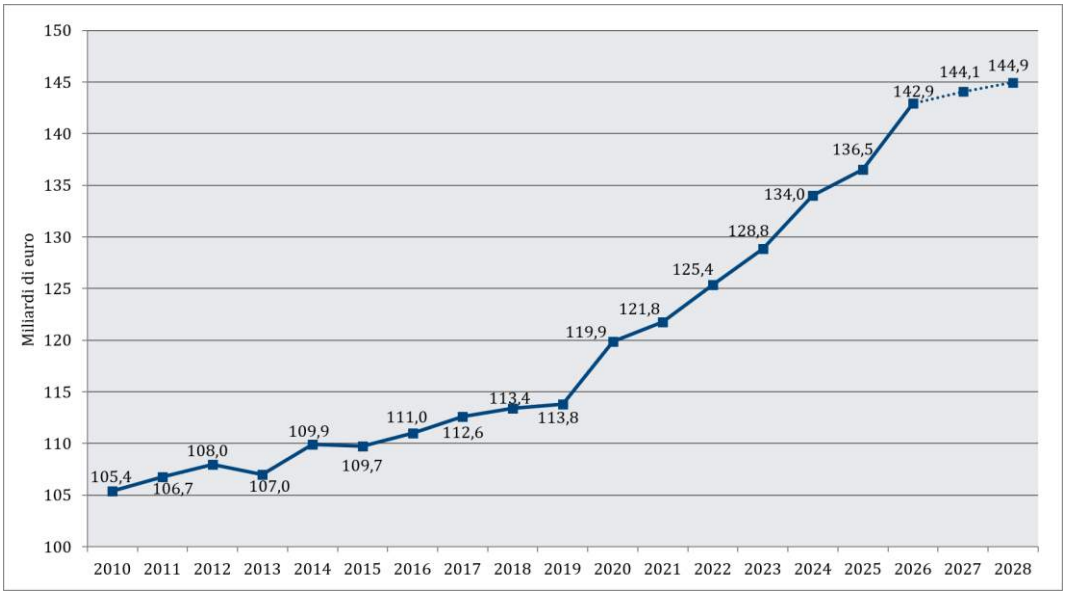


Figura 2.8. Fabbisogno Sanitario Nazionale: trend 2010-2028
(dati 2010-2026 elaborazione GIMBE, dati 2027-2028 da Legge di Bilancio 2026)

In termini di percentuale sul PIL, la quota destinata al FSN cresce dal 6,03% del 2025 al 6,14% del 2026, per poi scendere nuovamente al 6,02% nel 2027 e precipitare al 5,89% nel 2028, delineando una tendenza in diminuzione (figura 2.9).

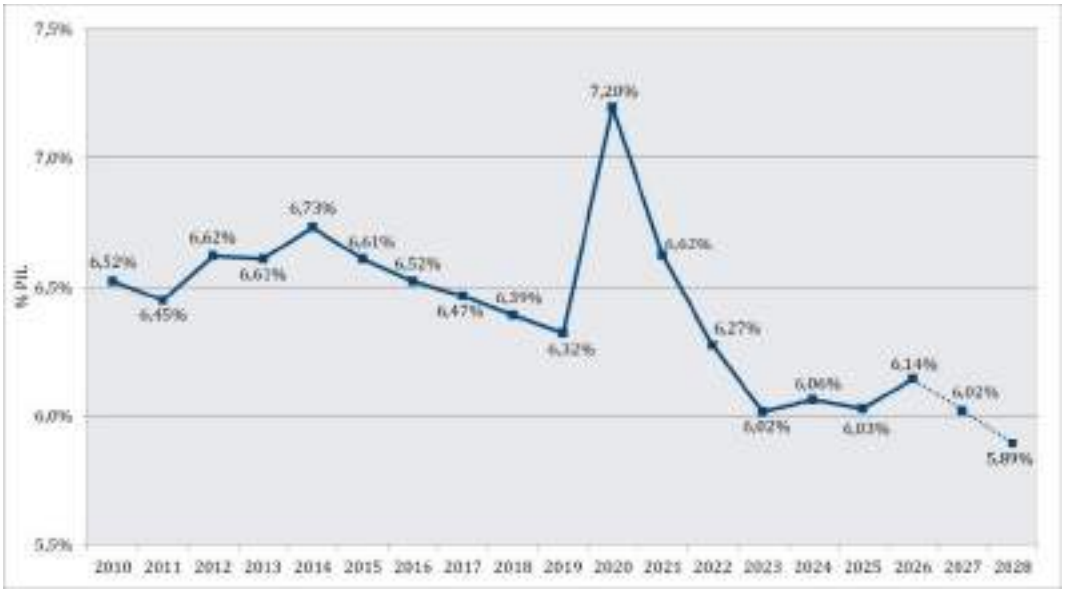


Figura 2.9. Fabbisogno Sanitario Nazionale: trend 2010-2028 in % sul PIL
(dati 2010-2026 elaborazione GIMBE, dati 2027-2028 da Legge di Bilancio 2026)

L'analisi delle misure contenute nella Manovra evidenzia inoltre che più di € 550 milioni destinati a finanziare interventi del 2026 attingono a risorse già stanziate con la Legge di Bilancio 2025 per obiettivi di interesse nazionale (tabella 2.2).

Misure	2026	2027	2028
Ulteriore potenziamento delle misure di prevenzione (c. 341)	€ 127,0	€ 0,0	€ 0,0
Campagne di comunicazione istituzionale sulla prevenzione (c. 342)	€ 1,0	€ 1,0	€ 1,0
Prestazioni aggiuntive (c. 361)			
Medici dirigenti	€ 101,9	€ 0,0	€ 0,0
Personale sanitario del comparto	€ 41,6	€ 0,0	€ 0,0
Assunzioni personale sanitario (c. 363)	€ 243,0	€ 122,0	€ 110,0
Dematerializzazione della ricetta per l'erogazione dei prodotti per celiaci (c. 385)	€ 2,0	€ 1,0	€ 1,0
IRCCS pubblici, Ospedali di rilievo nazionale e di alta specializzazione (c. 403)	€ 20,0	€ 0,0	€ 0,0
Servizi di scambio transfrontaliero (c. 405)	€ 1,0	€ 0,8	€ 0,8
Potenziamento dei servizi di telemedicina (c. 410)	€ 20,0	€ 0,0	€ 0,0
Totale	**€ 557,5**	**€ 124,8**	**€ 112,8**

Tabella 2.2. Misure previste dal c. 333 finanziate a valere sulle risorse stanziate dalla Legge di Bilancio 2025

Il fatto che una quota rilevante delle risorse destinate ad assunzioni e prestazioni aggiuntive derivi dalla riallocazione di fondi già stanziati per altre finalità conferma il carattere ancora emergenziale delle politiche per il rilancio del personale sanitario.

La tabella 2.3 riporta le misure per la sanità previste dalla Legge di Bilancio 2026.

Rifinanziamento del Servizio Sanitario Nazionale (c. 333)	2026	2027	2028
	€ 2.382,2	€ 2.631	€ 2.633,1
Alzheimer e altre patologie di demenza senile (c. 334)	€ 100	€ 98	€ 83,1
Obiettivi sanitari di carattere prioritario e di rilievo nazionale (c. 338)	€ 188,2	-	-
Misure di prevenzione (c. 340)	€ 238	€ 238	€ 238
Ulteriore potenziamento delle misure di prevenzione (c. 341)	€ 120[1]	-	-
Campagne di comunicazione istituzionale sulla prevenzione (c. 342)	€ 1	€ 1	€ 1
Piano nazionale di azioni per la salute mentale (c. 344)	€ 80	€ 85	€ 90
Funzionamento degli Istituti zooprofilattici sperimentali (c. 348)	€ 10	€ 10	€ 10
Tariffe DRG per acuti (c. 349)	-	€ 350	€ 350
Prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale e di assistenza protesica (c. 350)	€ 100	€ 183	€ 183
Farmacia dei servizi (c. 352)	€ 50	€ 50	€ 50
Indennità del personale del SSN			
Dirigenza medica e veterinaria (c. 357)	€ 85	€ 85	€ 85
Infermieri (c. 358)	€ 195	€ 195	€ 195
Dirigenza sanitaria non medica (c. 359)	€ 8	€ 8	€ 8
Altre professioni sanitarie e operatori socio-sanitari (c. 360)	€ 58	€ 58	€ 58
Assunzioni personale sanitario (c. 363)	€ 207	€ 328	€ 340
Valorizzazione del personale operante nei servizi di pronto soccorso (c. 366)	N.D.	N.D.	N.D.
Cure palliative (c. 367)	€ 20	€ 20	€ 20
Corsi sperimentali di tecniche di primo soccorso (c. 368)	€ 0,1	€ 0,1	-
Adeguamento piattaforme informatiche INPS (c. 373)	€ 0,2	€ 0,2	€ 0,2
Dematerializzazione della ricetta per l'erogazione dei prodotti per celiaci (c. 385)	€ 2	€ 1	€ 1
Rideterminazione dei tetti della spesa farmaceutica (c. 386)	€ 490	€ 490	€ 490
Misure per il finanziamento dell'Ospedale pediatrico Bambino Gesù (c. 397)	€ 50	€ 50	€ 50
Spesa per l'acquisto di dispositivi medici (c. 399)	€ 280	€ 280	€ 280
Acquisto di prestazioni sanitarie da soggetti privati accreditati (c. 400)	€ 123	€ 123	€ 123
IRCCS pubblici, Ospedali di rilievo nazionale e di alta specializzazione (c. 403)	€ 20	-	-
Servizi di scambio transfrontaliero (c. 405)	€ 1	€ 0,8	€ 0,8
Potenziamento dei servizi di telemedicina (c. 410)	€ 20	-	-
Fondo destinato ai bambini affetti da malattie oncologiche e misure in materia di epilessia farmacoresistente (c. 90)	€ 2	€ 2	€ 2

Dati in milioni
[1]In aggiunta ai € 127 milioni assegnati dalla Legge di Bilancio 2025
[2]In aggiunta ai € 243 milioni per il 2026, € 122 milioni per il 2027 e € 110 milioni per il 2028 assegnati dalla Legge di Bilancio 2025

Tabella 2.3. Misure per la sanità previste dalla Legge di Bilancio 2026

Nel complesso, dalla Manovra 2026 emergono alcune criticità. Innanzitutto, il netto aumento delle risorse si concentra nel 2026: il FSN aumenta di € 6,4 miliardi, ma quasi due terzi derivano da stanziamenti precedenti e sono già allocati per i rinnovi contrattuali del personale sanitario. Per il biennio 2027-2028, invece, gli incrementi sono esigui, senza alcun segnale di rilancio progressivo del finanziamento pubblico, come conferma la riduzione della quota di PIL destinata al FSN. In secondo luogo, le risorse risultano frammentate in numerose misure, senza una visione strategica e secondo una logica che sembra rispondere più all'esigenza politica di contemperare interessi e istanze differenti che alla definizione di chiare priorità; peraltro, un numero così elevato di misure restringe ulteriormente i margini di bilancio delle Regioni. Infine, la Manovra non prevede interventi strutturali per restituire attrattività alla carriera dei professionisti nel SSN: gli incrementi contrattuali sono limitati; le misure per le assunzioni degli infermieri si scontrano con la grave carenza di professionisti disponibili, se non tramite reclutamenti dall'estero; il ricorso alle prestazioni aggiuntive, pur sostenuto dalla defiscalizzazione, appare difficilmente sostenibile in un contesto di *burnout* diffuso.

L'acceso dibattito politico sulle risorse assegnate alla sanità nel periodo 2023-2026 dipende in larga misura dall'indicatore utilizzato nella comunicazione pubblica. Da un lato, va indubbiamente riconosciuto all'Esecutivo di aver aumentato il FSN nominale di ben € 17,5 miliardi, un incremento mai registrato nell'arco di quattro anni sotto alcun Governo. Dall'altro, la riduzione del rapporto FSN/PIL dal 6,27% del 2022 a valori intorno al 6% negli anni successivi – con l'unica eccezione del 6,14% del 2026 – ha determinato complessivamente ben € 18,8 miliardi di minori risorse per la sanità rispetto a quelle che sarebbero state disponibili mantenendo invariata la quota del 2022 (figura 2.10).

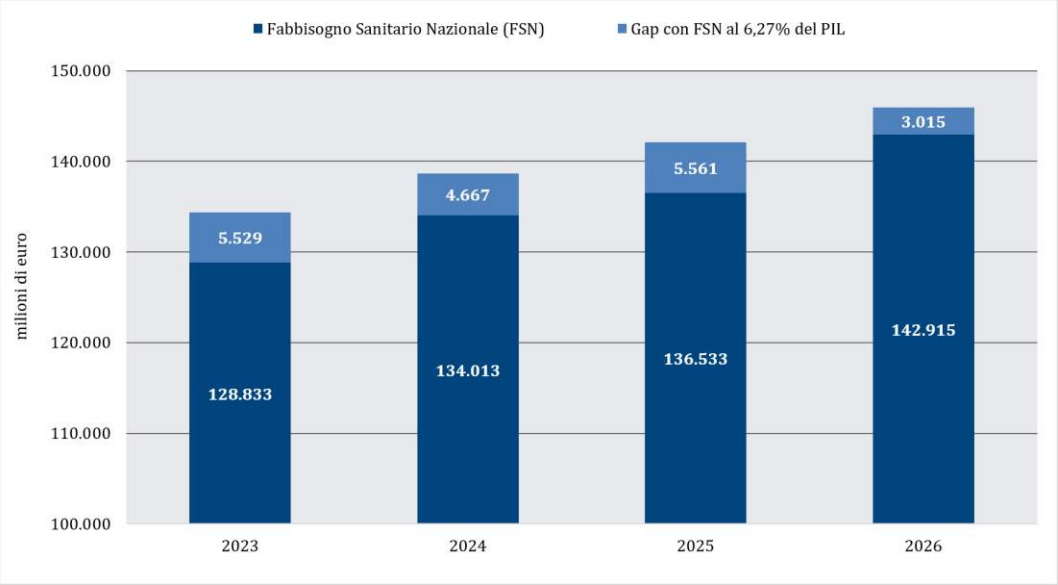


Figura 2.10. Fabbisogno Sanitario Nazionale: FSN effettivo vs FSN al 6,27% del PIL
(elaborazione GIMBE: dati PIL anni 2010-2025 ISTAT a prezzi correnti, anno 2026 stima DPFP 2026)

In altri termini, cambiando "unità di misura" emergono i tagli invisibili del quadriennio 2023-2026: infatti, se il rapporto FSN/PIL fosse rimasto al 6,27% del 2022, nel periodo 2023-2026 il FSN sarebbe cresciuto di ben € 36,3 miliardi, anziché dei € 17,5 miliardi effettivamente stanziati. Questo caso concreto dimostra che, per valutare l'effettivo impegno dei Governi nel finanziamento della sanità pubblica, è necessario affiancare sempre ai valori nominali le variazioni della sua incidenza sul PIL, indicatore più appropriato per misurare il "peso" attribuito alla sanità pubblica nelle scelte allocative del Paese.

2.3. Gli scenari futuri: 2027-2029

Gli scenari futuri sul finanziamento della sanità pubblica devono essere inquadrati nel più ampio percorso di programmazione economico-finanziaria definito dalle nuove regole europee di governance. Il Piano Strutturale di Bilancio di Medio Termine (PSBMT) 2025-2029 delinea la traiettoria pluriennale della finanza pubblica e individua tra le priorità il potenziamento del SSN (box 2.1), con particolare riferimento all'assistenza territoriale, alla digitalizzazione, alla ricerca e alla formazione del personale. Il Documento di Finanza Pubblica (DFP) 2026, approvato il 22 aprile 2026, ha aggiornato le previsioni tendenziali e rendicontato i progressi nell'attuazione del Piano Strutturale di Bilancio. Il 2 ottobre 2026 è stato pubblicato il Documento Programmatico di Finanza Pubblica (DPFP) 2026 – propedeutico alla Legge di Bilancio 2027 – che ha aggiornato il quadro macroeconomico e di finanza pubblica e definito gli indirizzi di politica economica per il triennio 2027-2029. Nel loro insieme, questi documenti consentono di delineare, sulla base delle informazioni oggi disponibili, l'evoluzione attesa delle risorse destinate alla sanità pubblica nel periodo 2027-2029.

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

Introdotto dalla riforma della governance economica europea, il Piano Strutturale di Bilancio di medio termine (PSBMT) è il documento di programmazione che definisce la strategia economica e di bilancio su un orizzonte quinquennale, indicando il percorso della spesa netta e gli impegni in materia di riforme e investimenti. Il PSBMT 2025-2029, approvato dal Consiglio dei Ministri il 27 settembre 2024, costituisce il quadro programmatico di riferimento per l'intero periodo considerato.

Per la sanità, il PSBMT conferma l'obiettivo di sostenere la spesa sanitaria, prevedendone una crescita superiore a quella dell'aggregato di spesa netta, e individua tra le priorità il potenziamento dell'assistenza territoriale, la digitalizzazione, la ricerca e la formazione del personale. Il documento prevedeva una crescita della spesa sanitaria da € 131.119 milioni nel 2023 a € 147.506 milioni nel 2027, con un'incidenza sul PIL sostanzialmente stabile: dal 6,2% del 2023 al 6,3% nel biennio 2024-2025, per poi tornare al 6,2% nel 2026-2027.

Le previsioni formulate dal PSBMT devono tuttavia essere considerate alla luce dei successivi documenti di finanza pubblica (DFP e DPFP), che hanno progressivamente aggiornato il quadro macroeconomico e le stime della spesa sanitaria.

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 di 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.

2.3.2. Documento di Finanza Pubblica 2026

Il Documento di Finanza Pubblica (DFP) è il principale documento di programmazione economica e di finanza pubblica del Governo, che aggiorna il quadro macroeconomico nel contesto della nuova governance europea e definisce gli indirizzi per la politica di bilancio.

Il DFP 2026, approvato dal Consiglio dei Ministri il 22 aprile 2026[65], è incentrato sulla verifica dei risultati conseguiti nell'attuazione del PSBMT 2025-2029. Il documento riporta il consuntivo 2025 e le stime per gli anni 2026-2029 (tabella 2.4).

	2025	2026	2027	2028	2029
Spesa sanitaria (milioni di €)	141.539	148.522	151.222	155.059	159.443
Spesa sanitaria (% PIL)	6,3%	6,4%	6,4%	6,4%	6,4%
Tasso di variazione in %	2,5%	4,9%	1,8%	2,5%	2,8%

Tabella 2.4. DFP 2026: consuntivo 2025 e stime 2026-2029

Consuntivo 2025. Per l'anno 2025 il DFP 2026 certifica un rapporto spesa sanitaria/PIL pari al 6,3%, invariato rispetto al 2024, confermando la stabilità della quota di ricchezza prodotta dal Paese destinata alla spesa sanitaria. In valore assoluto, nel 2025 la spesa sanitaria ammonta a € 141.539 milioni, con una crescita del 2,5% rispetto ai € 138.061 milioni del 2024. L'incremento di € 3.478 milioni tra il 2024 e il 2025 risulta nettamente inferiore alle previsioni dello scorso ottobre: il DPFP 2025, aggiornando le previsioni del DFP 2025, stimava infatti una spesa sanitaria di € 144.021 milioni, quasi € 2,5 miliardi in più rispetto al consuntivo 2025.

Previsionale per l'anno 2026 e per gli anni 2027-2029. Per il 2026 il DFP stima un rapporto tra spesa sanitaria e PIL pari al 6,4%, in lieve aumento rispetto al 6,3% del 2025. In valore assoluto, la spesa sanitaria prevista è di € 148.522 milioni, con un incremento di € 6.983 milioni (+4,9%) rispetto all'anno precedente. Nel triennio 2027-2029 il rapporto spesa sanitaria/PIL rimane stabile al 6,4%. In valore assoluto, la spesa sanitaria prevista sale a € 151.222 milioni nel 2027 (+1,8% rispetto al 2026), a € 155.059 milioni nel 2028 (+2,5% rispetto al 2027) e a € 159.443 milioni nel 2029 (+2,8% rispetto al 2028).

[65] Ministero dell'Economia e delle Finanze. Documento di Finanza Pubblica. Sezione II. Analisi e tendenze della finanza pubblica. Roma, 22 aprile 2026. Disponibile a: www.mef.gov.it/focus/Documento-di-finanza-pubblica-2026/. Ultimo accesso: 30 settembre 2026.

2.3.3. Documento Programmatico di Finanza Pubblica 2026

Il Documento Programmatico di Finanza Pubblica (DPFP) costituisce l'atto propedeutico alla presentazione della Manovra. Il DPFP 2026, deliberato dal Consiglio dei Ministri il 2 ottobre 2026[66], consolida il consuntivo 2025 del DFP 2026 e aggiorna le stime per gli anni 2026-2029 (tabella 2.5).

	2025	2026	2027	2028	2029
Spesa sanitaria (milioni di €)	141.539	148.836	151.668	155.647	160.035
Spesa sanitaria (% PIL)	6,2%	6,4%	6,3%	6,3%	6,3%
Tasso di variazione in %	—	5,2%	1,9%	2,6%	2,8%

Tabella 2.5. DPFP 2026: consuntivo 2025 e stime 2026-2029

Consuntivo 2025. Per l'anno 2025 il DPFP 2026 conferma la spesa sanitaria di € 141.539 milioni già consuntivata dal DFP 2026, riducendo il rapporto spesa sanitaria/PIL dal 6,3% al 6,2%.

Previsionale per il 2026 e per il triennio 2027-2029. Per il 2026 il DPFP stima una spesa sanitaria di € 148.836 milioni, in aumento di € 7.297 milioni (+5,2%) rispetto al 2025, e un rapporto spesa sanitaria/PIL pari al 6,4%. Nel triennio 2027-2029 tale rapporto rimane stabile al 6,3%. In valore assoluto, la spesa sanitaria prevista sale a € 151.668 milioni nel 2027 (+1,9% rispetto al 2026), a € 155.647 milioni nel 2028 (+2,6% rispetto al 2027) e a € 160.035 milioni nel 2029 (+2,8% rispetto al 2028).

La figura 2.11 riporta l'andamento della spesa sanitaria pubblica in valore assoluto e in percentuale del PIL, sulla base dei dati consuntivi ISTAT[67] per gli anni 2010-2025 e delle previsioni DPFP 2026 per il periodo 2026-2029.

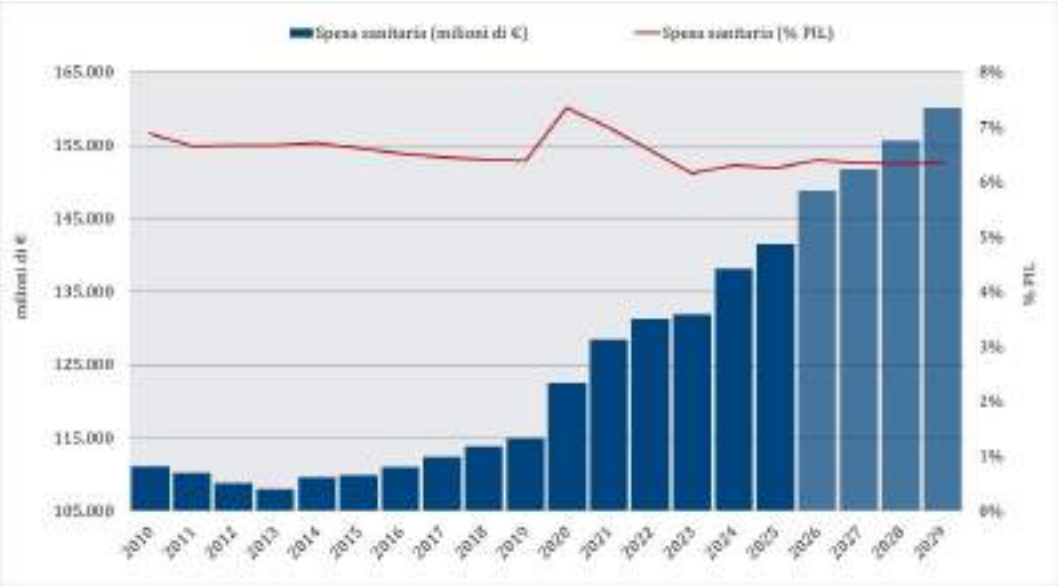


Figura 2.11. Spesa sanitaria pubblica in Italia in termini assoluti e percentuale del PIL
(Dati 2010-2025 elaborazione GIMBE; 2026-2029 da DPFP 2026)

[66] Ministero dell'Economia e delle Finanze. Documento programmatico di finanza pubblica 2026. Roma, 2 ottobre 2026. Disponibile a: www.mef.gov.it/export/sites/MEF/inevidenza/2026/article_00390/DPFP26.pdf. Ultimo accesso: 2 ottobre 2026.

[67] Istituto Nazionale di Statistica. IstatData. Conti nazionali. Sistema dei conti della sanità. Edizione maggio 2026. Disponibile a: https://esploradati.istat.it/databrowser/#/it/dw/categories/IT1,DATAWAREHOUSE,1.0/UP_ACC_HEALTH. Ultimo accesso: 30 settembre 2026.

Analizzando l'intero trend 2010-2029, la spesa sanitaria in rapporto al PIL si riduce dal 6,88% del 2010 al 6,25% del 2025, mentre per il 2026 è prevista in aumento al 6,4%. Fanno eccezione gli anni della pandemia: nel 2020 il rapporto raggiunge il 7,35%, per effetto dell'aumento straordinario della spesa sanitaria e, soprattutto, della forte contrazione del PIL, mentre nel 2021 si attesta al 6,98%. Per il periodo 2027-2029 il DPFP 2026 riduce la quota della spesa sanitaria al 6,3% del PIL. Ulteriori riduzioni non possono essere escluse, alla luce dell'andamento dell'economia nazionale e delle incertezze del contesto internazionale, tra cui dazi, conflitti e aumento della spesa per la difesa e per l'energia.

Divario tra spesa sanitaria e FSN. Dopo il sostanziale riallineamento tra spesa sanitaria corrente e FSN nel periodo 2012-2019, dal 2020 la spesa ha superato nettamente l'entità del finanziamento. Il gap si è ridotto nel 2023, per poi tornare ad aumentare negli anni successivi. Nel periodo 2027-2029 il gap è destinato ad ampliarsi ulteriormente: secondo le stime del DPFP 2026 a fronte di una spesa sanitaria prevista al 6,3% del PIL, la quota di PIL destinata al FSN si riduce progressivamente dal 6,14% del 2026 al 5,78% del 2029 (figura 2.12).

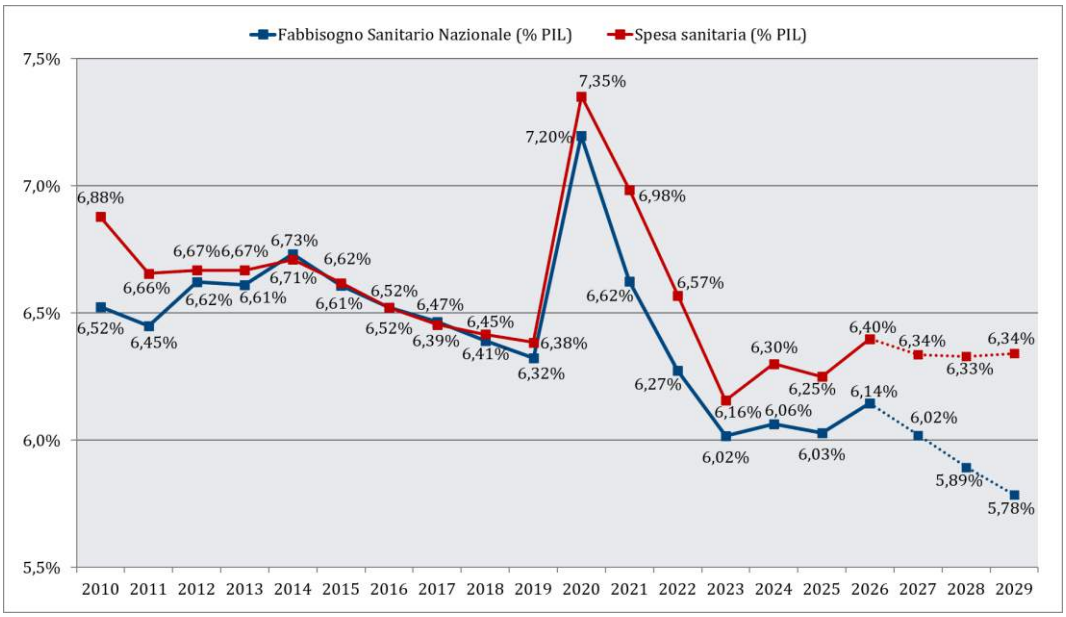


Figura 2.12. Trend 2012-2029 FSN e spesa sanitaria
(Dati 2012-2025 elaborazione GIMBE, dati 2026-2029 da Legge di Bilancio 2026 e DPFP 2026)

Secondo quanto riportato dalla Ragioneria Generale dello Stato (RGS)[68], negli anni 2020-2022 il consistente scostamento tra finanziamento pubblico e spesa sanitaria era imputabile a tre motivazioni: la possibilità di coprire costi correnti con risorse destinate al contrasto della pandemia non utilizzate nell'anno di competenza; l'inclusione nella spesa sanitaria corrente dei costi sostenuti dal Commissario straordinario e 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 coperti da risorse stanziate ad hoc; il pagamento, nel 2022, degli arretrati relativi al rinnovo del contratto del personale non dirigente per il triennio 2019-2021. Esaurito l'effetto di tali determinanti, il persistere e, soprattutto, il progressivo ampliamento del gap tra spesa sanitaria prevista e FSN evidenziano una crescente distanza tra la spesa sanitaria corrente e le risorse destinate al finanziamento ordinario del

[68] Ministero dell'Economia e delle Finanze. Dipartimento della Ragioneria Generale dello Stato. Il monitoraggio della spesa sanitaria. Rapporto n. 12. Roma, novembre 2025. Disponibile a: www.rgs.mef.gov.it/ Documenti/VERSIONE-I/Attivit--i/Spesa-soci/Attivit-monitoraggio-RGS/2025/IMDSS-RS2025.pdf. Ultimo accesso: 30 settembre 2026.

SSN. Si configura così un crescente disallineamento tra i due aggregati, che aumenta la pressione sui bilanci regionali, richiedendo alle Regioni di reperire ulteriori coperture, nonostante la definizione e il finanziamento dei LEA siano in capo allo Stato.

In termini nominali, infatti, il gap tra FSN e spesa sanitaria è passato da circa € 3 miliardi nel 2023 a € 4,3 miliardi nel 2024 – anno in cui la Corte dei Conti ha certificato un disavanzo delle Regioni superiore a € 1,5 miliardi – e a € 5 miliardi nel 2025. Nel 2026 il divario raggiunge € 5,9 miliardi. Secondo le previsioni del DPFP 2026, la forbice è destinata ad ampliarsi ulteriormente: € 7,6 miliardi nel 2027, € 10,7 miliardi nel 2028 e € 14 miliardi nel 2029 (figura 2.13), per un divario cumulativo di € 32,3 miliardi nel triennio 2027-2029.

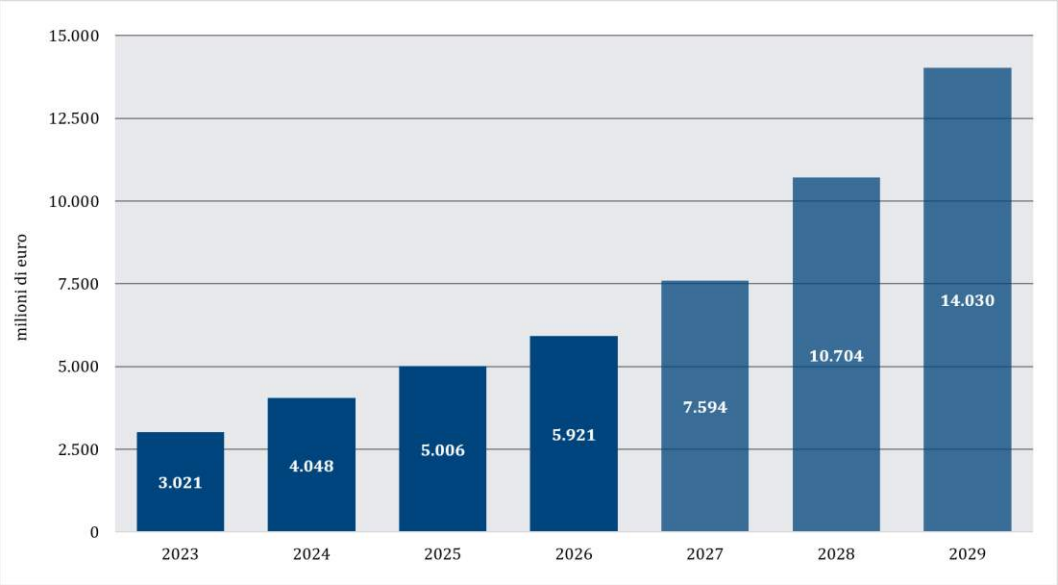


Figura 2.13. Gap 2023-2029 spesa sanitaria e FSN
(Dati 2023-2025 elaborazione GIMBE, 2026-2029 da Legge di Bilancio 2026 e DPFP 2026)

Il crescente divario tra la previsione di spesa sanitaria e l'entità del finanziamento è destinato a esercitare una pressione crescente sui bilanci delle Regioni, ponendo un'incognita rilevante sull'evoluzione dei loro disavanzi[69]. Secondo la RGS[70], nel 2024 il disavanzo complessivo delle Regioni prima delle coperture ha raggiunto € 2.572,6 milioni, il valore più elevato degli ultimi dieci anni, e 16 Regioni hanno registrato un risultato di esercizio negativo. La criticità non riguarda più soltanto le Regioni storicamente caratterizzate da squilibri finanziari, ma anche Regioni come Emilia-Romagna e Toscana che erano sempre riuscite a mantenere l'equilibrio economico garantendo un'elevata qualità dell'assistenza sanitaria[71]. La Corte dei conti rileva

[69] 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 2026.

[70] Ministero dell'Economia e delle Finanze. Dipartimento della Ragioneria Generale dello Stato. Il monitoraggio della spesa sanitaria. Rapporto n. 12. Roma, novembre 2025. Disponibile a: www.rgs.mef.gov.it/_Documenti/VERSIONE-I/Attivit--i/Spesa-soci/Attivit-monitoraggio-RGS/2025/IMDSS-RS2025.pdf. Ultimo accesso: 30 settembre 2026.

[71] 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, 17 aprile 2025. Disponibile a: www.corteconti.it/Download?id=e5a869e5-f4a4-4b44-b88d-3b2b86c6d10f. Ultimo accesso: 30 settembre 2026.

inoltre che € 1.337 milioni del peggioramento complessivo dei risultati ante-coperture nel 2024 sono riconducibili alle Regioni non in Piano di rientro[72].

In assenza di un consistente incremento del FSN, a partire dalla Legge di Bilancio 2027, il progressivo ampliamento della forbice tra spesa sanitaria e finanziamento rischia di aumentare le tensioni sui bilanci regionali. Considerati i limitati margini derivanti dalle entrate proprie del settore sanitario (es. ticket, attività libero professionale intramuraria, payback), le Regioni potrebbero essere costrette a ricorrere in misura crescente alla fiscalità regionale e/o a misure di contenimento della spesa, con il rischio di ridurre l'offerta e la qualità dei servizi, di peggiorare l'accessibilità alle prestazioni e di ampliare le diseguaglianze territoriali.

In questo scenario già molto critico, da un lato l'Italia rimane sottoposta alla procedura di infrazione[73], come confermato dai recenti dati ISTAT che attestano il deficit/PIL al 3,1%[74], con un'inevitabile pressione indiretta sulla spesa sanitaria, che ne limita la crescita e gli spazi finanziari di manovra. Dall'altro, le Regioni, per rafforzare la sostenibilità e l'equità del SSN, chiedono di incrementare il FSN di € 6.818 milioni nel 2027, di ulteriori € 5.454 milioni nel 2028 e di ulteriori € 5.751 milioni nel 2029[75].

2.4. I nuovi orientamenti della Corte Costituzionale

La ricostruzione del finanziamento pubblico del SSN si confronta con una tensione strutturale tra tutela dei diritti e vincoli di bilancio. Per lungo tempo l'impostazione prevalente ha subordinato l'esigibilità delle prestazioni alle risorse disponibili: prima si determinano le risorse da assegnare alla sanità attraverso il FSN, poi si condiziona a tali disponibilità l'erogazione dei LEA. Questo paradigma del "diritto finanziariamente condizionato" è stato progressivamente ridefinito dalla giurisprudenza costituzionale[76].

Questa evoluzione, maturata attraverso numerosi interventi della Corte costituzionale e sistematizzata dalla sentenza n. 195/2024[77], è stata ripercorsa anche dal Procuratore Generale Pio Silvestri nella requisitoria orale per il "Giudizio sul rendiconto generale dello Stato 2024"[78],

---

[72] Corte dei Conti. I quaderni del Rapporto sul Coordinamento della finanza pubblica. Quaderno n. 4. La Sanità in cammino per il cambiamento, 2025. Roma, settembre 2025. Disponibile a: www.corteconti.it/Download?id=6677f13f-bc0b-4295-9193-1dfacfd08c33. Ultimo accesso: 30 settembre 2026.

[73] Corriere della Sera. Ue, Procedura d'infrazione per l'Italia: cosa significa e quali sono le conseguenze (e perché preoccupa il ministro Giorgetti). Milano, 22 settembre 2026. Disponibile a: www.corriere.it/economia/finanza/26_settembre_22/ue-procedura-d-infrazione-per-l-italia-cosa-significa-e-quali-sono-le-conseguenze-e-perche-preoccupa-il-ministro-giorgetti-15baf6c0-a99b-4b67-b67d-48d40459exlk.shtml. Ultimo accesso: 30 settembre 2026.

[74] Istituto Nazionale di Statistica. Sistema dei conti della sanità. Roma, 22 settembre 2026. Disponibile a: www.istat.it/comunicato-stampa/conti-economici-nazionali-anni-2010-2025. Ultimo accesso: 30 settembre 2026.

[75] Manovra. Gli assessori alla sanità chiedono 18 mld in più per i prossimi 3 anni ma i presidenti prendono tempo. Stop ai tetti sul personale, aumenti per medici e infermieri e 1,5 miliardi per farmaci e terapie innovative. Ecco le proposte delle Regioni. Quotidiano sanità, 29 settembre 2026. Disponibile a: www.quotidianosanita.it/governo-e-parlamento/manovra-gli-assessori-alla-sanit-chiedono-18-mld-in-pi-per-i-prossimi-3-anni-ma-i-presidenti-prendono-tempo-stop-ai-tetti-sul-personale-aumenti-per-medici-e-infermieri-e-1-5-miliardi-per-farmaci-e-ter/. Ultimo accesso 30 settembre 2026.

[76] Zocchetti C. Diritto alla salute vs risorse: i nuovi indirizzi della corte costituzionale. Epidemiologia & Prevenzione, Il Blog di Cesare Cislaghi. Disponibile a: https://epiprev.it/blog/come-sta-la-sanita/diritto-alla-salute-vs-risorse-i-nuovi-indirizzi-della-corte-costituzionale. Ultimo accesso: 30 settembre 2026.

[77] 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 2026.

[78] 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 2026.

resa il 26 giugno 2025 dinanzi alle Sezioni Riunite in sede di controllo della Corte dei Conti. In quella sede, il Procuratore Generale ha richiamato il valore universalistico del SSN e ricostruito l'evoluzione della giurisprudenza sul rapporto tra risorse disponibili e tutela dei diritti.

In precedenti pronunce relative al contenzioso tra Stato e Regioni[79,80], la Corte costituzionale aveva affermato che la spesa sanitaria deve essere compatibile con la limitatezza delle risorse disponibili nell'ambito della programmazione generale. Dopo la crisi finanziaria del 2008-2010, il diritto alle prestazioni sanitarie è stato quindi qualificato come "diritto finanziariamente condizionato"[81]. Nel medesimo contesto, la legge costituzionale n. 1/2012 ha introdotto il principio dell'equilibrio di bilancio[82].

Un primo rilevante cambio di prospettiva emerge con la sentenza n. 275/2016[83], secondo cui, una volta individuato normativamente il nucleo minimo di garanzie necessarie a rendere effettivo un diritto fondamentale, la sua erogazione non può essere condizionata in termini assoluti e generali dalle disponibilità finanziarie. La Corte afferma così che sono i diritti incomprimibili a incidere sul bilancio, e non l'equilibrio di bilancio a condizionarne la doverosa erogazione.

Con la sentenza n. 169/2017[84], la Corte costituzionale ha applicato questo principio alla sanità, distinguendo la spesa destinata alla tutela della salute – unico diritto espressamente qualificato come "fondamentale" dall'art. 32 della Costituzione – dalle altre spese non costituzionalmente necessarie. La pronuncia ha escluso la possibilità di comprimere l'erogazione dei LEA attraverso riduzioni indifferenziate della spesa pubblica.

L'orientamento è stato successivamente precisato dalla sentenza n. 103/2018[85], secondo cui le misure di contenimento della spesa sanitaria devono avere carattere temporaneo, e dalla sentenza n. 233/2022[86], che ha ribadito la priorità della spesa costituzionalmente necessaria rispetto alla spesa e alla gestione ordinaria.

Con la sentenza n. 195/2024, la Corte ha sistematizzato questo percorso, riconoscendo alle spese destinate alla tutela della salute una "preferenza qualitativa" in quanto costituzionalmente necessarie. In un contesto di risorse scarse, le esigenze di contenimento della spesa pubblica devono quindi incidere prioritariamente sulle spese indistinte, non su quelle funzionali a garantire il diritto fondamentale alla tutela della salute. Ne consegue che tale diritto non può essere sacrificato fintanto che il decisore politico dispone di risorse destinabili ad altri impieghi che non rivestono la medesima priorità.

---

[79] Corte Costituzionale, sentenza 18 marzo 2005, n. 111. Disponibile a: www.cortecostituzionale.it/actionSchedaPronuncia.do?param_ecli=ECLI:IT:COST:2005:111. Ultimo accesso: 30 settembre 2026.

[80] Corte Costituzionale, sentenza 29 aprile 2010, n. 149. Disponibile a: www.cortecostituzionale.it/actionSchedaPronuncia.do?anno=2010&numero=149. Ultimo accesso: 30 settembre 2026.

[81] Corte Costituzionale, sentenza n. 248 del 2011. Disponibile a: www.cortecostituzionale.it/actionSchedaPronuncia.do?anno=2011&numero=248. Ultimo accesso: 30 settembre 2026.

[82] Legge Costituzionale n. 1 del 2012. Disponibile a: www.rgs.mef.gov.it/_Documenti/VERSIONE-I/Selezione_normativa/LeggiCostituzionali/LC-20-04-2012.pdf. Ultimo accesso: 30 settembre 2026.

[83] Corte Costituzionale, pronuncia n. 275 del 2016. Disponibile a: www.cortecostituzionale.it/actionSchedaPronuncia.do?anno=2016&numero=275. Ultimo accesso: 30 settembre 2026.

[84] Corte Costituzionale, sentenza 21 marzo 2017, n. 169. Disponibile a: www.cortecostituzionale.it/actionSchedaPronuncia.do?anno=2017&numero=169. Ultimo accesso: 30 settembre 2026.

[85] Corte Costituzionale, sentenza 6 marzo 2018, n. 103. Disponibile a: www.cortecostituzionale.it/actionSchedaPronuncia.do?anno=2018&numero=103. Ultimo accesso: 30 settembre 2026.

[86] Corte Costituzionale, sentenza 5 ottobre 2022, n. 233. Disponibile a: www.cortecostituzionale.it/actionSchedaPronuncia.do?anno=2022&numero=233. Ultimo accesso: 30 settembre 2026.

Le pronunce più recenti hanno rafforzato soprattutto il vincolo di destinazione delle risorse sanitarie. Con le sentenze n. 150/2025[87] e n. 174/2025[88], la Corte ha dichiarato illegittime le disposizioni regionali che consentivano di finanziare indistintamente, con risorse del Fondo Sanitario Regionale, attività delle Agenzie regionali per la protezione dell'ambiente, senza distinguere quelle riconducibili ai LEA da quelle estranee all'assistenza sanitaria. La sentenza n. 4/2026[89] ha ulteriormente chiarito che il cosiddetto "perimetro sanitario" deve garantire trasparenza e integrità delle risorse destinate ai LEA e che tali risorse non possono finanziare spese non sanitarie, anche quando riferite ad attività meritevoli, come iniziative didattiche e formative.

Un ulteriore tassello è rappresentato dalla sentenza n. 26/2026[90] che, nel ribadire la ripartizione delle competenze tra Stato e Regioni, riconduce allo Stato la definizione dei LEA e la determinazione delle risorse necessarie al loro finanziamento e alle Regioni l'organizzazione dei servizi e la relativa erogazione. La Corte precisa inoltre che la configurazione del diritto alla tutela della salute come diritto fondamentale, concretamente definito dai LEA, richiede un finanziamento sufficiente e adeguato a rendere effettive le prestazioni incluse. La pronuncia riconosce, al contempo, che le Regioni possono utilizzare risorse proprie non vincolate per aumentare le tariffe di prestazioni già comprese nei LEA, quando ciò sia necessario a garantirne l'effettiva erogazione, preservando i vincoli di destinazione delle risorse del FSN, in particolare in presenza di Piani di rientro. La sentenza n. 56/2026[91] ha ulteriormente confermato il divieto di utilizzare risorse del Fondo Sanitario Regionale per finalità non riconducibili ai LEA.

Nel complesso, l'evoluzione giurisprudenziale dal "diritto finanziariamente condizionato" alla "spesa costituzionalmente necessaria" non elimina i vincoli di bilancio né legittima una spesa sanitaria priva di limiti. Impone, tuttavia, una gerarchia nelle scelte allocative: i LEA devono essere correttamente individuati e finanziati in misura sufficiente; le risorse destinate alla loro erogazione devono essere chiaramente perimetrate e non possono essere distratte verso finalità diverse; eventuali esigenze di contenimento della spesa devono incidere prioritariamente sulle spese non costituzionalmente necessarie. In questa prospettiva, l'equilibrio dei conti e la tutela della salute non sono obiettivi alternativi: la sostenibilità finanziaria deve essere perseguita senza compromettere il nucleo essenziale del diritto e l'effettiva esigibilità dei LEA. Come ricordato dal Procuratore Generale Silvestri, il diritto alla tutela della salute «*rimane centrale per definire il parametro di civiltà di un Paese*».

---

[87] Corte Costituzionale. Sentenza n. 150/2025, 16 ottobre 2025. Disponibile a: www.cortecostituzionale.it/scheda-pronuncia/2025/150. Ultimo accesso: 30 settembre 2026.

[88] Corte Costituzionale. Sentenza n. 174/2025, 28 novembre 2025. Disponibile a: www.cortecostituzionale.it/scheda-pronuncia/2025/174. Ultimo accesso: 30 settembre 2026.

[89] Corte Costituzionale. Sentenza n. 4/2026, 22 gennaio 2026. Disponibile a: www.cortecostituzionale.it/scheda-pronuncia/2026/4. Ultimo accesso: 30 settembre 2026.

[90] Corte Costituzionale. Sentenza n. 26/2026, 9 marzo 2026. Disponibile a: www.cortecostituzionale.it/scheda-pronuncia/2026/26. Ultimo accesso: 30 settembre 2026.

[91] Corte Costituzionale. Sentenza n. 56/2026, 27 aprile 2026. Disponibile a: www.cortecostituzionale.it/scheda-pronuncia/2026/56. Ultimo accesso: 30 settembre 2026.

2.5. Considerazioni conclusive

Nel complesso, l'aumento del FSN nominale non si è tradotto in un rafforzamento strutturale della capacità di finanziamento del SSN: nel 2026, al netto dell'inflazione, le risorse hanno lo stesso potere d'acquisto del 2010 e, nel periodo post-pandemico, il rapporto FSN/PIL rimane inferiore ai livelli del 2019 e del 2022.

Alla luce dell'evoluzione giurisprudenziale dal "diritto finanziariamente condizionato" alla "spesa costituzionalmente necessaria", il dibattito sul (de)finanziamento della sanità non può 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 incrementare progressivamente il FSN e avviare contestualmente riforme strutturali, anche impopolari, accompagnando le maggiori risorse con misure di appropriatezza, efficienza e accountability. A tal fine, il Piano di Rilancio del SSN elaborato dalla Fondazione GIMBE (§ 10) include, tra le azioni, quella di "*aumentare progressivamente il finanziamento pubblico e renderlo coerente con i bisogni di salute e le riforme del SSN*".

L'obiettivo è restituire forza e dignità al SSN e garantire il diritto costituzionale alla tutela della salute a tutte le persone, indipendentemente dalla loro capacità di spesa e dal luogo di residenza. In questa cornice, il finanziamento pubblico dei LEA non può essere trattato come una variabile residuale della finanza pubblica: deve essere programmato in coerenza con i bisogni di salute e tradotto in servizi effettivamente accessibili. La crisi del SSN, infatti, non è solo un problema di risorse, ma senza risorse adeguate – da destinare anzitutto al personale sanitario e all'erogazione uniforme dei LEA – il diritto alla tutela della salute rischia di diventare sempre meno esigibile, soprattutto per le fasce più fragili della popolazione e per gli indigenti ai quali 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, necessarie a garantire l'uniforme erogazione dei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA) su tutto il territorio nazionale. Il FSN viene ripartito secondo criteri tecnico-normativi tra le Regioni, responsabili dell'erogazione di servizi e prestazioni sanitarie, nell'ambito delle autonomie riconosciute 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 un'efficiente allocazione delle risorse. Tuttavia, dal 2000 alla riforma del 2011 l'evoluzione dei coefficienti di riparto è stata spesso condizionata da logiche di natura politica, finalizzate a raggiungere un compromesso in sede di Conferenza Stato-Regioni. In tale contesto, i criteri sono stati 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 volte[92] (tabella 3.1).

Anni	Quota pro-capite	Struttura anagrafica	Mortalità	Deprivazione socio-economica
2000-2004	16,7%	77,9%	5%	0,4%
2005	29,4%	67,9%	2,5%	0,2%
2006-2012	65%	35%	-	-
2013-2022	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

[92] 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 2026.

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 contempo 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 ripianati eventuali disavanzi, il sistema ha di fatto continuato 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 parametri di programmazione nazionale per monitorare l'equità del finanziamento e l'allocazione della spesa regionale[93].

Questi criteri definiscono il FSN standard di ciascuna Regione, ma non costituiscono un vincolo rigido di spesa, in quanto le percentuali 5%-51%-44% rappresentano solo un parametro di riferimento per monitorare l'equilibrio della programmazione. Le Regioni ricevono infatti una quota indistinta di risorse che possono allocare tra prevenzione, territorio e ospedale con una certa autonomia, fatta eccezione per le risorse vincolate a specifici obiettivi. Tuttavia, scostamenti significativi dalle percentuali standard (es. minore spesa per la prevenzione o maggiore spesa ospedaliera) rappresentano elementi di criticità rilevati nell'ambito delle verifiche 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, finalizzato al progressivo riallineamento dei costi regionali ai valori standard delle Regioni benchmark. Questo percorso si integra con i Piani di rientro attivati nelle Regioni in disavanzo sanitario: quando i disavanzi superano determinate soglie (5% del finanziamento), le Regioni sono tenute ad adottare programmi operativi di risanamento, con l'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 si inseriscono in un più ampio sistema di accountability regionale che, da un lato, distribuisce le risorse sulla base dei fabbisogni standard e, dall'altro, vincola le Regioni al rispetto dell'equilibrio di bilancio e dell'adempimento ai LEA, prevedendo interventi correttivi in caso di mancato rispetto.

I nuovi criteri di riparto. 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 maggiormente conto dell'impatto delle caratteristiche demografiche e sociali sui consumi sanitari. In dettaglio, la quota indistinta del FSN viene così ripartita:

[93] Parlamento Italiano. Temi dell'attività Parlamentare: il federalismo sanitario. Disponibile a: https://leg16.camera.it/561?appro=734#paragrafo3923. Ultimo accesso: 30 settembre 2026.

- 98,5% sulla base della popolazione residente, in parte ponderata 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 vengono inoltre esplicitate le ragioni, riconducibili principalmente alle carenze dei sistemi informativi, per cui non sono ancora stati adottati gli ulteriori pesi previsti dalla L. 662/1996 (indicatori epidemiologici territoriali), né si è tenuto conto del percorso di miglioramento degli standard di qualità, rinviandone la definizione a un successivo decreto.

Riparto tra i macro-livelli di assistenza. 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 le 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]	11,74%	Tetto imposto sul fabbisogno complessivo comprensivo delle somme vincolate	Sì
		Specialistica	13,30%	Popolazione pesata	Sì, tessera sanitaria
		Territoriale	18,96%	Popolazione non pesata	No
Ospedaliera	44%	-		50% popolazione non pesata 50% popolazione pesata	Sì, anagrafica SDO

[a] Nel Nuovo Sistema Informativo Sanitario (NSIS) – [b] Del fabbisogno indistinto

Tabella 3.2. Criteri di riparto per livello di assistenza (anno 2025)

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.

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, sulla base dei volumi di prestazioni registrati dal Sistema Tessera Sanitaria, mentre per gli 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'11,74% del FSN indistinto[94]. 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 l'incidenza della quota pesata dal 40% al 35,3% e di quella non pesata dal 60% al 53%.

Impatto dei nuovi criteri di riparto. La revisione dei criteri di riparto ha prodotto, almeno in parte, effetti redistributivi del FSN nella direzione attesa, favorendo tutte le Regioni del Mezzogiorno che hanno recuperato parte delle risorse non ripartite con i criteri precedenti a causa della composizione demografica più giovane della popolazione residente. Infatti, nel 2023, rispetto al 2022, tutte le Regioni del Mezzogiorno hanno registrato un incremento del FSN pro-capite superiore alla media nazionale di € 71: da € 80 della Campania a € 101 della Sardegna[95]. Secondo l'Ufficio Parlamentare di Bilancio[96], l'impatto maggiore è riconducibile al criterio della deprivazione, mentre quello della mortalità determina una redistribuzione più contenuta della quota indistinta del FSN. 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, secondo cui lo stato di salute e i bisogni sanitari dipendono non solo dall'età, ma anche dalle condizioni socio-economiche. In ogni caso, anche dopo la recente revisione, i criteri di riparto continuano a penalizzare numerose Regioni del Sud, dove persistono carenze nell'erogazione di servizi e, nella maggior parte dei casi, Piani di rientro o commissariamenti, associati a peggiori indicatori di salute e maggiori difficoltà di accesso ai servizi.

3.2. Riparto del FSN 2025

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 2025 il finanziamento del SSN ha raggiunto € 135.576 milioni così suddivisi (figura 3.1):

[94] Conferenza delle Regioni e delle Province autonome. Intesa, ai sensi dell'articolo 115, comma 1, lettera a), del decreto legislativo 31 marzo 1998, n. 112, sulla proposta del Ministro della salute di deliberazione per il CIPESS, concernente il riparto, tra le regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano, del fabbisogno sanitario e delle disponibilità finanziarie per il Servizio sanitario nazionale nell'anno 2025. Nota. Roma, 29 dicembre 2025. Disponibile a: www.regioni.it/download/conferenze/663244/. Ultimo accesso: 30 settembre 2026.

[95] Fondazione GIMBE. 8° Rapporto GIMBE sul Servizio Sanitario Nazionale. Bologna, ottobre 2025. Disponibile a: www.salviamo-ssn.it/attivita/rapporto/8-rapporto-gimbe.it-IT.html. Ultimo accesso: 30 settembre 2026.

[96] 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 2026.

- **Fabbisogno indistinto**: € 130.741 milioni (96,4%), finalizzati a garantire i LEA.
- **Finanziamenti vincolati:** € 4.493 milioni, di cui:
  - € 3.350 milioni in favore delle Regioni, di cui:
    - € 2.509 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);
    - € 841 milioni già ripartiti alle Regioni con DM per potenziare l'assistenza territoriale;
  - € 1.143 milioni vincolati in favore di altri enti tra cui € 783 milioni destinati alle Università per la remunerazione dei medici in formazione specialistica e € 286 milioni per il funzionamento degli Istituti Zooprofilattici.
- **Quota premiale:** € 341 milioni accantonati e utilizzati per compensare eventuali squilibri o penalizzazioni derivanti dagli altri meccanismi di riparto.

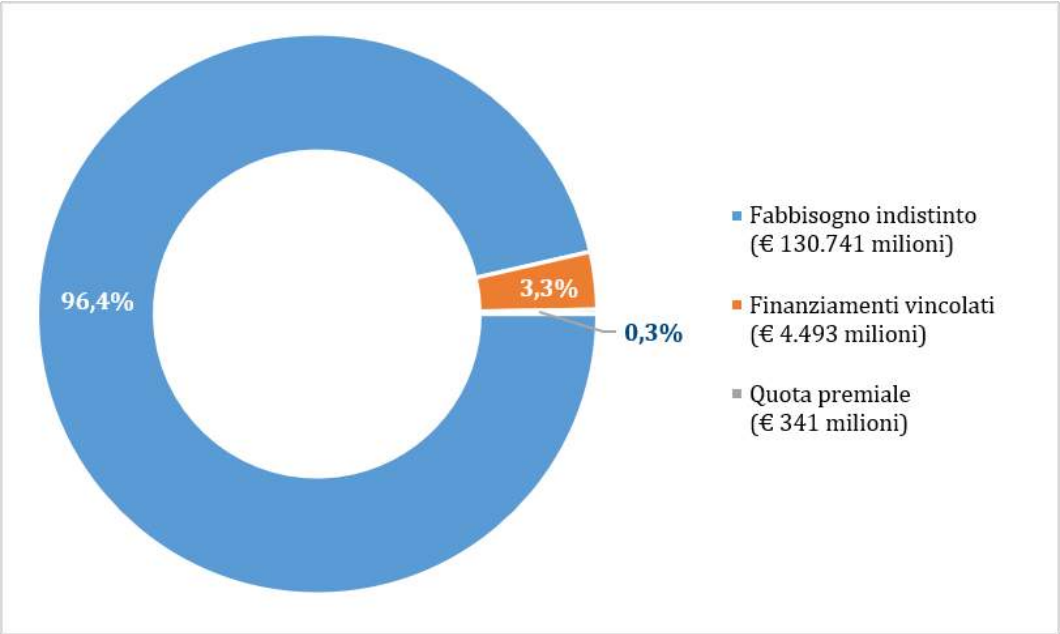


Figura 3.1. Composizione del FSN 2025
(elaborazione GIMBE su dati Conferenza Stato-Regioni/CIPESS)

Da rilevare che il fabbisogno complessivo 2025 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 2025, sancita il 29 dicembre 2025, ha approvato la distribuzione tra le Regioni di € 130,7 miliardi del FSN indistinto, nonché la ripartizione delle quote vincolate agli obiettivi di piano e ad altre finalità nazionali. Successivamente, la Delibera CIPESS n. 4/2026, approvata il 29 gennaio 2026 e pubblicata in G.U. n. 87 del 15 aprile 2026, 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 2025 il Molise (€ 2.319) è la Regione che riceve più risorse, seguita dalla Valle d'Aosta (€ 2.296), Liguria (€ 2.295) e Sardegna (€ 2.279), tutte Regioni – Valle d'Aosta esclusa – che condividono un indice di vecchiaia particolarmente elevato (figura 3.2).

Al contrario, escludendo le Province autonome, le Regioni più popolose ricevono quote pro-capite inferiori alla media nazionale: Campania (€ 2.173), Lombardia (€ 2.193), Lazio (€ 2.201) e Sicilia (€ 2.205), mentre Veneto (€ 2.219) ed Emilia-Romagna (€ 2.218) si attestano sostanzialmente sulla media nazionale. Il dato della Campania è emblematico: la Regione più "giovane" d'Italia riceve la quota pro-capite più bassa – superiore solo a quella della Provincia autonoma di Bolzano (€ 2.143) – nonostante i noti fabbisogni sanitari (es. bassa speranza di vita alla nascita). In un'ottica di equità sanitaria, questa discrepanza solleva rilevanti interrogativi: pur presentando un minor fabbisogno atteso in relazione all'età, la Campania è gravata da determinanti socio-economiche sfavorevoli (povertà, deprivazione) che incidono ancora in misura limitata nell'attuale algoritmo di riparto e si associano a peggiori outcome di salute (es. speranza di vita di quasi 3 anni più bassa rispetto alla Provincia autonoma di Trento[97]). Questo disallineamento tra fabbisogno standard e bisogni reali rimane una delle principali criticità dell'attuale modello di riparto, anche dopo l'ultima modifica.

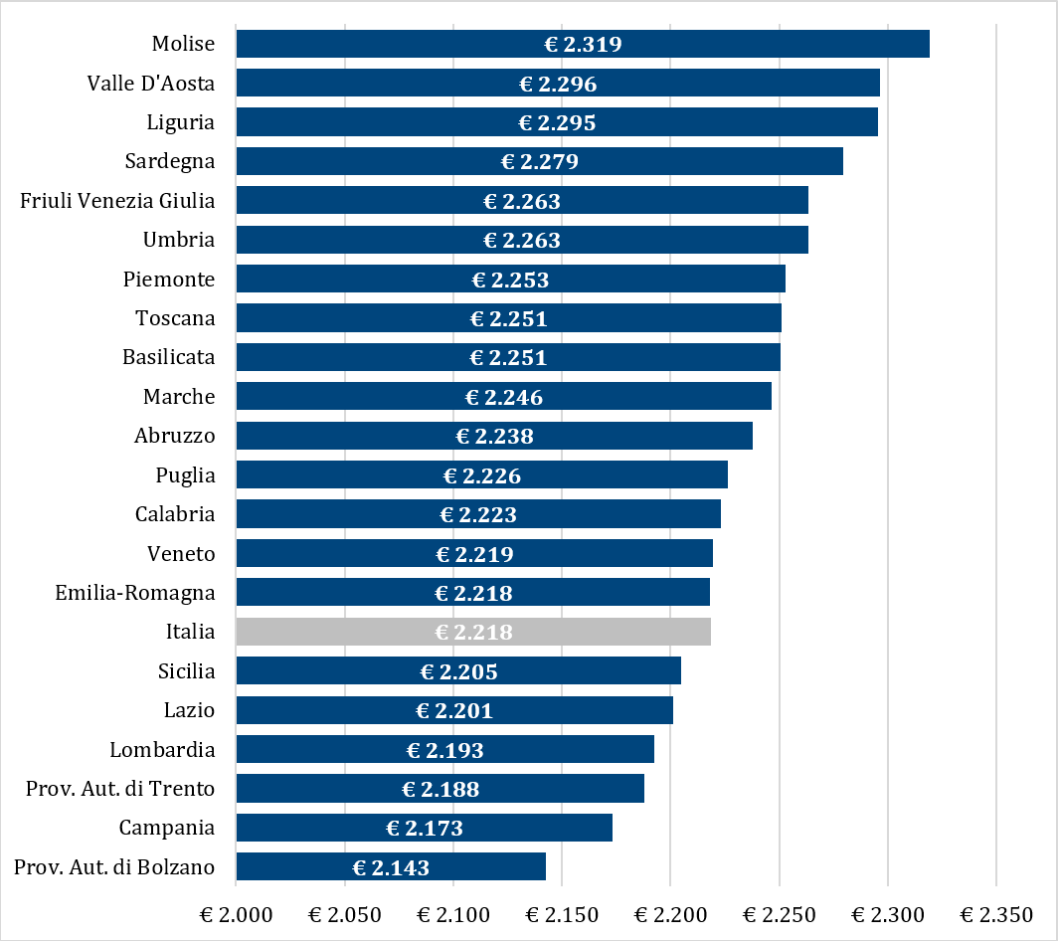


Figura 3.2. Finanziamento pro-capite FSN indistinto 2025 per Regione
(elaborazione GIMBE su dati Delibera CIPESS n. 4/2026)

Rispetto alla quota di riparto media pro-capite nazionale (€ 2.218) si evidenzia un gap rilevante: dai +€ 100,79 del Molise ai -€ 75,90 della Provincia autonoma di Bolzano (figura 3.3).

[97] 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_INDDEMOG1/IT1,22_293_DF_DCIS_INDDEMOG1_1,1.0. Ultimo accesso: 30 settembre 2026.

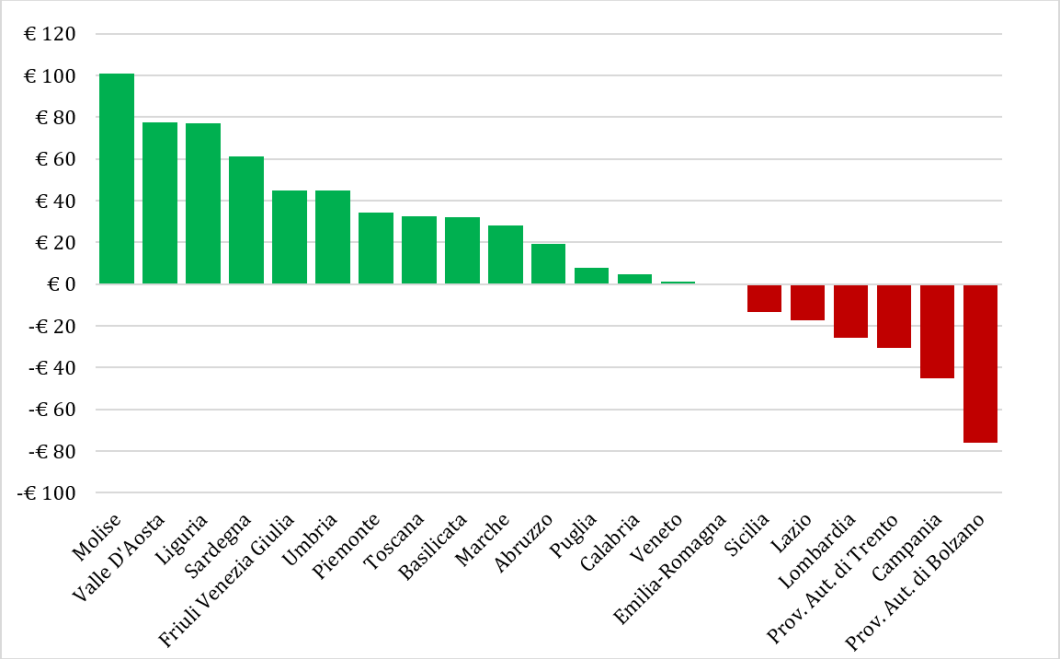


Figura 3.3. Finanziamento indistinto dei LEA (ante mobilità): gap pro-capite rispetto al valore medio nazionale
(elaborazione GIMBE su dati Delibera CIPESS n. 4/2026)

Infine, parametrando il dato alla popolazione residente ISTAT al 1° gennaio 2025 è stato calcolato il maggiore o minore finanziamento delle Regioni rispetto alla media nazionale: dai +€ 146,4 milioni del Piemonte ai -€ 249,5 milioni della Campania e ai -€ 257,7 milioni della Lombardia (figura 3.4).

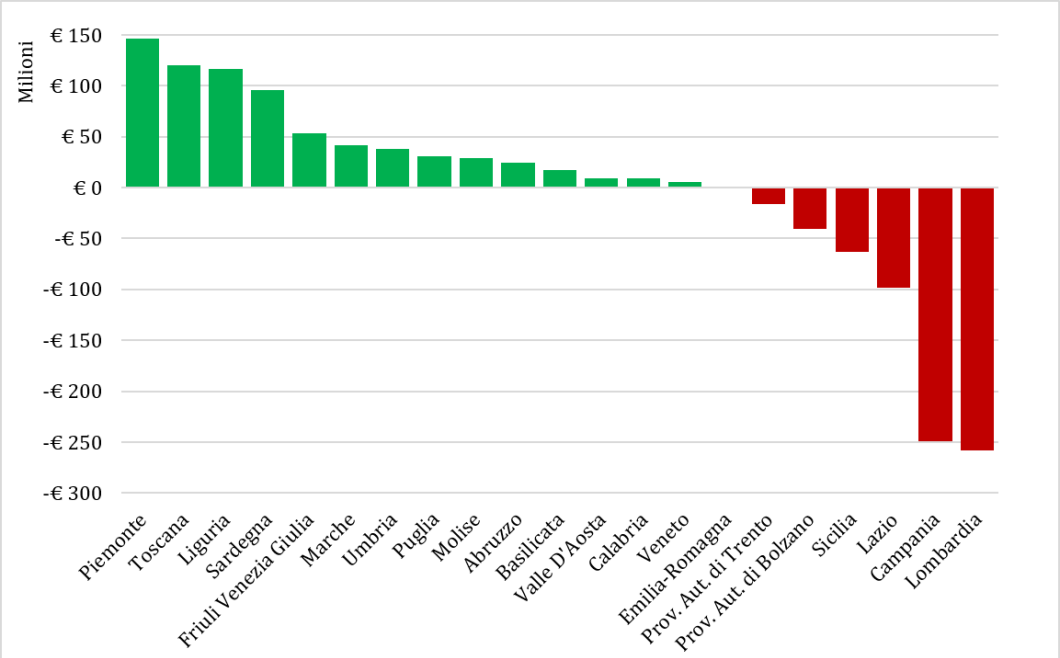


Figura 3.4. Finanziamento indistinto dei LEA (ante mobilità): gap totale rispetto al valore medio nazionale
(elaborazione GIMBE su dati Delibera CIPESS n. 4/2026)

Sempre il 29 dicembre 2025 la Conferenza Stato-Regioni ha sancito l'intesa sullo schema di decreto del Ministro della salute, di concerto con il Ministro dell'economia e delle finanze, per la ripartizione delle forme premiali per l'anno 2025[98] (tabella 3.3).

Regioni	Quota pro-capite	Importo totale
Liguria	€ 57,63	€ 87.131.714
Umbria	€ 35,35	€ 30.070.579
Campania	€ 14,53	€ 80.932.906
Basilicata	€ 14,40	€ 7.563.633
Abruzzo	€ 4,97	€ 6.301.590
Lombardia	€ 4,83	€ 48.581.047
Marche	€ 4,31	€ 6.383.326
Calabria	€ 3,56	€ 6.514.654
Puglia	€ 3,35	€ 12.936.691
Toscana	€ 2,47	€ 9.035.552
Veneto	€ 2,46	€ 11.951.043
Lazio	€ 2,05	€ 11.680.728
Emilia-Romagna	€ 1,90	€ 8.507.630
Piemonte	€ 1,88	€ 7.977.765
Sicilia*	€ 1,21	€ 5.781.452

Le Regioni e le Province Autonome a Statuto speciale sono escluse dal riparto della quota premiale.
* Per la Regione Siciliana si applicano le norme relative alla compartecipazione (art. 1, c. 830, L. 296/2006).

Tabella 3.3. Riparto della quota premiale 2025
(elaborazione GIMBE su intesa della Conferenza Stato-Regioni del 29 dicembre 2025 sullo schema di decreto interministeriale – Rep. atti n. 268/CSR)

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. Una novità è stata introdotta dalla Conferenza delle Regioni che, nella seduta straordinaria del 24 novembre 2025, ha utilizzato per la prima volta anche criteri riferiti alla densità abitativa e all'estensione territoriale, riconoscendo così le specificità delle Regioni più piccole e meno densamente popolate. Nel complesso, tuttavia, la quota premiale continua ad assolvere prevalentemente una funzione compensativa, correggendo eventuali effetti sfavorevoli derivanti dal riparto della quota indistinta del FSN o da altri fattori e facilitando il raggiungimento dell'intesa complessiva sulla distribuzione delle risorse. In particolare, nel 2025 le Regioni che hanno ottenuto la quota premiale pro-capite più elevata sono Liguria e Umbria – rispettivamente al primo e al quinto posto per indice di vecchiaia – seguite dalla Campania. Tuttavia, al di là dei valori, la natura discrezionale dell'assegnazione fa sì che la quota premiale possa determinare un vantaggio rilevante per alcune Regioni, anziché limitarsi a compensare le perdite derivanti dai nuovi criteri di riparto o addirittura consolidare vantaggi già esistenti. Va inoltre considerato che la quota premiale rappresenta solo lo 0,3% del FSN standard, a fronte

[98] 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 2025. Disponibile a: www.statoregioni.it/it/conferenza-stato-regioni/sedute-2025/seduta-del-29-dicembre-2025/atti-del-29-dicembre-2025/repertorio-atto-n-268csr/. Ultimo accesso: 30 settembre 2026.

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 un'equa distribuzione delle risorse, in quanto condizionati da varie criticità. Anzitutto, la quota non pesata del 60% rimane troppo elevata e non consente 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 alla mortalità precoce (0,75%) e, soprattutto, alle determinanti socio-economiche (0,75%) risulta del tutto marginale rispetto alle evidenze scientifiche che ne documentano l'impatto sullo stato di salute della popolazione e, di conseguenza, sui bisogni sanitari. Inoltre, sebbene nel 2025 sia stato finalmente introdotto un correttivo basato sulla densità abitativa e sull'estensione territoriale, il suo impatto rimane limitato dall'esiguità della quota sulla quale viene applicato. Le Regioni hanno tuttavia assunto l'impegno a utilizzare tale criterio anche per il riparto del FSN 2026, in una misura ancora da definire sulla base degli esiti di uno studio che la Conferenza delle Regioni ha deciso di affidare ad alcune Università[99]. Più in generale, anche il CNEL ha recentemente rilevato la necessità di rivedere i criteri di riparto, evidenziando che le variabili attualmente utilizzate non sono più sufficienti a stimare adeguatamente i fabbisogni, che i relativi pesi derivano da dati e modelli ormai datati e che manca una validazione empirica dell'algoritmo. Tra i correttivi proposti figurano le caratteristiche demografiche e morfologiche del territorio e una specifica quota di risorse finalizzata a ridurre le diseguaglianze[100]. Infine, la ripartizione della quota premiale continua ad avvenire in assenza di criteri oggettivi e trasparenti, svuotando di fatto il concetto stesso di "premialità" e trasformandola in uno strumento di compensazione basato su logiche di natura prevalentemente politica.

[99] Regione Emilia-Romagna. Accordo sul riparto del Fondo sanitario nazionale. Roma, 28 novembre 2025. Disponibile a: www.regione.emilia-romagna.it/sederoma/newsconferenze/accordo-sul-riparto-del-fondo-sanitario-nazionale. Ultimo accesso: 30 settembre 2026.

[100] Consiglio Nazionale dell'Economia e del Lavoro. Sanità. Osservazioni e proposte del CNEL per nuovi criteri di riparto delle risorse pubbliche. Roma, 25 giugno 2026. Disponibile a: www.cnel.it/comunicazione-e-stampa/notizie/news/detail/2026/06/25/sanita-osservazioni-e-proposte-del-cnel-per-nuovi-criteri-di-riparto-delle-risorse-pubbliche. Ultimo accesso: 30 settembre 2026.

CAPITOLO 4
La spesa sanitaria

La spesa sanitaria si articola in due macro-categorie: spesa pubblica e spesa privata, che comprende sia quella intermediata da fondi sanitari e polizze assicurative, sia la spesa out-of-pocket, direttamente sostenuta dalle famiglie. Sul piano istituzionale, questa articolazione riflette l'assetto delineato dalle riforme del Servizio Sanitario Nazionale (SSN), a partire dal D.Lgs. 502/1992 e successive modifiche, che affianca al finanziamento pubblico forme collettive integrative e coperture assicurative individuali. In termini schematici, si possono individuare tre livelli di copertura:

- Sanità pubblica, finanziata dalla fiscalità generale
- Sanità collettiva integrativa, sostenuta dai fondi sanitari
- Sanità individuale, coperta da polizze assicurative stipulate su base individuale

Il modello si fondava su un equilibrio relativamente definito: il finanziamento pubblico garantisce i LEA; la sanità collettiva integrativa rimborsa prevalentemente prestazioni extra-LEA; i cittadini possono stipulare polizze assicurative individuali, oltre che beneficiare delle detrazioni fiscali previste per alcune spese sanitarie. Negli ultimi 15 anni, tuttavia, la progressiva stratificazione di diversi fattori ha modificato questo equilibrio, come documenta la composizione della spesa sanitaria rilevata dal Sistema dei conti della sanità dell'ISTAT. Quest'ultimo, costruito secondo la metodologia del *System of Health Accounts* (SHA) (box 4.1) e coerente con le regole contabili del Sistema europeo dei conti (SEC 2010), alimenta l'OECD *Health Statistics*, il database che consente di analizzare la struttura della spesa sanitaria e di effettuare confronti internazionali tra i Paesi OCSE.

Secondo i dati ISTAT del Sistema dei conti della sanità (ISTAT-SHA),[101] in Italia nel 2025 la spesa sanitaria totale ammonta a € 190.117 milioni, così ripartiti:

- € 140.789 milioni di spesa pubblica (74,1%);
- € 49.328 milioni di spesa privata, di cui:
    - € 42.357 milioni di spesa out-of-pocket (22,3%)
    - € 6.971 milioni di spesa intermediata (3,7%), così ripartita:
        - € 5.290 milioni: da assicurazioni sanitarie volontarie
        - € 694 milioni: da istituzioni senza scopo di lucro
        - € 987 milioni: da imprese

[101] Istituto Nazionale di Statistica. IstatData. Conti nazionali. Sistema dei conti della sanità. Edizione maggio 2026. Disponibile a: https://esploradati.istat.it/databrowser/#/it/dw/categories/IT1,DATAWAREHOUSE,1.0/UP_ACC_HEALTH. Ultimo accesso: 30 settembre 2026.

In termini percentuali, nel 2025 la spesa sanitaria risulta composta per il 74,1% da spesa pubblica, per il 22,3% da spesa out-of-pocket e per il 3,7% da spesa intermediata (figura 4.1).

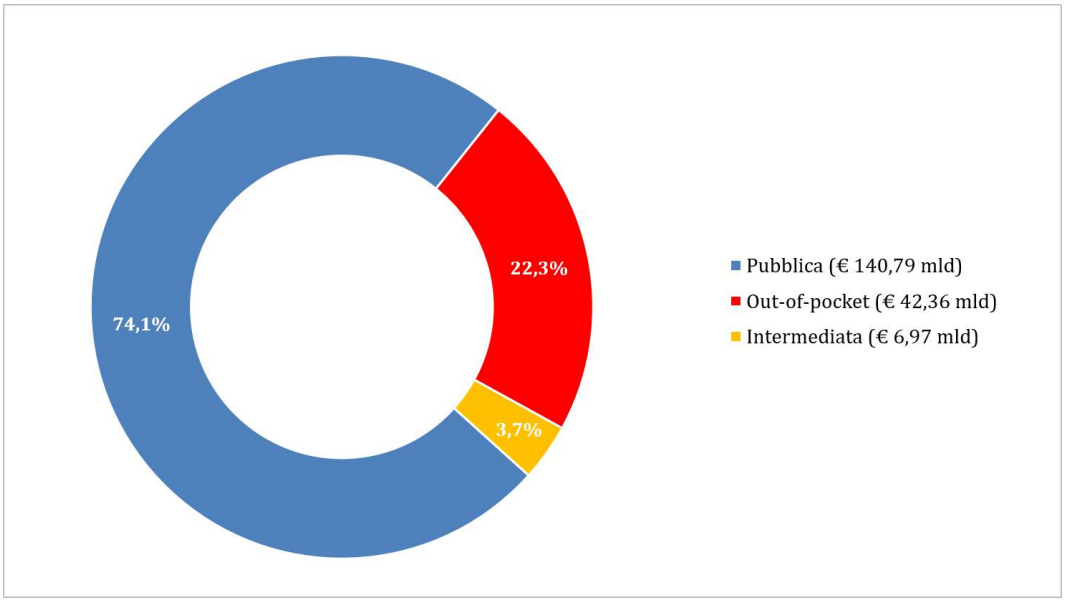


Figura 4.1. Composizione della spesa sanitaria
(dati ISTAT-SHA, anno 2025)

Prendendo in considerazione la sola spesa privata, l'85,9% è out-of-pocket e il 14,1% è intermediata da fondi sanitari, assicurazioni, istituzioni non-profit e imprese (figura 4.2).

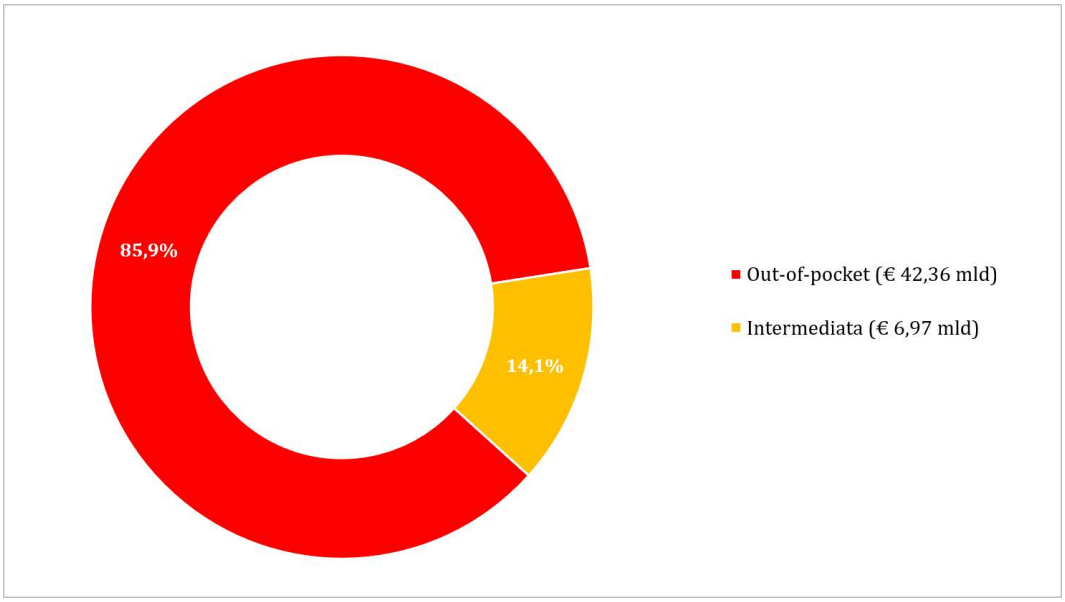


Figura 4.2. Composizione della spesa sanitaria privata
(dati ISTAT-SHA, anno 2025)

Rispetto al 2024, la spesa sanitaria totale è aumentata complessivamente di € 3.889 milioni (+ 2,1%): la spesa pubblica è cresciuta di € 3.681 milioni (+ 2,7%), quella intermediata di € 642 milioni (+10,1%), mentre la spesa out-of-pocket ha registrato una riduzione di € 434 milioni (-1%) (tabella 4.1).

	2024	2025	Delta	Delta (%)
Totale spesa sanitaria	186.228	190.117	3.889	2,1%
Spesa pubblica	137.108	140.789	3.681	2,7%
Spesa privata	49.120	49.328	208	0,4%
Out-of-pocket	42.791	42.357	-434	-1,0%
Intermediata	6.329	6.971	642	10,1%
Assicurazioni sanitarie volontarie	4.694	5.290	596	12,7%
Istituzioni senza scopo di lucro	673	694	21	3,1%
Imprese	962	987	25	2,6%

Tabella 4.1. Spesa sanitaria 2025 vs 2024 in milioni di euro
(dati ISTAT-SHA)

Un'ulteriore precisazione riguarda le serie storiche dei dati ISTAT-SHA, che vengono aggiornate ad ogni nuova edizione. In particolare, per l'ultimo anno di riferimento di ciascuna edizione (es. l'anno 2024 nell'edizione di maggio 2026), le basi informative dei Conti Nazionali, e quindi di ISTAT-SHA, hanno carattere provvisorio e possono determinare ricalcoli nell'edizione successiva. Gli aggiornamenti possono inoltre riflettere modifiche delle basi informative di riferimento o dei criteri di stima. Pertanto, nel presente Rapporto tutte le serie storiche ISTAT-SHA sono state aggiornate utilizzando i dati dell'ultima edizione disponibile. La tabella 4.2 riporta le differenze tra i valori dell'edizione maggio 2026 e giugno 2025 per gli anni 2023 e 2024. Per il 2024, la spesa pubblica (-0,3%) e quella intermediata (-0,5%) presentano lievi revisioni al ribasso. Il ricalcolo più rilevante riguarda invece la spesa out-of-pocket, aumentata di € 1.492 milioni (+3,6%).

Spesa	Edizione	2023	2024
Pubblica	Maggio 2026	€ 130.890	€ 137.108
	Giugno 2025	€ 130.921	€ 137.456
	Ricalcolo (%)	0,0%	-0,3%
Intermediata	Maggio 2026	€ 5.882	€ 6.329
	Giugno 2025	€ 5.871	€ 6.361
	Ricalcolo (%)	0,2%	-0,5%
Out-of-pocket	Maggio 2026	€ 42.480	€ 42.791
	Giugno 2025	€ 42.364	€ 41.299
	Ricalcolo (%)	0,3%	3,6%

Tabella 4.2. Spesa sanitaria ISTAT-SHA 2023 e 2024: raffronto valori edizioni maggio 2026 vs giugno 2025
(elaborazione GIMBE su dati ISTAT-SHA, dati in milioni)

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) 2015/359 e al *System of Health Accounts* (SHA 2011), utilizzando metodologie coerenti con il Sistema europeo dei conti nazionali e regionali (SEC 2010). 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 il sistema sanitario. La disponibilità di dati affidabili, tempestivi e comparabili tra paesi e 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 confluiscono 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.

Ai fini dell'interpretazione dei dati, il sistema ISTAT-SHA presenta alcune specificità metodologiche che devono essere considerate. Per la spesa pubblica (HF.1.1) non emergono particolari criticità e i dati sono infatti utilizzati dalla Ragioneria Generale dello Stato per certificare la spesa sanitaria. Più complessa è invece la lettura della spesa privata, in particolare della componente intermediata, condizionata dall'eterogeneità delle classificazioni tra le diverse fonti, dalla limitata disponibilità di dati e da un quadro normativo nazionale frammentato e incompleto. In particolare, con riferimento alla voce "assicurazioni sanitarie volontarie" (HF.2.1):

- oltre alla spesa sostenuta dall'INAIL, include sia le polizze assicurative individuali sia quelle collettive, oggi in larga misura destinate alla "riassicurazione" dei fondi sanitari integrativi;
- formalmente non include i fondi sanitari integrativi tra i regimi di finanziamento volontari; 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 può dunque risultare sottostimata per la mancata contabilizzazione dei fondi sanitari non riassicurati e, al contempo, 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 sottoscrizione. Diverso è il caso dei fondi sanitari previsti dai contratti collettivi nazionali: essi spettano al lavoratore in virtù di un obbligo contrattuale, anche se non sono previsti da una legge primaria.

Per quanto riguarda la spesa delle famiglie (HF.3), il sistema SHA non include numerosi prodotti acquistati in farmacia e parafarmacia, tra cui presidi medico-chirurgici, prodotti omeopatici ed erboristici, 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).

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)[102], che permette di confrontare la spesa sanitaria pubblica con quella out-of-pocket e intermediata;
- ISTAT Conti economici consolidati della Protezione sociale (ISTAT-CN)[103], 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 2025 certificano una spesa sanitaria pubblica di € 140.789 milioni, così ripartita per funzioni di assistenza (figura 4.3):

- € 81.111 milioni per l'assistenza sanitaria per cura (HC.1) e riabilitazione (HC.2), non scorporata
- € 14.713 milioni per l'assistenza sanitaria a lungo termine – *long term care* (LTC) (HC.3)

[102] Istituto Nazionale di Statistica. IstatData. Conti nazionali. Sistema dei conti della sanità. Edizione maggio 2026. Disponibile a: https://esploradati.istat.it/databrowser/#/it/dw/categories/IT1,DATAWAREHOUSE,1.0/UP_ACC_HEALTH. Ultimo accesso: 30 settembre 2026.

[103] Istituto Nazionale di Statistica. IstatData. Conti nazionali. Conti della Protezione sociale. Conti economici consolidati. Edizione aprile 2026. Disponibile a: https://esploradati.istat.it/databrowser/#/it/dw/categories/IT1,DATAWAREHOUSE,1.0/UP_ACC_PROTEC/IT1,97_366_DF_DCCN_PROTSOC_1,1.0. Ultimo accesso: 30 settembre 2026.

- € 12.442 milioni per servizi ausiliari, non specificati per funzione (HC.4)
- € 23.510 milioni per prodotti farmaceutici e altri apparecchi terapeutici, non specificati per funzione (HC.5)
- € 7.476 milioni per i servizi di prevenzione delle malattie (HC.6)
- € 1.537 milioni per governance, amministrazione e finanziamento del SSN (HC.7)

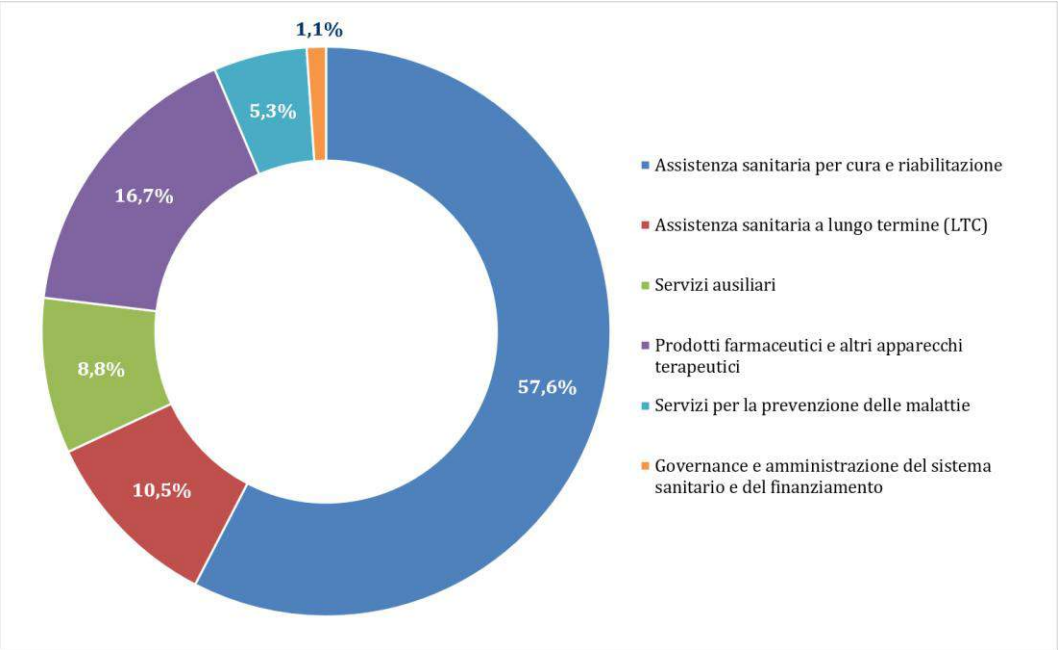


Figura 4.3. Spesa sanitaria pubblica per funzioni di assistenza
(dati ISTAT-SHA, anno 2025)

Rispetto al 2024, nel 2025 quasi tutte le funzioni registrano incrementi compresi tra il 2,6% e il 2,8%; per governance e amministrazione l'aumento è del 4,3% (tabella 4.3).

Tipo di funzioni di assistenza sanitaria	2024	2025	Delta	Delta (%)
Assistenza sanitaria per cura e riabilitazione	79.073	81.111	2.038	2,6%
Assistenza sanitaria a lungo termine	14.315	14.713	398	2,8%
Servizi ausiliari	12.101	12.442	341	2,8%
Prodotti farmaceutici e altri apparecchi terapeutici	22.872	23.510	638	2,8%
Servizi per la prevenzione delle malattie	7.274	7.476	202	2,8%
Governance e amministrazione del sistema sanitario e del finanziamento	1.473	1.537	64	4,3%
TOTALE	**137.108**	**140.789**	**3.681**	**2,7%**
Dati in milioni di €				

Tabella 4.3. Spesa sanitaria pubblica per funzioni di assistenza sanitaria 2025 vs 2024 in milioni di euro
(dati ISTAT-SHA)

La spesa sanitaria rilevata da ISTAT-CN è articolata in quattro aggregati per fattori produttivi; il terzo comprende tre 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 2025 la spesa sanitaria corrente ammonta a € 141.539 milioni, ripartita tra i diversi aggregati come riportato nella tabella 4.4 e nella figura 4.4.

Aggregato di spesa	Milioni
Redditi da lavoro dipendente	€ 44.738
Consumi intermedi	€ 47.623
Prestazioni sociali in natura corrispondenti a beni e servizi da produttori market	€ 44.844
Farmaceutica convenzionata	€ 7.997
Assistenza medico-generica da convenzione	€ 7.423
Altre prestazioni sociali in natura da privato	€ 29.424
Altre componenti di spesa	€ 4.334
Totale	**€ 141.539**

Tabella 4.4. Spesa sanitaria corrente
(dati ISTAT-CN, anno 2025)

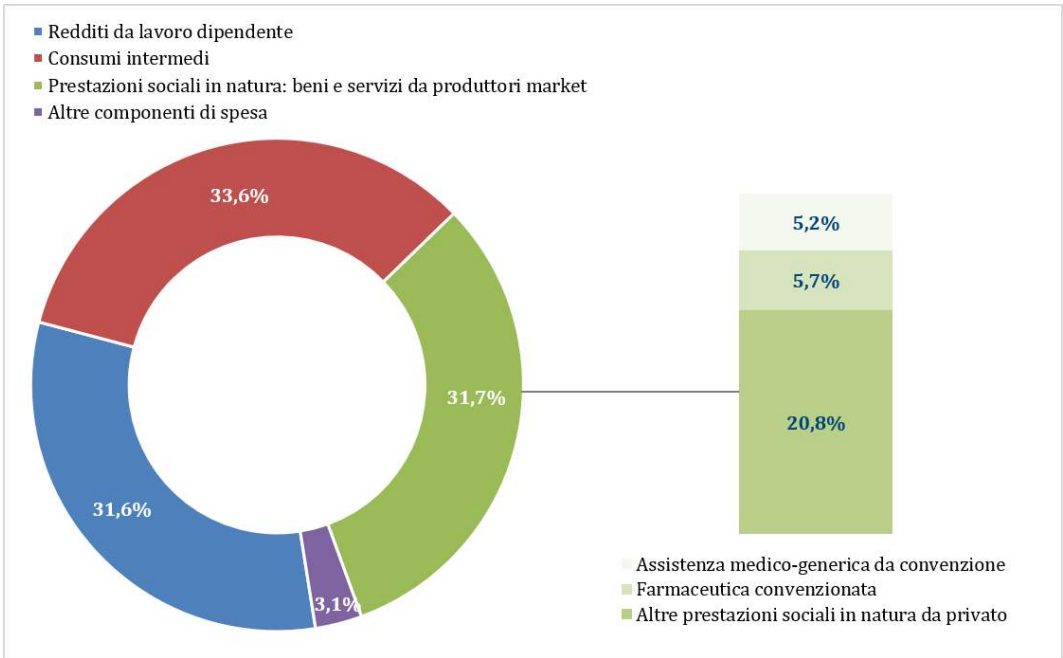


Figura 4.4. Spesa sanitaria pubblica per aggregati
(dati ISTAT-CN, anno 2025)

Trend 2012-2025. Secondo i dati ISTAT-SHA, nel periodo 2012-2019 la spesa sanitaria pubblica – in linea con la "stagione dei tagli" al FSN (§ 2.1) – è rimasta sostanzialmente stabile. Dal 2020 al 2022, grazie alle risorse stanziate per fronteggiare la pandemia di COVID-19, è nettamente aumentata, passando da € 113.840 milioni del 2019 a € 130.345 milioni del 2022. Nel 2023 la spesa si è mantenuta sostanzialmente stabile, per poi registrare un netto incremento nel 2024 (€ 137.108 milioni), proseguito in misura più contenuta nel 2025 (€ 140.789 milioni) (figura 4.5).

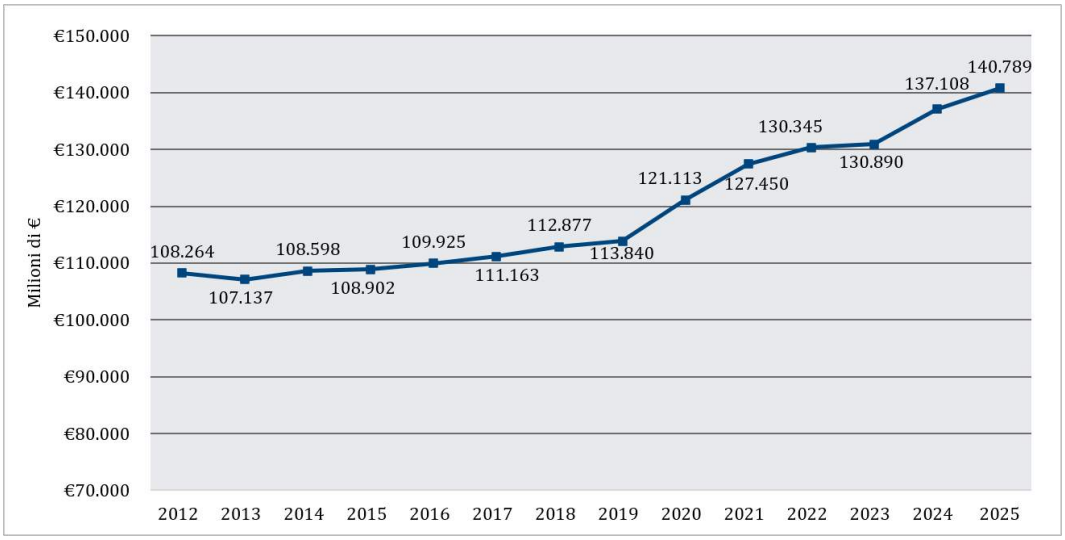


Figura 4.5. Trend spesa sanitaria pubblica 2012-2025
(dati ISTAT-SHA)

Il trend delle diverse componenti di spesa sanitaria pubblica nel periodo 2012-2025 è riportato nella figura 4.6, le variazioni assolute e percentuali nella tabella 4.5.

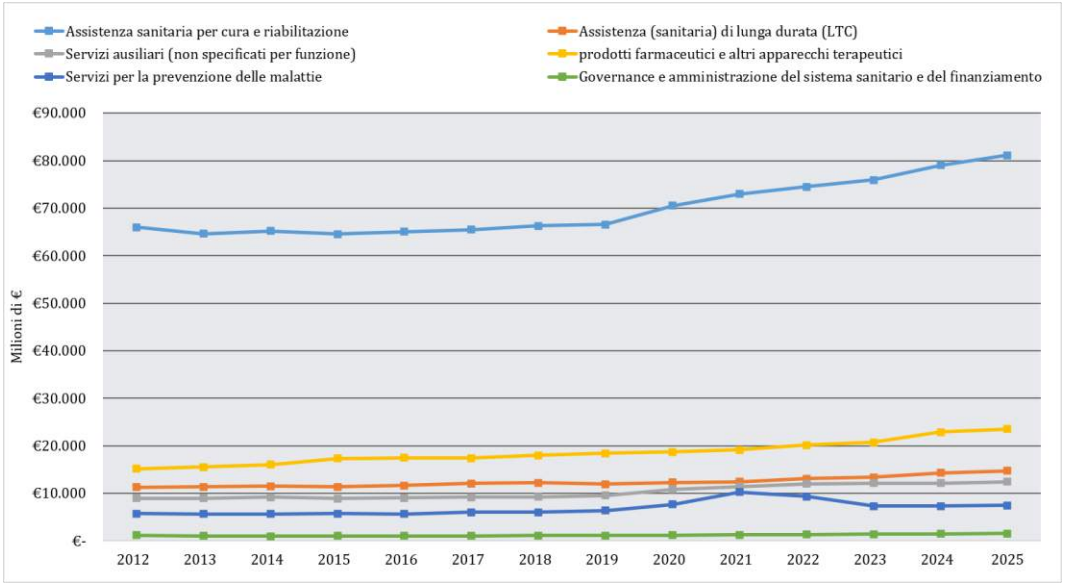


Figura 4.6. Trend spesa sanitaria pubblica per tipo di funzioni di assistenza sanitaria
(dati ISTAT-SHA)

Tipo di funzioni di assistenza sanitaria	2012	2025	Delta	Delta (%)
Assistenza sanitaria per cura e riabilitazione	65.999	81.111	15.112	22,9%
Assistenza sanitaria a lungo termine	11.235	14.713	3.478	31,0%
Servizi ausiliari	8.955	12.442	3.487	38,9%
Prodotti farmaceutici e altri apparecchi terapeutici	15.165	23.510	8.345	55,0%
Servizi per la prevenzione delle malattie	5.738	7.476	1.738	30,3%
Governance e amministrazione del sistema sanitario e del finanziamento	1.172	1.537	365	31,1%
TOTALE	**108.264**	**140.789**	**32.525**	**30,0%**
Dati in milioni di €				

Tabella 4.5. Spesa sanitaria pubblica per tipo di funzioni di assistenza sanitaria: variazioni 2025 vs 2012
(dati ISTAT-SHA)

Secondo i dati ISTAT-CN, nel periodo 2012-2025 i redditi da lavoro dipendente mostrano variazioni contenute fino al 2020, con incrementi più marcati nel 2021 (+ € 2.137 milioni) e nel 2024 (+€ 2.478 milioni). Le altre prestazioni sociali in natura da privato registrano, a partire dal 2017, una crescita lieve ma costante. I consumi intermedi, dopo un incremento sostanzialmente lineare tra il 2013 e il 2018, hanno registrato una crescita più sostenuta a partire dal 2020; dopo una lieve flessione nel 2023, sono tornati ad aumentare nel 2024 (+€ 2.804 milioni) e nel 2025 (+€ 1.711 milioni) (figura 4.7).

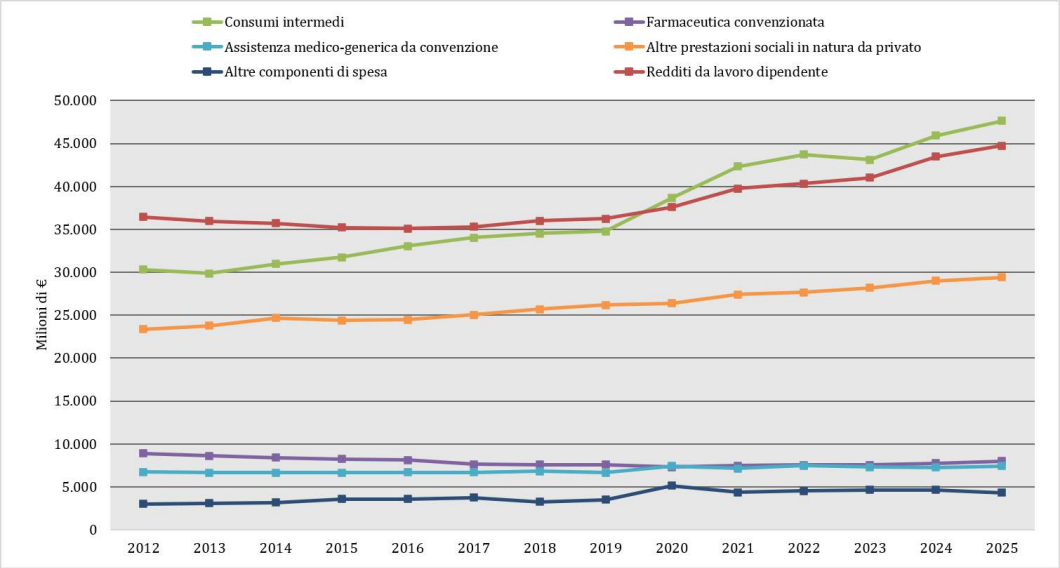


Figura 4.7. Trend aggregati di spesa sanitaria 2012-2025 in valore assoluto
(dati ISTAT-CN)

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

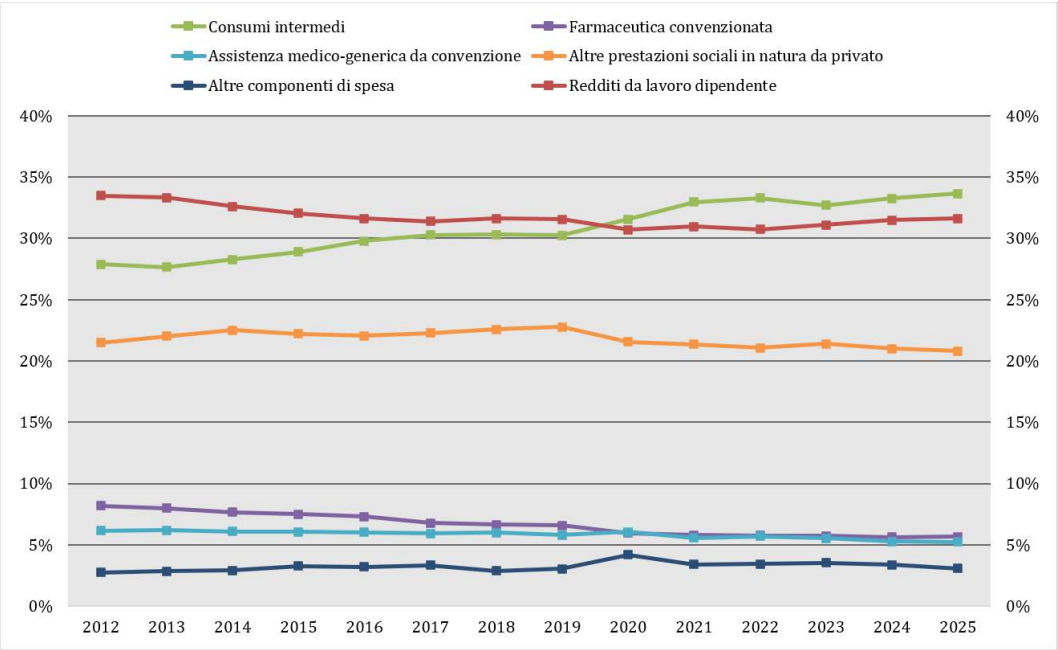


Figura 4.8. Trend aggregati di spesa sanitaria 2012-2025 in percentuale sul totale
(dati ISTAT-CN)

Queste dinamiche si riflettono sulla composizione percentuale della spesa totale, dalla cui analisi emergono alcune considerazioni (figura 4.9). Anzitutto, il progressivo disinvestimento sul personale sanitario (cfr. § 7.5): la quota di spesa destinata ai redditi da lavoro dipendente è scesa dal 33,5% del 2012 al 31,6% nel 2025, mentre quella per l'assistenza convenzionata è diminuita dal 6,2% al 5,2%. Inoltre, la spesa per le prestazioni acquisite dal privato dal 2012 si è mantenuta intorno al 21%, per poi ridursi dal 21,4% del 2022 al 20,8% del 2025. I consumi intermedi hanno invece registrato una crescita marcata, passando dal 27,9% nel 2012 al 33,6% nel 2025, mentre nello stesso periodo la quota destinata alla farmaceutica convenzionata è scesa dall'8,2% al 5,2%. Infine, le altre componenti di spesa si sono mantenute sostanzialmente stabili intorno al 3%.

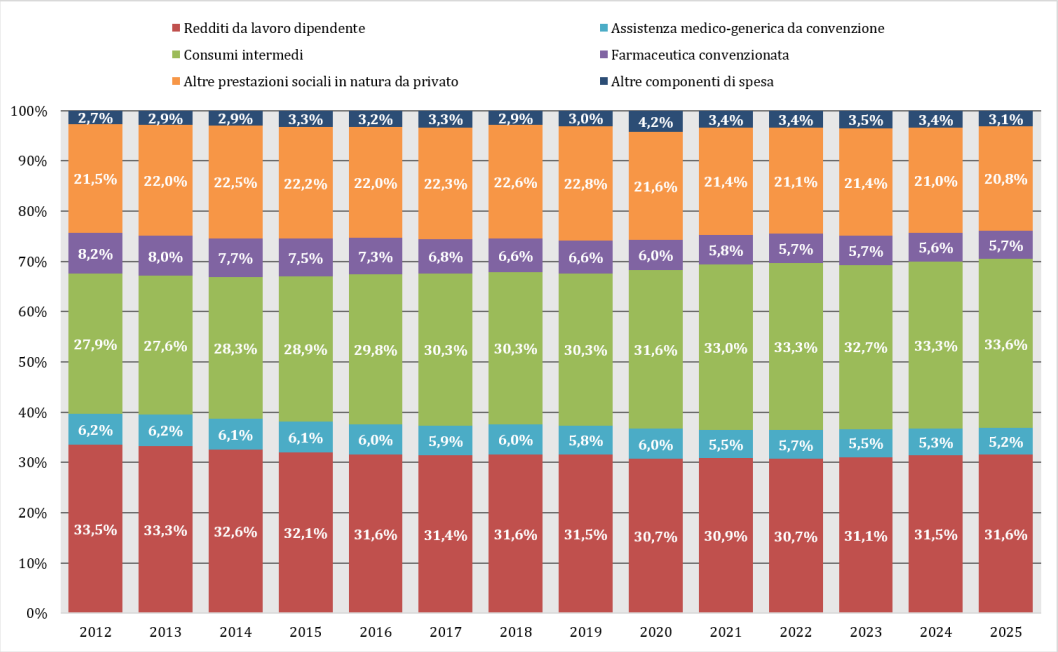


Figura 4.9. Composizione percentuale della spesa sanitaria 2012-2025
(dati ISTAT-CN)

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 4.6).

Metodi e aggregati	Categorie incluse	Valore
Spesa sanitaria privata della popolazione residente (spesa diretta delle famiglie + regimi di finanziamento volontari). Stimata secondo il Sistema dei conti della sanità (SHA 2011) e classificata secondo l'*International Classification for Health Accounts* (ICHA).[104]	Assicurazioni sanitarie volontarie (HF.2.1)	€ 5.290
	Istituzioni senza scopo di lucro (HF.2.2)	€ 694
	Imprese (HF.2.3)	€ 987
	Spesa delle famiglie (HF.3)	€ 42.357
	Totale	€ 49.328
Fonti: ISTAT, Ministero della Salute, Banca d'Italia, Agenzia delle Entrate, Agenzia Italiana del Farmaco.		

Tabella 4.6. Spesa sanitaria privata ISTAT-SHA anno 2025 (dati in milioni)

4.2.1. Spesa sanitaria out-of-pocket

La spesa out-of-pocket in Italia può essere analizzata attraverso quattro fonti istituzionali, che differiscono per metodi di rilevazione, fonti utilizzate e livello di dettaglio analitico. Tali differenze determinano, da un lato, valori assoluti non sovrapponibili e, dall'altro, una mancata corrispondenza tra i 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 della 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 un dettaglio limitato a 3 cifre, che consente di analizzare solo le macro-categorie: servizi ospedalieri, servizi ambulatoriali, prodotti medici, apparecchi e materiale terapeutico e altri servizi sanitari. Non è tuttavia possibile nettare tale spesa dai rimborsi previsti in caso di coperture indirette, né includere quella per polizze assicurative individuali. Le fonti utilizzate sono: ISTAT, Ministero della Salute, Banca d'Italia, Agenzia delle Entrate, AIFA.
- **ISTAT indagine campionaria.** L'indagine campionaria ISTAT sulla spesa per consumi delle famiglie residenti fornisce dati secondo la classificazione COICOP 2018 a 5 cifre, rappresentando la fonte con il maggiore livello di dettaglio analitico. Tuttavia, le modalità di rilevazione comportano alcune criticità che determinano una sottostima di specifiche voci di spesa, quali i ricoveri ospedalieri e le prestazioni di diagnostica ambulatoriale.

[104] Istituto Nazionale di Statistica. IstatData. Conti nazionali. Sistema dei conti della sanità. Edizione maggio 2026. Disponibile a: https://esploradati.istat.it/databrowser/#/it/dw/categories/IT1,DATAWAREHOUSE,1.0/UP_ACC_HEALTH. Ultimo accesso: 30 settembre 2026.

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 può contribuire non solo a sottostimare la spesa out-of-pocket rispetto ad altre fonti, ma anche a modificarne la distribuzione tra le diverse categorie. 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 pertanto essere moltiplicato per il numero delle famiglie residenti e per le dodici mensilità.

- **Sistema Tessera Sanitaria (TS).** Raccoglie i dati relativi alle spese sanitarie sostenute dalle persone fisiche e 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 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, riabilitazione, assistenza sanitaria a lungo termine, servizi ausiliari, prodotti medicali, prevenzione, governance e amministrazione del sistema sanitario e del finanziamento sanitario) 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:

- Il sistema 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 sanitaria delle famiglie per l'anno 2025 ammonta a € 42.357 milioni (figura 4.10), di cui:

- € 19.061 milioni per l'assistenza sanitaria per cura (HC.1) e riabilitazione (HC.2), non scorporata
- € 4.816 milioni per l'assistenza sanitaria a lungo termine (HC.3)
- € 2.918 milioni per servizi ausiliari (HC.4)
- € 15.495 milioni per prodotti farmaceutici e altri apparecchi terapeutici (HC.5)
- € 67 milioni per i servizi di prevenzione delle malattie (HC.6)

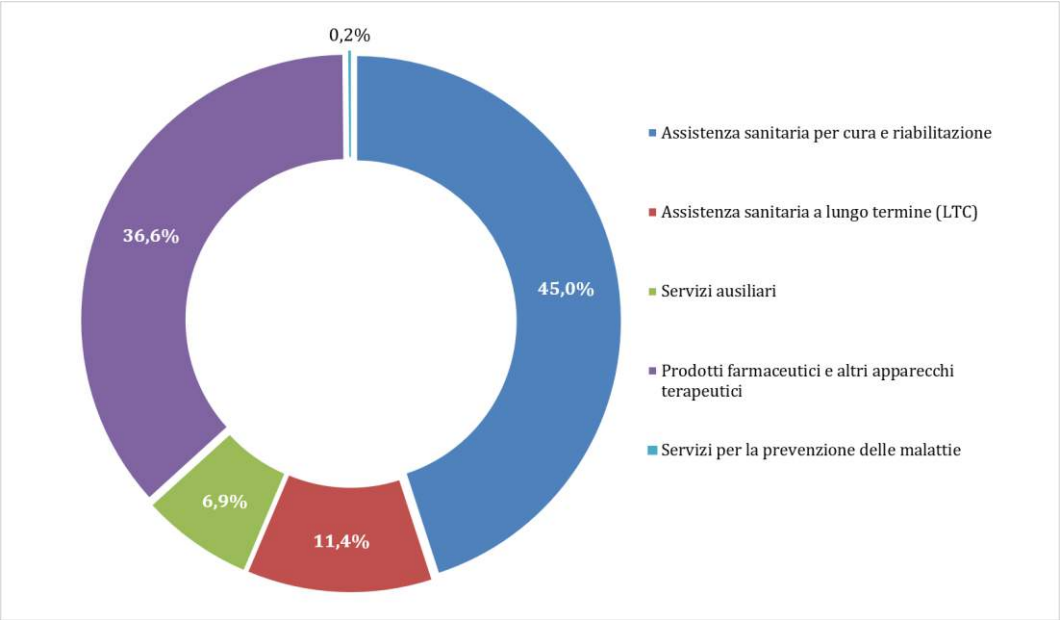


Figura 4.10. Spesa sanitaria delle famiglie per funzione di spesa
(dati ISTAT-SHA, anno 2025)

Trend 2012-2025. Nel periodo 2012-2025 la spesa out-of-pocket ha registrato un incremento medio annuo del 2,2%, con un aumento complessivo di € 9.960 milioni in 13 anni. Dal 2012 al 2019 la spesa è progressivamente cresciuta, salvo una flessione nel 2020, seguita da un netto incremento nel periodo 2021-2023 e un ulteriore lieve aumento nel 2024. Nel 2025, invece, la spesa sanitaria a carico dei cittadini ha subìto una nuova contrazione (-1%), corrispondente a -€ 434 milioni rispetto al 2024 (figura 4.11). Tale flessione risente anche del ricalcolo dei dati ISTAT-SHA (tabella 4.2): per il 2024, infatti, la stima è stata rivista da € 41.299 milioni nell'edizione di giugno 2025 a € 42.791 milioni dell'edizione di maggio 2026, con un incremento di € 1.492 milioni.

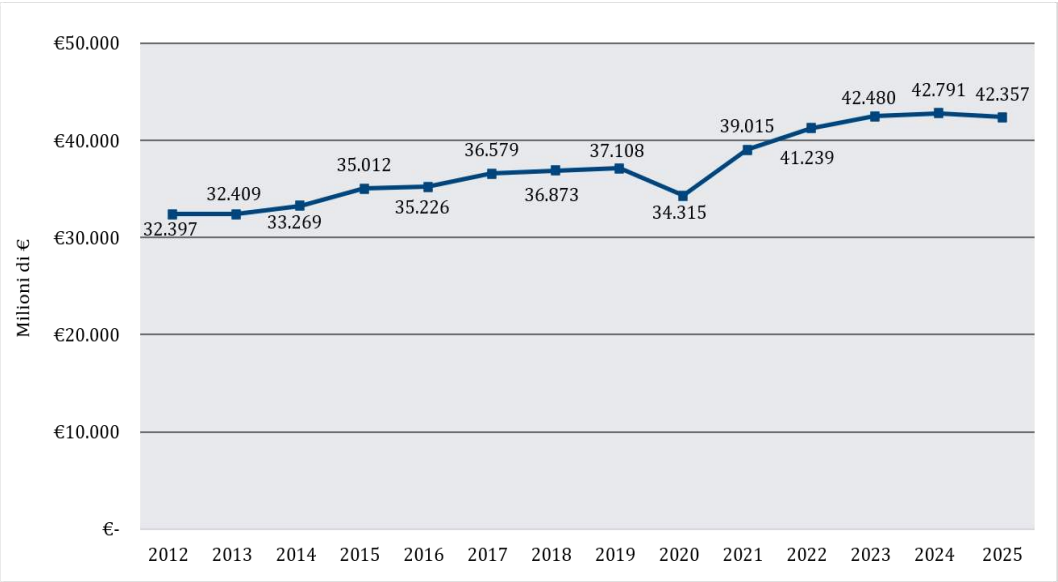


Figura 4.11. Trend spesa sanitaria out-of-pocket 2012-2025
(dati ISTAT-SHA)

Il trend delle diverse componenti di spesa sanitaria out-of-pocket nel periodo 2012-2025 è riportato in figura 4.12, le variazioni assolute e percentuali in tabella 4.7.

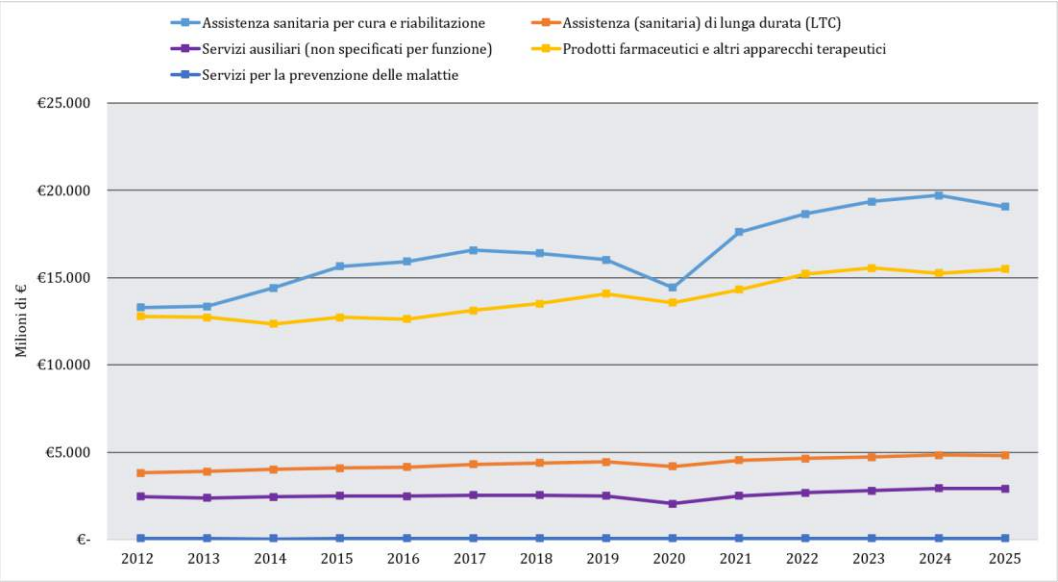


Figura 4.12. Trend spesa sanitaria out-of-pocket per tipo di funzione di assistenza
(dati ISTAT-SHA)

Tipo di funzioni di assistenza sanitaria	2012	2025	Delta	Delta (%)
Assistenza sanitaria per cura e riabilitazione	13.296	19.061	5.765	43,4%
Assistenza sanitaria a lungo termine	3.808	4.816	1.008	26,5%
Servizi ausiliari	2.454	2.918	464	18,9%
Prodotti farmaceutici e altri apparecchi terapeutici	12.777	15.495	2.718	21,3%
Servizi per la prevenzione delle malattie	62	67	5	8,1%
TOTALE	**32.397**	**42.357**	**9.960**	**30,7%**
Dati in milioni di €				

Tabella 4.7. Spesa sanitaria out-of-pocket per tipo di funzione di assistenza: variazioni 2025 vs 2012
(dati ISTAT-SHA)

4.2.1.2. Sistema Tessera Sanitaria

Ai sensi del Dlgs n. 175 del 2014, il Sistema Tessera Sanitaria (TS) consente la trasmissione all'Agenzia delle Entrate dei dati relativi alle spese sanitarie sostenute dai cittadini, ai fini della predisposizione della dichiarazione dei redditi precompilata. Il cittadino può opporsi alla trasmissione dei dati al momento dell'erogazione della prestazione oppure, successivamente, attraverso il Sistema TS o rivolgendosi all'Agenzia delle Entrate. I dati del Sistema TS sono pubblicati nel report "Il Monitoraggio della Spesa Sanitaria"[105] della Ragioneria Generale dello Stato (RGS), che riporta le spese sanitarie sostenute dai cittadini, inclusi i ticket, articolate per tipologia di soggetto erogatore, categoria di spesa, Regione e Provincia autonoma. Nel tempo, le categorie di soggetti erogatori tenute alla trasmissione dei dati al Sistema TS sono state progressivamente ampliate.

Poiché i dati relativi al 2025 non sono ancora disponibili, la tabella 4.8 riporta le spese trasmesse al Sistema TS per tipologia di soggetto erogatore per l'anno 2024 e la tabella 4.9 la loro composizione per tipologia di spesa.

Soggetti erogatori	Milioni di €
Strutture pubbliche	2.414,45
Strutture private accreditate	8.202,78
Strutture private autorizzate (non accreditate)	8.201,14
Strutture sanitarie militari	1,36
Farmacie pubbliche e private	12.766,44
Parafarmacie	755,16
Professionisti sanitari	11.282,11
Medici	2.771,75
Odontoiatri	6.082,81
Psicologi	1.364,51
Tecnici radiologi	1,62
Infermieri	16,69
Ostetrici	14,46
Iscritti agli elenchi speciali ad esaurimento[106]	55,07
Altri professionisti sanitari*	975,20
Ottici	2.788,01
Totale	**46.411,46**

*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 4.8. Spesa sanitaria trasmessa al Sistema TS per soggetto erogatore
(elaborazione GIMBE da dati Sistema TS, anno 2024)

[105] Ministero dell'Economia e delle Finanze. Dipartimento della Ragioneria Generale dello Stato. Il monitoraggio della spesa sanitaria. Rapporto n° 12. Roma, novembre 2025. Disponibile a: www.rgs.mef.gov.it/ Documenti/VERSIONE-I/Attivit--i/Spesa-soci/Attivit-monitoraggio-RGS/2025/IMDSS-RS2025.pdf. Ultimo accesso: 30 settembre 2026.

[106] 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 2026.

Tipologia di spesa	Milioni di €	Percentuale
Visite specialistiche e interventi[a]	22.045,44	47,50%
Altre spese[b]	7.193,78	15,50%
Farmaci	6.358,37	13,70%
Dispositivi medici	4.780,38	10,30%
Ticket	3.248,80	7,00%
Prestazioni sanitarie	2.413,40	5,20%
Chirurgia estetica	185,65	0,40%
Servizi sanitari	74,26	0,16%
Protesica/Integrativa	46,41	0,10%
Cure termali	27,85	0,06%
TOTALE[c]	**€ 46.374,34**	**100%**

[a]Prestazione 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)

[b]Spese per le quali non è prevista alcuna agevolazione fiscale ai fini della dichiarazione precompilata.

[c] Gli importi in valore assoluto sono stati calcolati a partire dalle percentuali riportate nel Report "Il Monitoraggio della Spesa Sanitaria" e pertanto lo scostamento deriva dagli arrotondamenti.

Tabella 4.9. Spesa sanitaria trasmessa al Sistema TS per la dichiarazione dei redditi precompilata per tipologia di spesa
(elaborazione GIMBE da dati Sistema TS, anno 2024)

La composizione per tipologia di spesa evidenzia che, in linea con gli anni precedenti, visite specialistiche e interventi rappresentano quasi la metà del totale (47,5%), mentre farmaci e dispositivi medici incidono per un ulteriore 24% (figura 4.13).

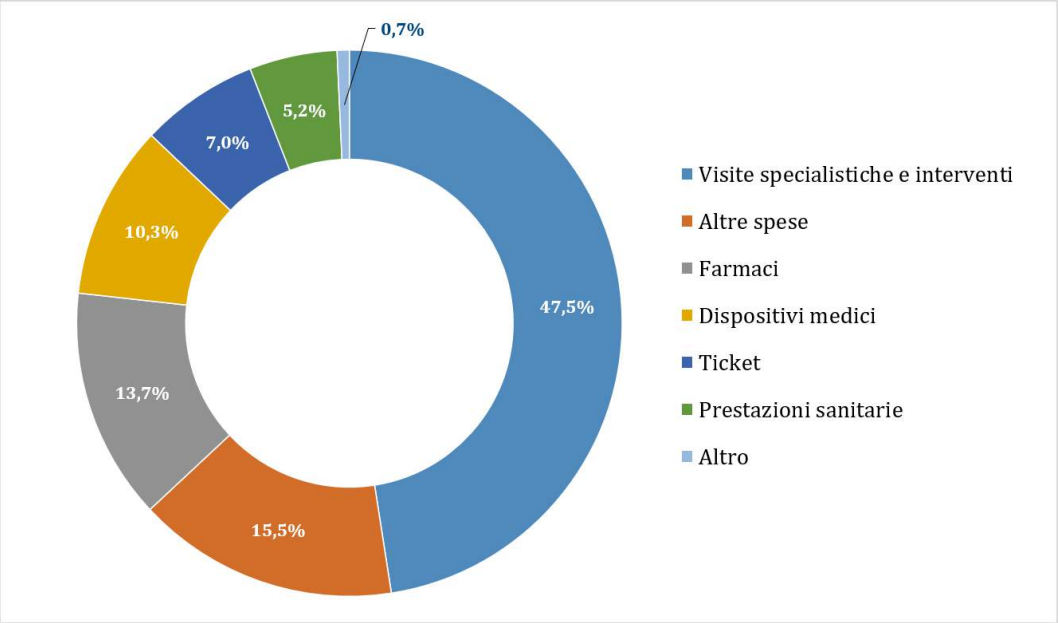


Figura 4.13. Spesa sanitaria trasmessa al Sistema TS per la dichiarazione dei redditi precompilata per tipologia di spesa
(elaborazione GIMBE da dati Sistema TS, anno 2024)

Parametrando la spesa sanitaria trasmessa al Sistema TS alla popolazione residente ISTAT al 1° gennaio 2024, il valore nazionale è pari a € 787 pro-capite, in aumento di € 57 (+7,8%) rispetto al 2023 (€ 730), con valori compresi tra € 1.105 della Lombardia e € 425 della Basilicata (Figura 4.14).

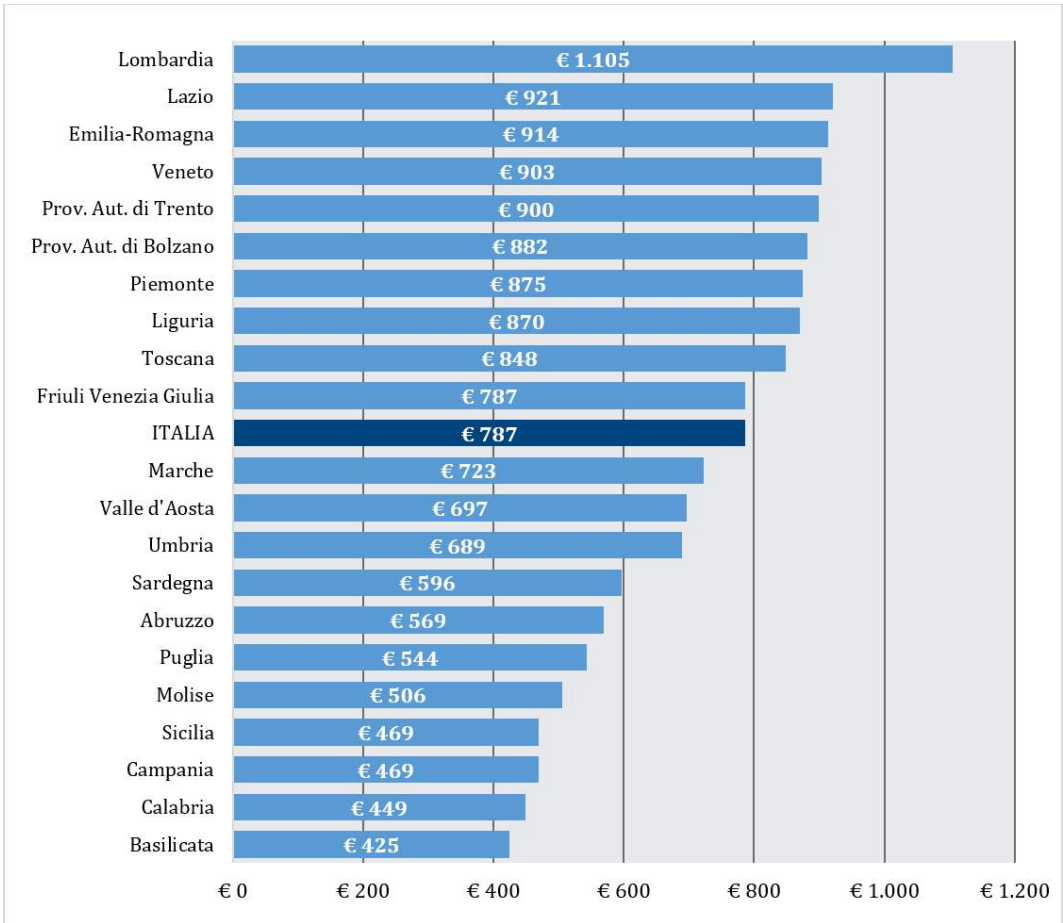


Figura 4.14. Spesa sanitaria pro-capite trasmessa al Sistema TS per la dichiarazione dei redditi (dati Sistema TS e ISTAT, anno 2024)

La distribuzione regionale, pur con i limiti derivanti dall'omessa o incompleta trasmissione dei dati e dalla quota di spesa non dichiarata, conferma che l'entità della spesa out-of-pocket è influenzata da molteplici fattori. Le Regioni con i migliori risultati 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. Questi dati suggeriscono che la variabilità regionale della spesa out-of-pocket non riflette necessariamente una minore qualità o accessibilità dei servizi sanitari pubblici, ma risente in misura rilevante della capacità di spesa delle famiglie e di fenomeni di consumismo sanitario, oltre che, in misura minore, degli 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 spesa[107], nel 2024 il 16,3% delle famiglie, in lieve aumento

[107] 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 2026.

rispetto al 15,7% del 2023, ha dichiarato di avere ridotto in quantità e/o qualità la spesa per visite mediche e accertamenti periodici preventivi. Proiettando i dati dell'indagine campionaria ISTAT sull'intera popolazione, si stima che nel 2024 ben 4,35 milioni di famiglie abbiano limitato le spese per la salute, rispetto alle 4,14 milioni di famiglie del 2023. L'indagine relativa al 2025 non è ancora disponibile alla data di pubblicazione del presente Rapporto.

Indisponibilità economiche temporanee per le spese per la salute. Secondo l'indagine ISTAT sulle condizioni di vita[108], nel 2024 il 4,4% delle famiglie ha dichiarato di non disporre, in alcuni periodi dell'anno, di risorse economiche necessarie a sostenere spese per la salute. Proiettando i dati dell'indagine campionaria ISTAT sull'intera popolazione, si stima che nel 2024 il fenomeno abbia interessato circa 1,16 milioni di famiglie. L'indagine relativa al 2025, alla data di pubblicazione del presente Rapporto, non riporta i dati sulla salute per mancato raggiungimento di una numerosità campionaria significativa su questo indicatore.

Rinunce a prestazioni sanitarie. Secondo gli indicatori sul Benessere Equo e Sostenibile (BES) dell'ISTAT[109], 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 4.15) e corrisponde a oltre 5,84 milioni di persone (4,48 nel 2023). Secondo la definizione ISTAT, l'indicatore considera la rinuncia, pur in presenza di necessità, a visite specialistiche – escluse quelle odontoiatriche – o esami diagnostici per tempi di attesa troppo lunghi, motivi economici o difficoltà di accesso. Gli indicatori BES relativi al 2025 non sono ancora disponibili alla data di pubblicazione del presente Rapporto.

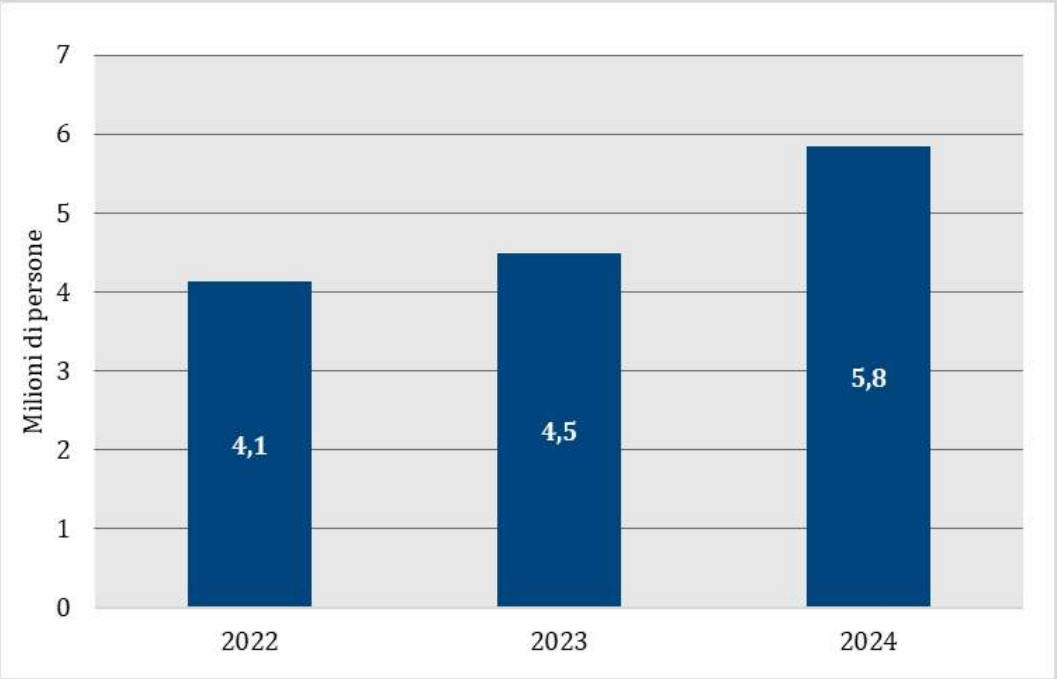


Figura 4.15. Popolazione che ha rinunciato alle prestazioni sanitarie
(dati ISTAT 2024)

[108] 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 2026.

[109] 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 2026.

Nel 2024 le rinunce alle prestazioni sanitarie, per uno o più motivi, mostrano differenze meno accentuate tra le aree geografiche rispetto a quelle regionali, a conferma che il problema è diffuso in tutto il Paese: si passa dall'11% delle Isole all'8,1% del Nord-Est (figura 4.16).

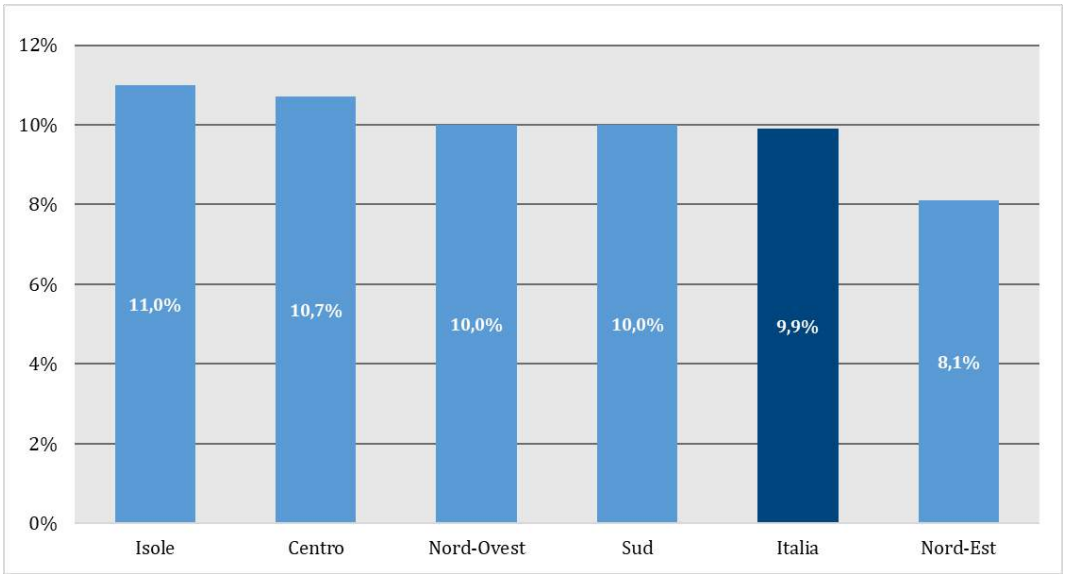


Figura 4.16. Persone che hanno rinunciato alle prestazioni sanitarie per area geografica
(dati ISTAT, anno 2024)

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 4.17).

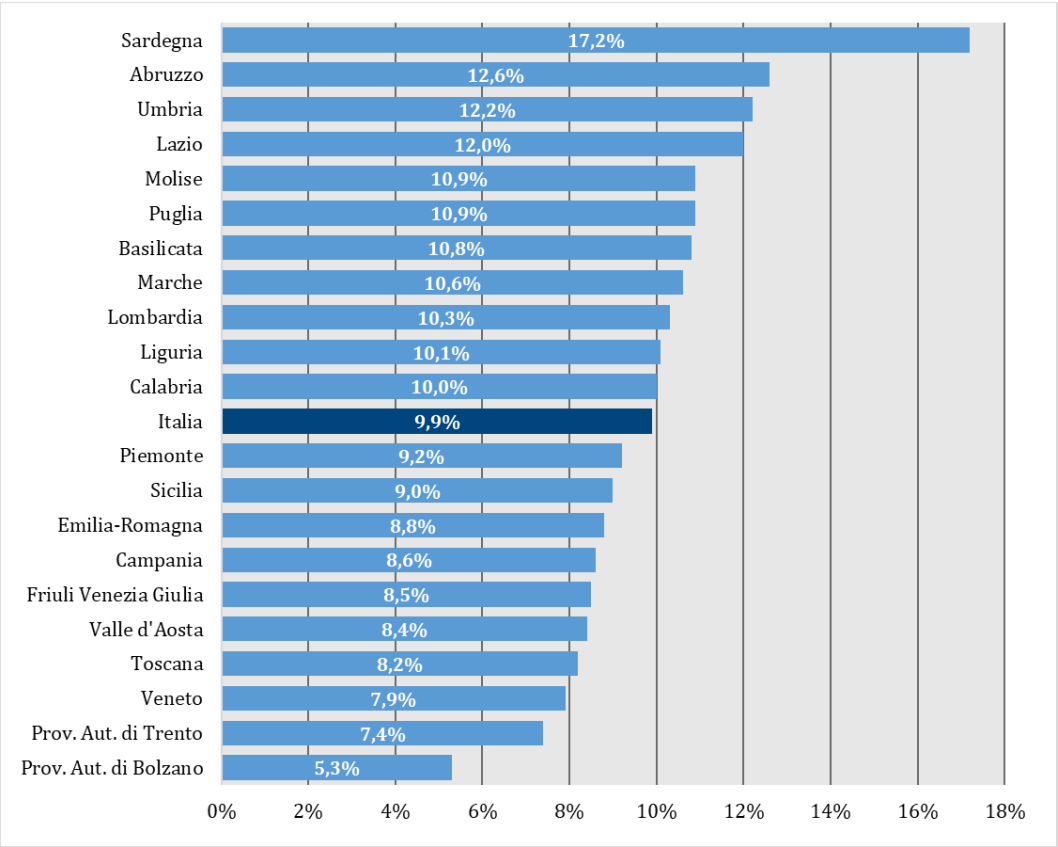


Figura 4.17. Percentuale di persone che hanno rinunciato ad una o più prestazioni sanitarie
(dati ISTAT, anno 2024)

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 i bisogni di salute. Quando i cittadini non sono in grado di sostenere i costi della sanità privata, la rinuncia alle prestazioni rimane l'unica alternativa.

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 salire 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 4.18).

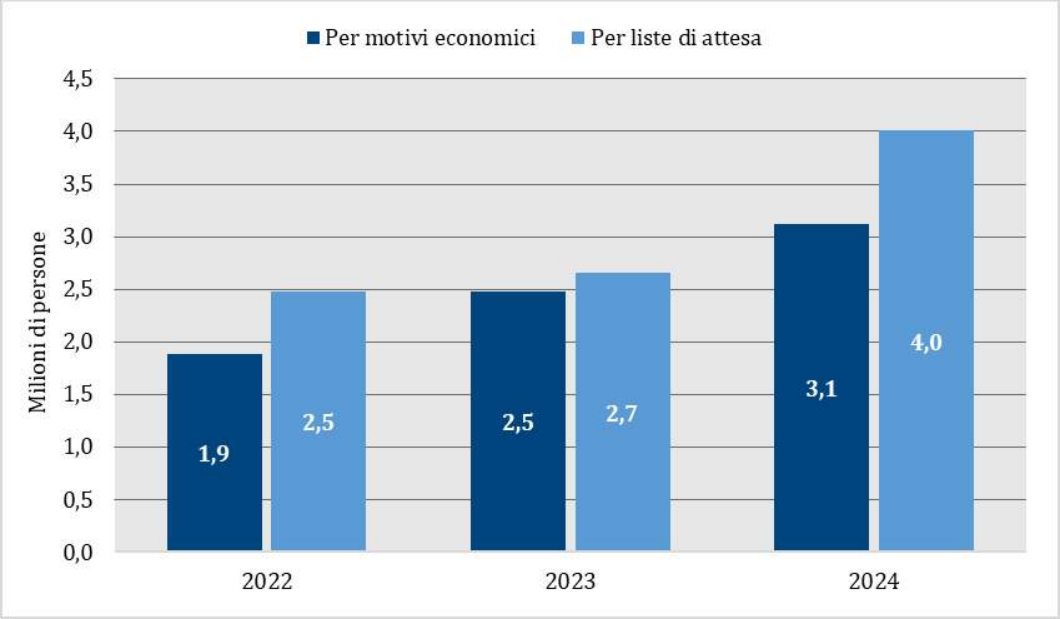


Figura 4.18. Popolazione che ha rinunciato a prestazioni sanitarie per motivi economici o per liste d'attesa
(elaborazione GIMBE su dati ISTAT 2024)

I dati indicano 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 considerando solo l'entità della spesa out-of-pocket e i fenomeni che la contengono, ma deve tenere conto anche dei livelli di povertà assoluta. Secondo i più recenti dati ISTAT sulla povertà in Italia[110], nel 2024 l'incidenza nazionale della povertà assoluta per le famiglie – ovvero il rapporto tra le famiglie con una spesa inferiore alla soglia di povertà e il totale delle famiglie residenti – è pari all'8,4%, corrispondente a oltre 2,2 milioni di famiglie. A livello territoriale, l'incidenza raggiunge l'11,2% nelle Isole, il 10,2% al Sud, l'8,1% nel Nord-Ovest, il 7,6% nel Nord-est e il 6,5% nel Centro. Le famiglie che vivono sotto la soglia della povertà assoluta, pur incidendo marginalmente sull'entità complessiva della spesa out-of-pocket, sono maggiormente esposte alla rinuncia alle cure, con potenziali conseguenze negative sullo stato di salute e sull'aspettativa di vita delle persone più povere. Infatti, se nel 2024 l'Italia si collocava al 5° posto tra i paesi OCSE per aspettativa di vita alla nascita[111], le stime ISTAT per il 2025[112] documentano rilevanti differenze territoriali: a fronte di un valore medio nazionale

[110] Istituto Nazionale di Statistica. Comunicato stampa "Stabile la povertà assoluta". Roma, 14 ottobre 2025. Disponibile a: www.istat.it/wp-content/uploads/2025/10/La-poverta-in-italia-_-Anno-2024.pdf. Ultimo accesso: 30 settembre 2026.

[111] 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&df%5Bds%5D=dsDisseminateFinalDMZ&df%5Bid%5D=DSD_HEALTH_STAT%2540DF_LE&df%5Bag%5D=OECD.ELS.HD&df%5Bvs%5D=&pd=2015,&dq=.A...Y0.....&ly%5Brw%5D=REF_AREA&ly%5Bcl. Ultimo accesso: 30 settembre 2026.

[112] 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_INDDEMOG1/IT1,22_293_DF_DCIS_INDDEMOG1_1,1.0. Ultimo accesso: 30 settembre 2026.

di 83,7 anni (+0,2 anni rispetto al 2024), si passa dagli 85 anni della Provincia autonoma di Trento agli 82,1 anni della Campania, con una differenza di quasi 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, un dato coerente con le criticità dei servizi sanitari regionali e con la maggiore incidenza della povertà assoluta, senza che da questa associazione possa essere desunto un rapporto causale diretto.

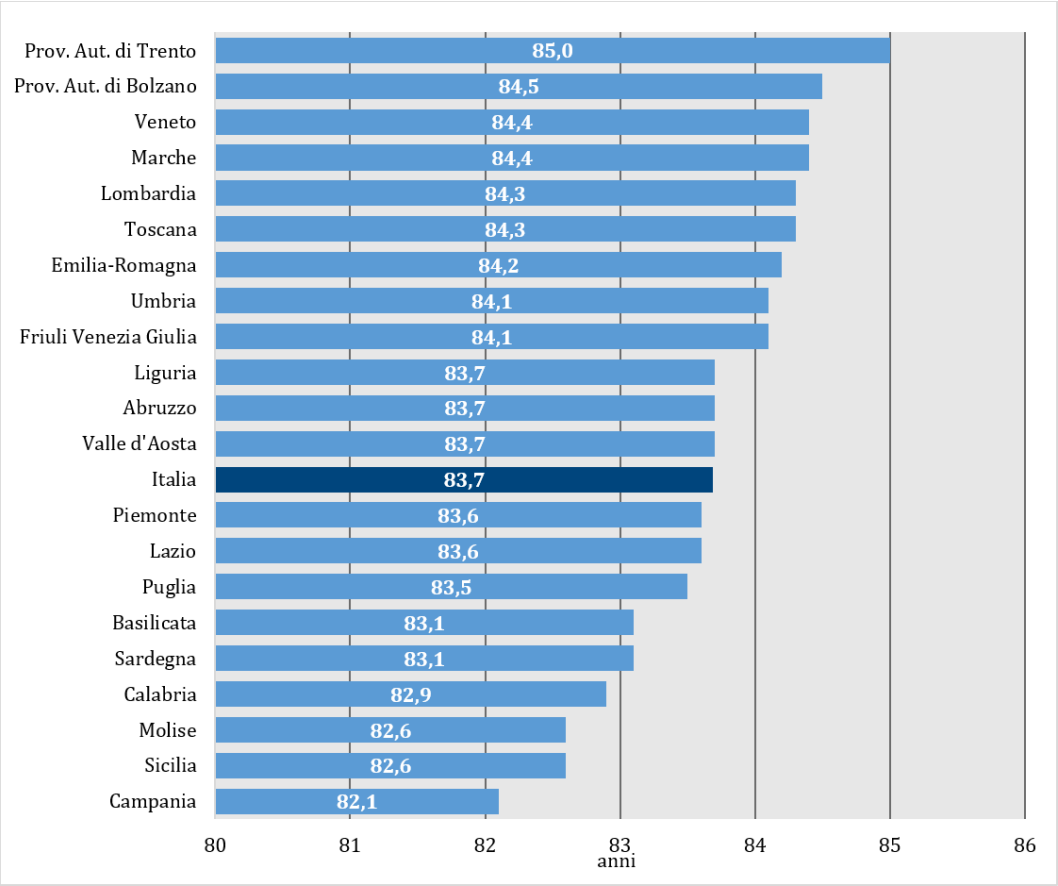


Figura 4.19. Aspettativa di vita alla nascita
(dati ISTAT, 2025)

In conclusione, l'entità della spesa out-of-pocket considerata isolatamente, non è un indicatore sufficiente a misurare la riduzione delle tutele pubbliche. Da un lato, infatti, è compressa dai bisogni di salute non soddisfatti, in quanto "arginata" dalle difficoltà economiche delle famiglie: limitazione delle spese per la salute, indisponibilità economica temporanea e, soprattutto, rinuncia alle prestazioni sanitarie. Dall'altro, può essere accresciuta dalla spesa a basso valore, spesso indotta da fenomeni di consumismo sanitario e trainata dalla capacità di spesa individuale. In altri termini, alcune famiglie alimentano la quota di spesa out-of-pocket stimata intorno al 40% e destinata a servizi e prestazioni senza un beneficio documentato sulla salute, mentre altre, a causa delle difficoltà economiche, non riescono a soddisfare bisogni di salute reali ai quali un SSN in affanno non riesce a dare risposta.

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 tra un'offerta pubblica insufficiente e una 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 su valori pari

o inferiori alla media nazionale. Infine, la povertà assoluta richiede urgenti politiche di contrasto, non solo per garantire a tutte le persone un tenore di vita dignitoso, ma anche per ridurre le diseguaglianze sociali nell'accesso alle cure. L'impossibilità di soddisfare con risorse proprie bisogni di salute non adeguatamente coperti dal SSN rischia infatti di compromettere ulteriormente la salute 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 Salute[113], 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.
- Le informazioni sulle quote versate ai fondi sanitari integrativi sono parzialmente ricavabili dai report ANIA[114], 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 "riassicurazione 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 "riassicurati" né il valore economico di tale riassicurazione: 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-SHA[115], secondo cui nel 2025 i regimi di finanziamento volontari (HF.2) ammontano complessivamente a € 6.971 milioni, così ripartiti:

- € 5.290 milioni per le assicurazioni sanitarie volontarie (HF.2.1);
- € 694 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";
- € 987 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 riassicurata, 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 potrebbe risultare sottostimata per la mancata contabilizzazione dei fondi sanitari non riassicurati, 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 2025 ammonta a € 6.971 milioni (figura 4.20) così ripartiti:

---

[113] 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 2026.

[114] Associazione Nazionale fra le Imprese Assicuratrici. ANIA Pubblicazioni. Disponibile a: www.ania.it/pubblicazioni. Ultimo accesso: 30 settembre 2026.

[115] Istituto Nazionale di Statistica. IstatData. Conti nazionali. Sistema dei conti della sanità. Edizione maggio 2026. Disponibile a: https://esploradati.istat.it/databrowser/#/it/dw/categories/IT1,DATAWAREHOUSE,1.0/UP_ACC_HEALTH. Ultimo accesso: 30 settembre 2026.

- € 2.427 milioni per l'assistenza sanitaria per cura (HC.1) e riabilitazione (HC.2)
- € 271 milioni per l'assistenza sanitaria a lungo termine (HC.3)
- € 453 milioni per servizi ausiliari (HC.4)
- € 441 milioni per prodotti farmaceutici e altri apparecchi terapeutici (HC.5)
- € 1.017 milioni per i servizi di prevenzione delle malattie (HC.6)
- € 2.362 milioni per governance e amministrazione del sistema sanitario e del finanziamento (HC.7)

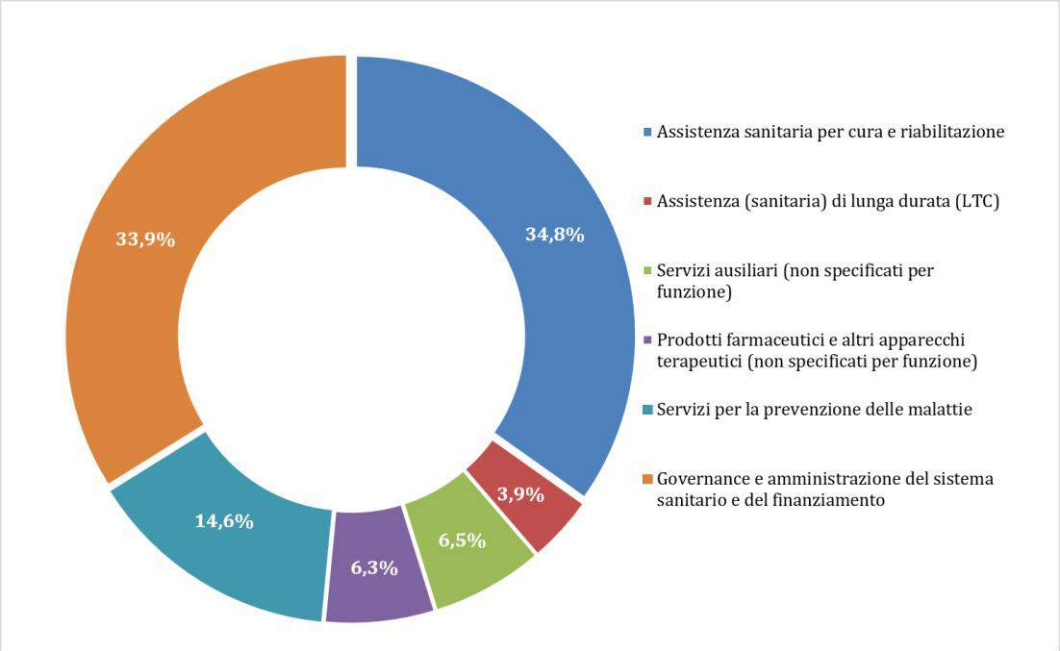


Figura 4.20. Spesa sanitaria intermediata per funzione di spesa
(dati ISTAT-SHA, anno 2025)

La distribuzione per funzione evidenzia che € 2.362 milioni, pari al 33,9% della spesa intermediata, sono classificati da ISTAT-SHA come spesa per la governance e l'amministrazione del sistema sanitario e del finanziamento. Tale voce comprende tutti i costi amministrativi, ma i dati disponibili non consentono di identificare le singole componenti: oneri di riassicurazione, fondo di garanzia, margini delle compagnie. Il dato risulta comunque in linea con *l'expense ratio* riportato nella letteratura internazionale, pari al 30-35%. Le altre principali quote di spesa sono destinate all'assistenza sanitaria per cura e riabilitazione (34,8%), ai servizi di prevenzione (14,6%) e ai prodotti farmaceutici e altri apparecchi terapeutici (6,3%).

Trend 2012-2025. Nel periodo 2012-2025 la spesa sanitaria intermediata è cresciuta complessivamente di € 3.964 milioni, con un trend in costante aumento, interrotto soltanto da una lieve flessione nel 2020. Particolarmente significativo è l'andamento del periodo 2021-2025, quando l'incremento ha raggiunto € 2.674 milioni, pari a quasi il 68% dell'aumento registrato nell'intero periodo. Nel 2025, rispetto al 2024, si osserva un incremento della spesa intermediata pari a € 642 milioni (+10,1%) (figura 4.21).

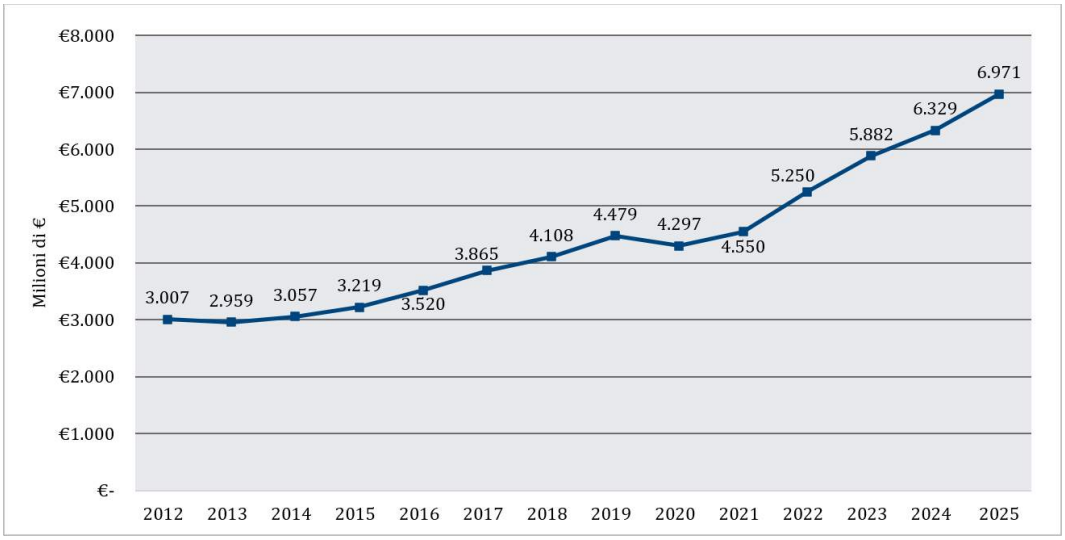


Figura 4.21. Trend spesa sanitaria intermediata 2012-2025
(dati ISTAT-SHA)

Il trend delle diverse componenti di spesa sanitaria intermediata nel periodo 2012-2025 è riportato in figura 4.22, le variazioni assolute e percentuali in tabella 4.10. Questi trend documentano la crescita della spesa intermediata e, in particolare, della voce relativa a governance e amministrazione, soprattutto da quando le compagnie assicurative hanno assunto un ruolo centrale nella gestione dei fondi sanitari integrativi.

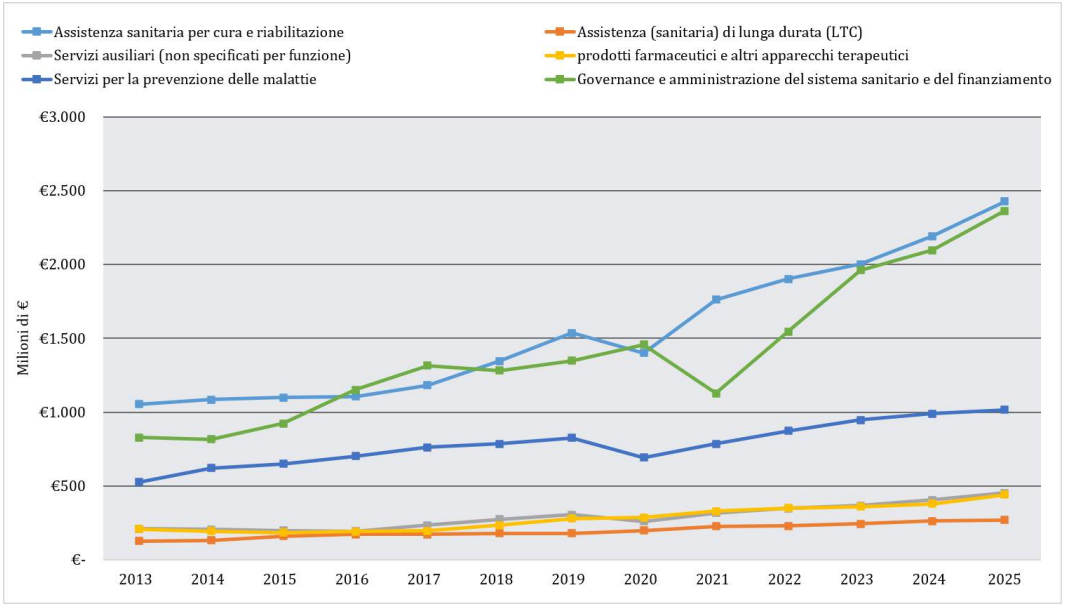


Figura 4.22. Trend spesa sanitaria intermediata per tipo di funzioni di assistenza
(dati ISTAT-SHA)

Tipo di funzioni di assistenza sanitaria	2012	2025	Delta	Delta (%)
Assistenza sanitaria per cura e riabilitazione	1.068	2.427	1.359	127,2%
Assistenza sanitaria a lungo termine	122	271	149	122,1%
Servizi ausiliari	224	453	229	102,2%
Prodotti farmaceutici e altri apparecchi terapeutici	217	441	224	103,2%
Servizi per la prevenzione delle malattie	513	1.017	504	98,2%
Governance e amministrazione del sistema sanitario e del finanziamento	863	2.362	1.499	173,7%
TOTALE	**3.007**	**6.971**	**3.964**	**131,8%**
Dati in milioni di €				

Tabella 4.10. Spesa sanitaria intermediata per tipo di funzioni di assistenza sanitaria: variazioni 2025 vs 2012
(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 e di 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 D.Lgs. 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.

I decreti Turco e Sacconi hanno previsto, per i fondi di tipo B, che l'accesso ai benefici fiscali sia subordinato alla destinazione di almeno il 20% delle risorse a prestazioni vincolate, in particolare di assistenza odontoiatrica e per la non autosufficienza. I fondi di tipo A restano invece finalizzati alle prestazioni integrative previste dall'art. 9 del D.Lgs. 502/1992. Di conseguenza, i fondi di tipo B, pur definiti "integrativi", possono destinare sino all'80% delle risorse a prestazioni comprese nei LEA, esercitando di fatto una funzione sostitutiva senza perdere l'accesso ai benefici fiscali.

Per rafforzarne il monitoraggio, il DM 30 settembre 2022 aveva istituito il Cruscotto dei fondi sanitari integrativi, la cui piena operatività è stata tuttavia più volte rinviata. Solo con il DM 26 giugno 2026 sono state ridefinite modalità e tempi di trasmissione dei dati per il triennio 2026-2028, prevedendo una fase sperimentale nel 2026 e, a partire dal 2027, l'obbligo di trasmissione dei dati attraverso il Cruscotto, quale ulteriore requisito per l'iscrizione o il rinnovo dell'iscrizione all'Anagrafe.

L'ultimo report sui fondi sanitari integrativi pubblicato dal Ministero della Salute risale al 2024[116] con dati relativi all'anno 2023, confermando che la disponibilità pubblica delle informazioni presenta un rilevante ritardo rispetto alla rapida espansione del settore. 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 4.11). Secondo le stime di Itinerari Previdenziali[117] nel 2025 il numero di iscritti totali potrebbe aver raggiunto i 18 milioni.

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 4.11. Iscritti ai fondi sanitari per categoria
(dati Anagrafe fondi sanitari, Ministero della Salute, 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.

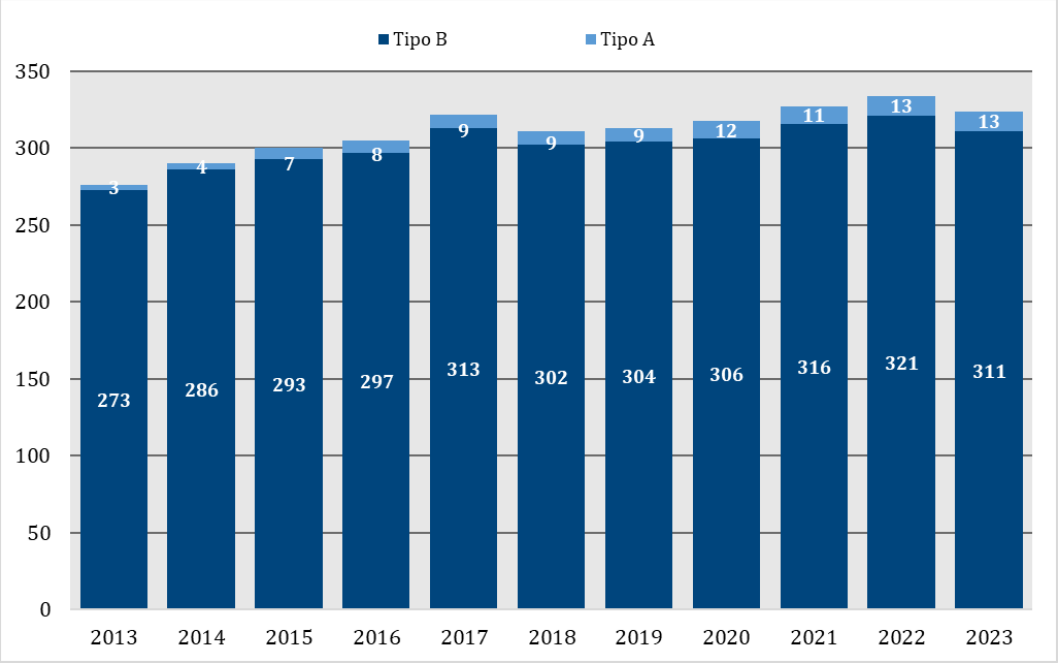


Figura 4.23. Numero fondi sanitari per anno di attestazione
(dati Anagrafe fondi sanitari, Ministero della Salute, anno 2023)

[116] 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 2026.

[117] Centro Studi e Ricerche Itinerari Previdenziali. Tredicesimo Report Annuale. Investitori istituzionali italiani: iscritti, risorse e gestori per l'anno 2025. Milano, settembre 2026. Disponibile a: www.itinerariprevidenziali.it/ricerca/investitori-istituzionali-report-2025/. Ultimo accesso: 30 settembre 2026.

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 € 3.243 milioni (figura 4.24).

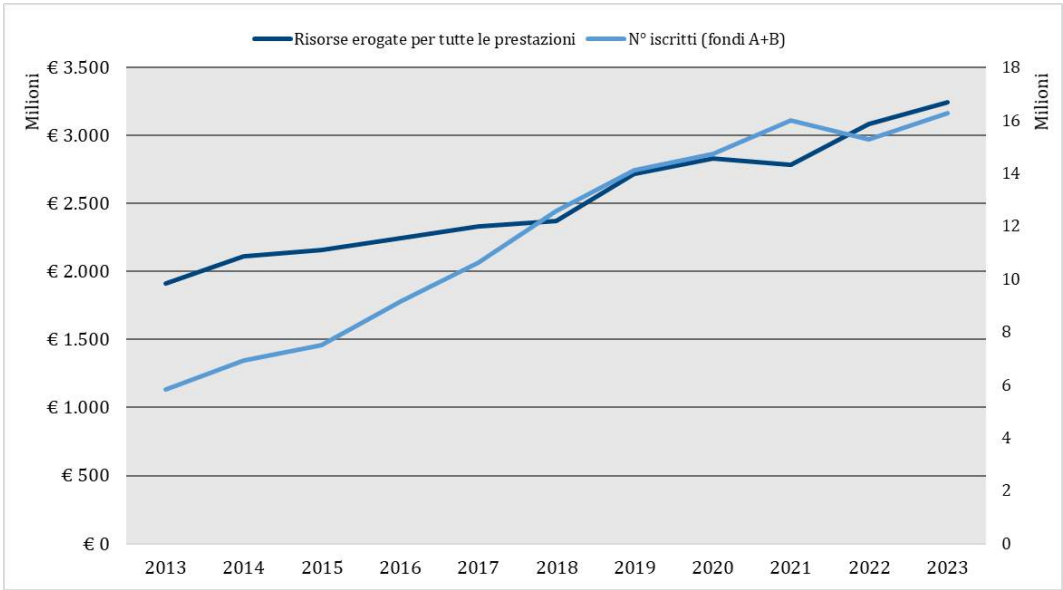


Figura 4.24. Numero iscritti ai fondi sanitari e risorse erogate per tutte le prestazioni: fondi sanitari tipo A + tipo B
(dati Anagrafe fondi sanitari, Ministero della Salute, anno 2023)

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 subìto una marcata riduzione dal 2013 al 2018, per poi stabilizzarsi negli anni successivi (figura 4.25).

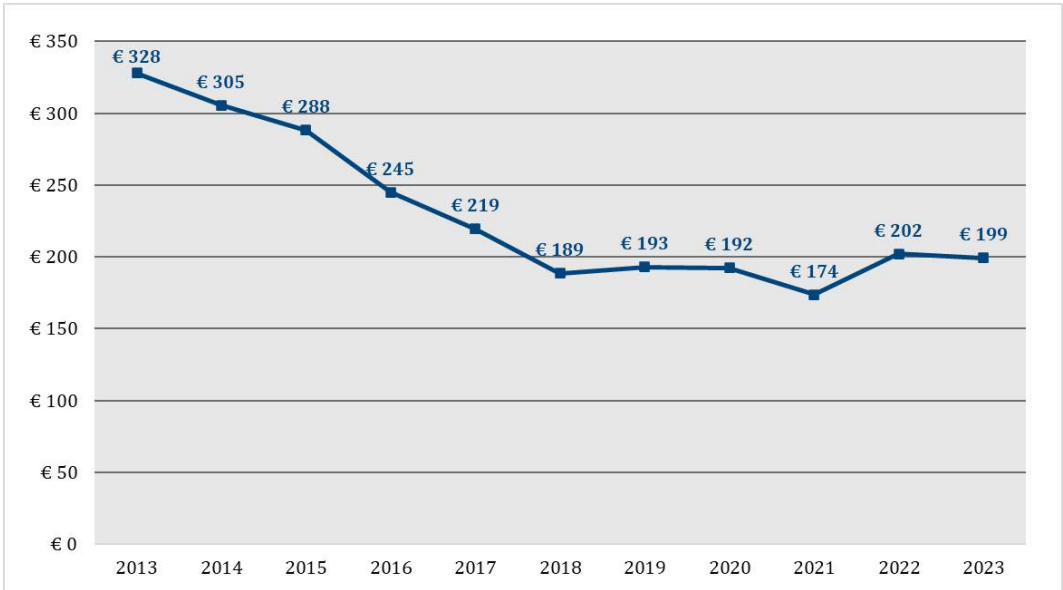


Figura 4.25. Risorse erogate per iscritto dai fondi sanitari
(dati Anagrafe fondi sanitari, Ministero della Salute, anno 2023)

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 (c.d. 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.

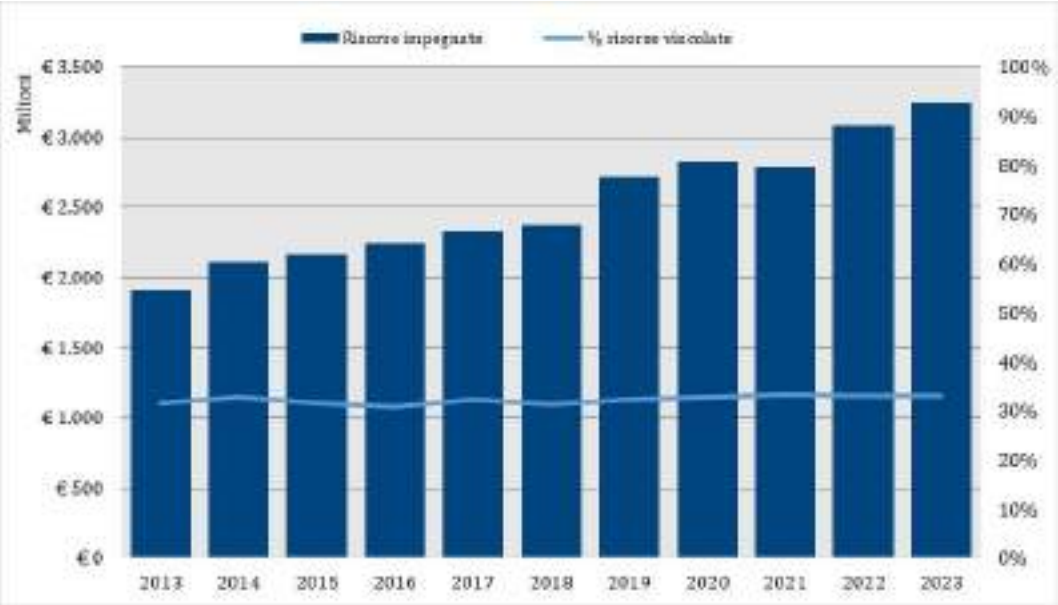


Figura 4.26. Risorse erogate dai fondi sanitari di tipo B: valore assoluto e % risorse vincolate
(dati Anagrafe fondi sanitari, Ministero della Salute, anno 2023)

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).

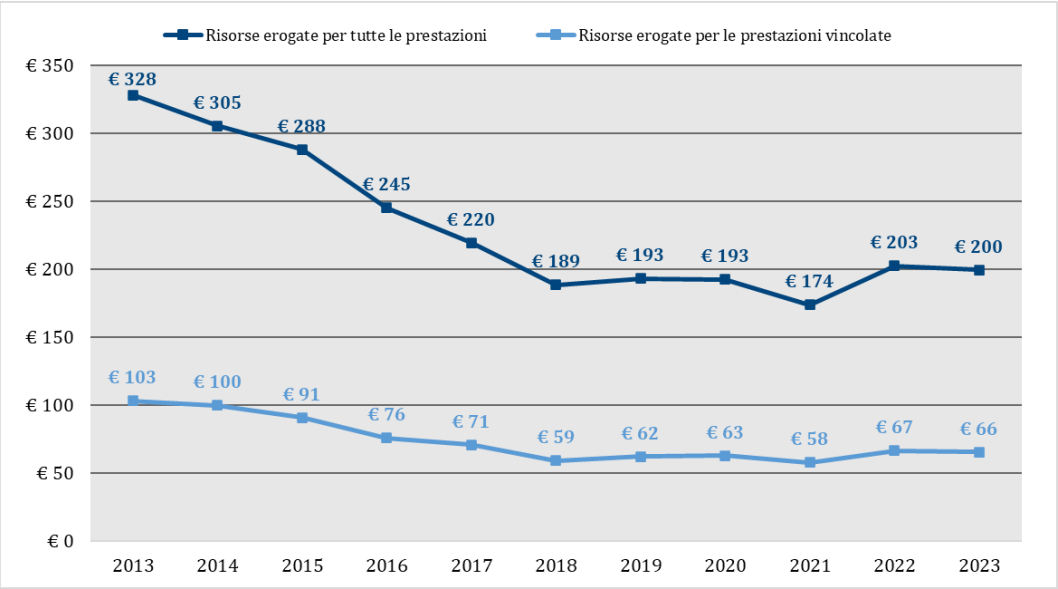


Figura 4.27. Risorse erogate per iscritto dai fondi sanitari di tipo B
(dati Anagrafe fondi sanitari, Ministero della Salute, anno 2023)

Come già rilevato, il report del Ministero della Salute fornisce esclusivamente i dati relativi alle risorse erogate dai 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.

Il report annuale di Itinerari Previdenziali sugli investitori istituzionali italiani consente di elaborare alcune stime su un campione di 51 fondi, che rappresentano circa il 68% degli iscritti[118] (tabella 4.12).

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	11.826.521	3.072,18	2.738,37	333,81
2025	12.724.781	3.227,04	2.949,41	277,63
* milioni di €				

Tabella 4.12. Fondi sanitari integrativi: iscritti, contributi versati e risorse erogate
(dati indagine Itinerari Previdenziali)

Il trend 2020-2025 (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 milioni del 2020 – anno in cui la pandemia aveva ridotto l'erogazione di prestazioni – è scesa a € 388 milioni nel 2021, per poi risalire a € 404 milioni nel 2022 e stabilizzarsi a € 402 milioni nel 2023. Nel 2024, invece, si è registrata una netta flessione a € 334 milioni (-€ 68 milioni) proseguita anche nel 2025 (-€ 56 milioni), che ha portato a registrare il valore più basso dell'intero periodo (€ 278 milioni). La riduzione del margine tra contributi e prestazioni è compatibile con una maggiore richiesta di rimborsi, ma i dati campionari non consentono di attribuirla univocamente all'indebolimento del SSN né, da soli, di valutare la sostenibilità dei fondi.

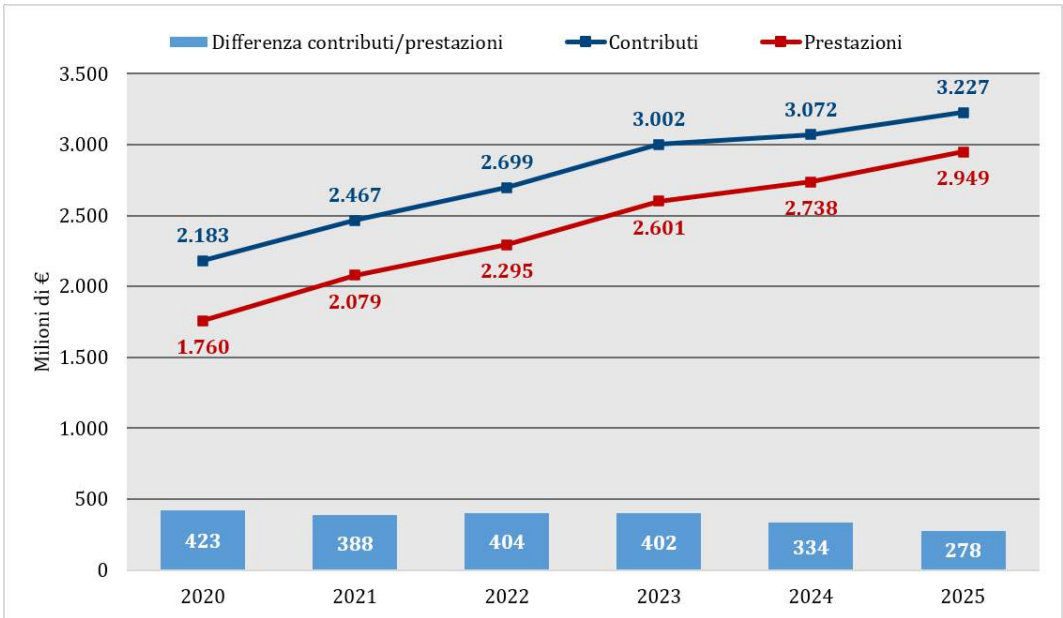


Figura 4.28. Fondi sanitari integrativi: contributi, prestazioni, differenza contributi/prestazioni
(dati indagine Itinerari Previdenziali)

[118] Centro Studi e Ricerche Itinerari Previdenziali. Tredicesimo Report Annuale. Investitori istituzionali italiani: iscritti, risorse e gestori per l'anno 2025. Milano, settembre 2026. Disponibile a: www.itinerariprevidenziali.it/ricerca/investitori-istituzionali-report-2025/. Ultimo accesso: 30 settembre 2026.

Infatti, parametrando gli indicatori economici (contributi versati e risorse erogate) al numero degli iscritti, in costante crescita (tabella 4.13), emergono due aspetti rilevanti. Anzitutto, il valore medio delle risorse erogate per ciascun iscritto è rimasto stabile nel periodo 2020-2022, per poi aumentare nel 2023 e 2024, stabilizzandosi nel 2025 al valore dell'anno precedente. In secondo luogo, la differenza tra il valore medio dei contributi versati e quello delle risorse erogate per singolo iscritto mostra un andamento decrescente, fino a raggiungere nel 2025 il minimo del periodo, pari a € 21,82 in calo del 22,7% rispetto all'anno precedente (€ 28,23).

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	11.826.521	€ 259,77	€ 231,54	€ 28,23
2025	12.724.781	€ 253,60	€ 231,78	€ 21,82

Tabella 4.13. Fondi sanitari integrativi: iscritti, contributi e prestazioni per iscritto
(dati indagine Itinerari Previdenziali)

La progressiva riduzione del margine lordo tra contributi e prestazioni costituisce un segnale di attenzione. Da sola, tuttavia, non consente di stimare le risorse destinate al fondo di garanzia né di valutare la sostenibilità dei fondi, che dipende anche da costi di funzionamento, riserve tecniche e situazione patrimoniale (figura 4.29).

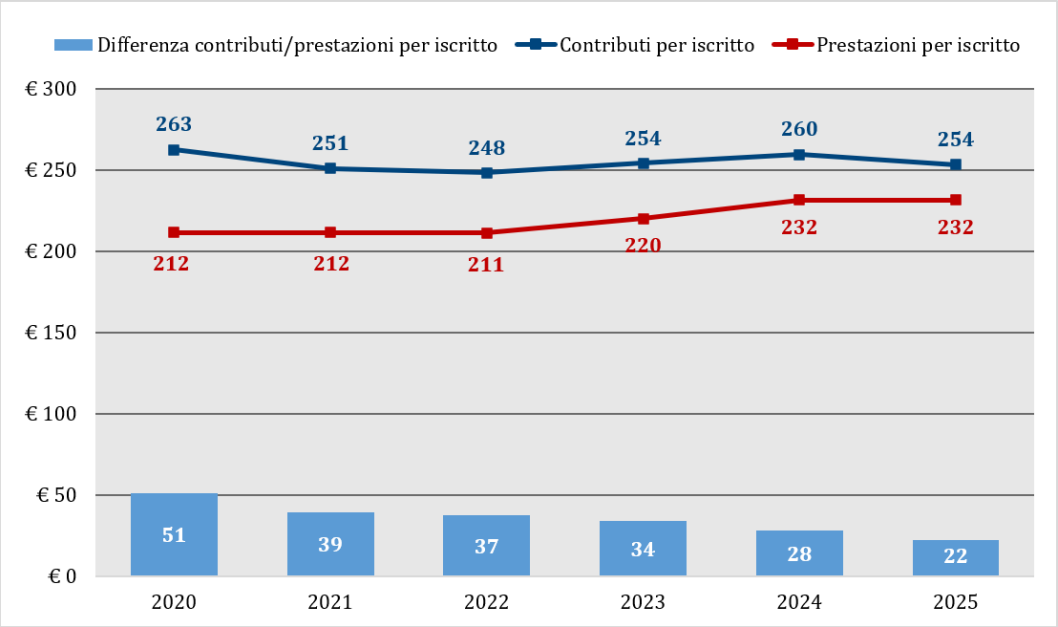


Figura 4.29. Fondi sanitari integrativi: contributi, prestazioni e differenza contributi/prestazioni per iscritto
(dati indagine Itinerari Previdenziali)

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, anche per effetto dell'incapacità del SSN di garantire prestazioni in tempi adeguati, si delinea infatti uno scenario critico. Nell'impossibilità di incrementare il valore dei contributi, anche la capacità del secondo pilastro di rispondere ai bisogni non soddisfatti potrebbe ridursi, 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 diventare esso stesso insostenibile, favorendo la privatizzazione della sanità e un ulteriore aumento delle diseguaglianze.

Il 30 luglio 2026 il presidente della 10ª Commissione del Senato Francesco Zaffini ha presentato la risoluzione 7-00040 sulla riforma della sanità integrativa, a conclusione dell'indagine conoscitiva avviata nel dicembre 2022 sulle forme integrative di previdenza e assistenza sanitaria[119]. La risoluzione impegna il Governo a riformare il settore con l'obiettivo di aumentare l'intermediazione collettiva della spesa sanitaria privata e di configurare la sanità integrativa come strumento di integrazione «con e del» SSN, salvaguardandone il principio di universalità.

Il documento punta a rafforzare il cosiddetto secondo pilastro secondo una logica di sussidiarietà e di integrazione di sistema, con particolare attenzione alla prevenzione e alla long-term care, prevedendo di ampliare la platea degli iscritti ai fondi dagli attuali 15 milioni a circa 30 milioni. A tal fine, vengono indicate diverse azioni: contrastare l'omissione dei contributi dovuti dai datori di lavoro sulla base dei CCNL; estendere le coperture ai familiari degli iscritti; consentire il mantenimento dell'adesione ai fondi dopo il pensionamento attraverso la contribuzione volontaria; sviluppare la sanità integrativa nel pubblico impiego.

Sul piano regolatorio, la risoluzione propone un riordino organico della normativa, anche attraverso un testo unico, il rafforzamento di trasparenza, rendicontazione, monitoraggio e vigilanza e un maggiore coordinamento tra Ministero della Salute, IVASS e Agenas. Prevede inoltre di rimodulare gli ambiti di attività dei fondi, riservando maggiore spazio alle prestazioni extra-LEA, affinché il secondo pilastro operi prevalentemente in funzione integrativa e complementare rispetto al SSN.

Particolarmente rilevante è, infine, la richiesta di accompagnare la riforma con una valutazione della sua «convenienza sociale», verificando se le risorse pubbliche impiegate sotto forma di agevolazioni fiscali producano benefici superiori a quelli ottenibili mantenendo le stesse risorse nella fiscalità generale. Questo principio introduce un criterio essenziale per valutare la riforma: l'espansione della sanità integrativa non dovrebbe rappresentare un obiettivo in sé, ma essere subordinata alla capacità di generare valore aggiuntivo rispetto al finanziamento diretto del SSN, senza comprometterne universalità, equità e sostenibilità.

[119] 10ª Commissione Affari sociali – Senato della Repubblica. Resoconto sommario n. 437. Atto di indirizzo "Sulla riforma della sanità integrativa". Roma, 3 agosto 2026. Disponibile a: www.parlamento.it/show-doc?tipodoc=SommComm&leg=19&id=1518110&part=doc_dc-sedetit_adi-genbl_srdsi-intervento_zaffinifdi. Ultimo accesso: 30 settembre 2026.

4.3. Benchmark internazionali

La fonte utilizzata è l'*OECD Data Explorer*[120], aggiornato al 6 luglio 2026, che per il 2025 riporta dati provvisori per 21 dei 38 Paesi dell'area OCSE e dati stimati per i restanti 17. Le differenze tra dati definitivi, provvisori e stimati sono illustrate nel box 4.4.

Box 4.4. Tipologie e caratteristiche dei dati OCSE

Dato definitivo. È un dato fornito direttamente dall'autorità statistica nazionale o competente (es. Ministero della Salute, ISTAT, etc.), validato sia dall'autorità nazionale sia dall'OCSE.

Dato provvisorio (*provisional*). È un dato fornito da un'autorità nazionale o da un'altra fonte ufficiale, ma non ancora consolidato, che può subire lievi modifiche in fase di validazione definitiva. Di norma riguarda gli anni più recenti.

Dato stimato (*estimated*). È un dato non fornito dall'autorità nazionale o da una fonte ufficiale ma calcolato dall'OCSE mediante metodi statistici o procedure di stima basati su modelli, trend storici o indicatori ausiliari. Presenta un grado di affidabilità inferiore 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 sia in $ pro-capite a prezzi correnti e convertiti a parità di potere d'acquisto. I valori pro-capite a prezzi correnti esprimono la spesa ai prezzi dell'anno di riferimento; per consentire confronti omogenei tra Paesi, l'OCSE converte le valute nazionali in dollari statunitensi utilizzando le parità di potere d'acquisto – *Purchasing Power Parities* (PPP) – tassi di conversione che neutralizzano le differenze nei livelli dei prezzi tra Paesi. Per la spesa sanitaria l'OCSE utilizza le PPP riferite all'*Actual Individual Consumption* (AIC), ossia ai consumi individuali effettivi, che comprendono i beni e servizi effettivamente consumati dalle famiglie indipendentemente da chi ne sostiene il costo, inclusi quindi i servizi sanitari, educativi e sociali finanziati dalle amministrazioni pubbliche. L'AIC è il parametro utilizzato per rendere comparabili i livelli di spesa tra Paesi. Pertanto, i valori espressi in $ PPP rappresentano livelli di spesa comparabili in termini di potere d'acquisto e non importi ottenuti applicando i tassi di cambio di mercato.

Sono stati effettuati confronti tra i Paesi dell'area OCSE per le principali componenti della spesa sanitaria: totale, pubblica e privata (totale, out-of-pocket e intermediata). I dati dell'Italia sono stati confrontati sia con quelli dei singoli Paesi dell'area OCSE, sia con la media OCSE e con la media dei Paesi europei appartenenti sia all'OCSE sia all'Unione Europea (media EU).

In rapporto al PIL, la spesa sanitaria totale italiana si attesta all'8,4%, un punto percentuale in meno della media OCSE (9,4%), collocando l'Italia al 26° posto su 38 paesi. Il divario è quasi interamente riconducibile alla componente pubblica, pari al 6,2% del PIL contro il 7,1% della media OCSE, con uno scarto di 0,9 punti percentuali e il 25° posto. La spesa privata complessiva è invece allineata alla media (2,2% del PIL), ma presenta una composizione differente: la componente out-of-pocket è più elevata (1,9% contro 1,7%; 12° posto), mentre quella intermediata è inferiore (0,3% contro 0,5%; 25° posto) (tabella 4.14).

[120] Organisation for Economic Co-operation and Development. OECD Data Explorer. Health expenditure and financing. Last updated July 6, 2026. Disponibile a: https://data-explorer.oecd.org/vis?fs[0]=Topic%2C0%7CHealth%23HEA%23&pg=0&fc=Topic&bp=true&snb=79&df[ds]=dsDisseminateFinalDMZ&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%2C&to[TIME_PERIOD]=false. Ultimo accesso: 30 settembre 2026.

	Italia	Media OCSE	Rank Italia
Totale	8,4	9,4	26/38
Pubblica	6,2	7,1	25/38
Privata	2,2	2,2	16/38
Out-of-pocket	1,9	1,7	12/38
Intermediata	0,3	0,5	25/38
Eventuali scostamenti derivano da arrotondamenti			

Tabella 4.14. Raffronto dati OCSE sulla spesa sanitaria in % del PIL

In termini pro capite, la spesa sanitaria totale italiana si attesta a $ 5.337 PPP, $ 760 in meno rispetto alla media OCSE (-12,5%), collocando l'Italia al 24° posto su 38 Paesi. Il divario aumenta per la componente pubblica: $ 3.952 rispetto a $ 4.861, con una differenza di $ 909 (-18,7%) e il 24° posto. La spesa privata complessiva è invece sostanzialmente allineata alla media OCSE ($ 1.385 contro $ 1.407; -1,6%), ma presenta una composizione molto diversa. La spesa out-of-pocket è superiore alla media ($ 1.189 contro $ 1.059; +12,3%), mentre quella privata intermediata è nettamente inferiore ($ 196 contro $ 348; -43,7%). Di conseguenza, in Italia la spesa direttamente sostenuta dalle famiglie rappresenta l'85,9% della spesa privata, rispetto al 75,3% della media OCSE, mentre la componente intermediata si ferma al 14,1%, rispetto al 24,7% (tabella 4.15).

	Italia	Media OCSE	Rank Italia
Totale	$ 5.337	$ 6.097	24/38
Pubblica	$ 3.952	$ 4.861	24/38
Privata	$ 1.385	$ 1.407	16/38
Out-of-pocket	$ 1.189	$ 1.059	13/38
Intermediata	$ 196	$ 348	23/38

Tabella 4.15. Raffronto dati OCSE sulla spesa sanitaria in $ PPP pro-capite

Nel complesso, i dati restituiscono un quadro coerente: il divario dell'Italia rispetto alla media OCSE riguarda soprattutto la componente pubblica. La spesa privata complessiva è sostanzialmente allineata alla media, ma non compensa tale divario e presenta una struttura meno intermediata: il peso della spesa direttamente a carico delle famiglie è più elevato, mentre quello di fondi e assicurazioni supera di poco la metà della media OCSE. Questa composizione determina una minore condivisione del rischio finanziario e può rendere l'accesso alle cure maggiormente dipendente dalla capacità di spesa individuale, con potenziali ricadute sull'equità e sulla protezione finanziaria. I dati non consentono tuttavia di misurare direttamente tali effetti, né di valutare l'appropriatezza delle prestazioni acquistate privatamente. Documentano invece che, rispetto alla media OCSE, la minore spesa pubblica si accompagna a una maggiore esposizione diretta delle famiglie.

4.3.1. Spesa sanitaria totale

In Italia, nel 2025 la spesa sanitaria totale incide per l'8,4% sul PIL, un valore stabile rispetto al 2024, ma inferiore sia alla media OCSE (9,4%) sia alla media EU (9,2%), entrambe aumentate di 0,1 punti percentuali rispetto all'anno precedente. Nell'Unione Europea, questo

valore colloca l'Italia dietro Germania, Austria, Francia, Belgio, Svezia, Finlandia, Portogallo, Paesi Bassi, Slovenia, Danimarca, Repubblica Ceca, Polonia e Spagna (figura 4.30).

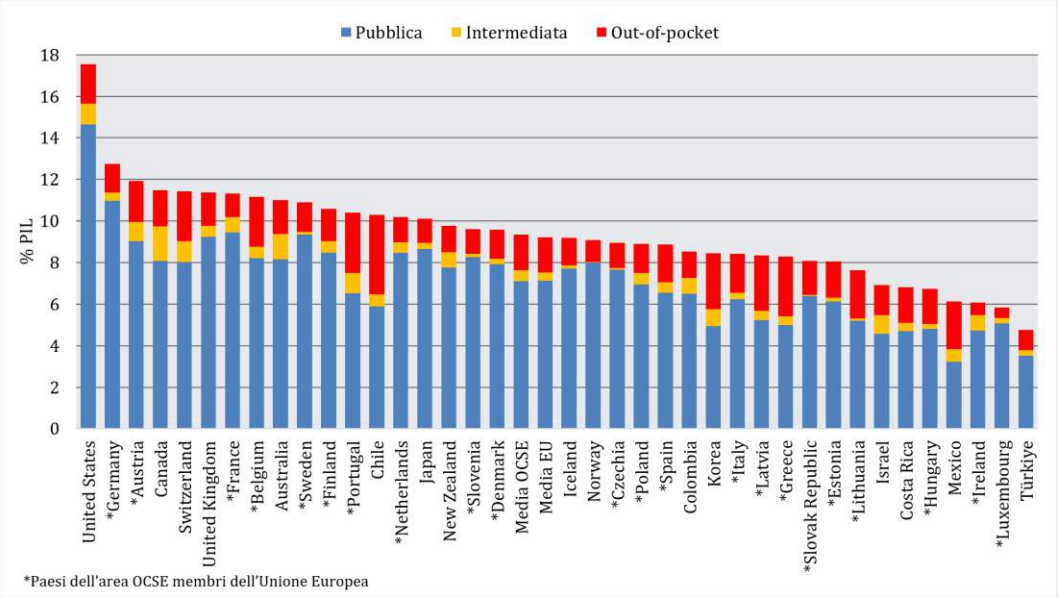


Figura 4.30. Spesa sanitaria nei paesi OCSE in percentuale del PIL
(dati OCSE, anno 2025 o più recente disponibile)

La posizione del nostro Paese peggiora ulteriormente se si considera la spesa sanitaria totale pro-capite in $ PPP; con $ 5.337 l'Italia si colloca al di sotto sia della media OCSE ($ 6.097) sia della media EU ($ 6.129). Nell'Unione Europea, questo valore colloca l'Italia tra i Paesi che spendono meno, davanti soltanto a Polonia, Lituania, Estonia, Repubblica Slovacca, Lettonia, Grecia e Ungheria (figura 4.31).

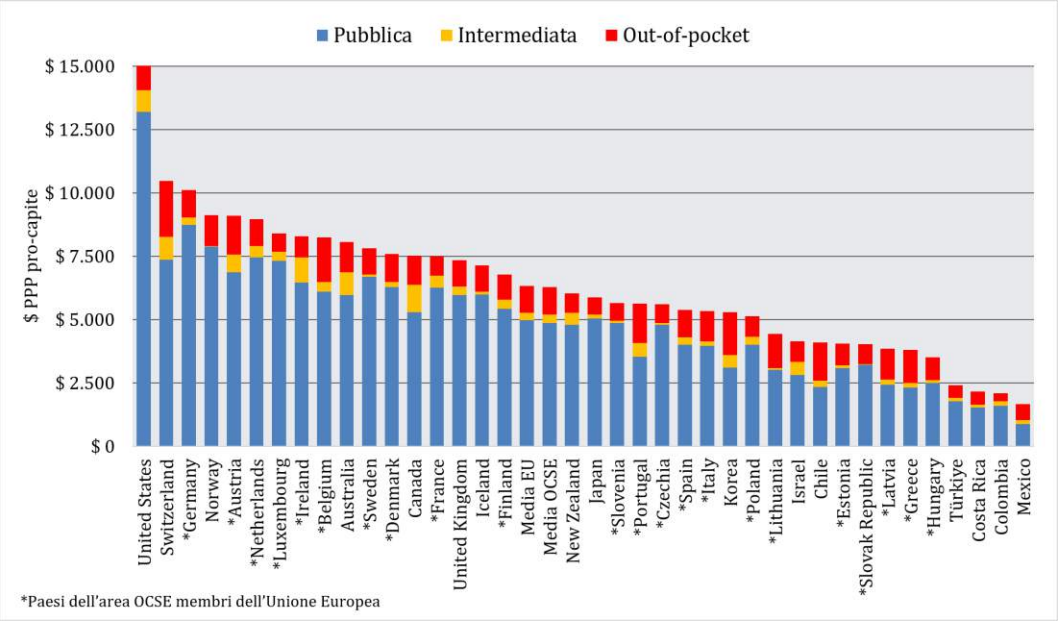


Figura 4.31. Spesa sanitaria nei Paesi OCSE in $ PPP pro-capite
(dati OCSE, anno 2025 o più recente disponibile)

4.3.2. Spesa sanitaria pubblica

Nel dataset OCSE, la spesa sanitaria pubblica include, per ciascun Paese, diversi schemi di finanziamento, di cui uno generalmente prevalente: fiscalità generale (es. Italia, Regno Unito), assicurazione sociale obbligatoria (es. Germania, Francia), assicurazione privata obbligatoria (ad esempio, Svizzera e Paesi Bassi). Nel 2025, in Italia la spesa sanitaria pubblica si attesta al 6,2% del PIL, un valore nettamente inferiore sia alla media OCSE sia alla media EU, entrambe pari al 7,1%. Sono 14 i Paesi europei dell'area OCSE che destinano alla sanità una quota di PIL superiore a quella dell'Italia, con un gap che va dai +4,8 punti percentuali della Germania (11% del PIL) ai +0,2 della Repubblica Slovacca (6,4% del PIL) (figura 4.32).

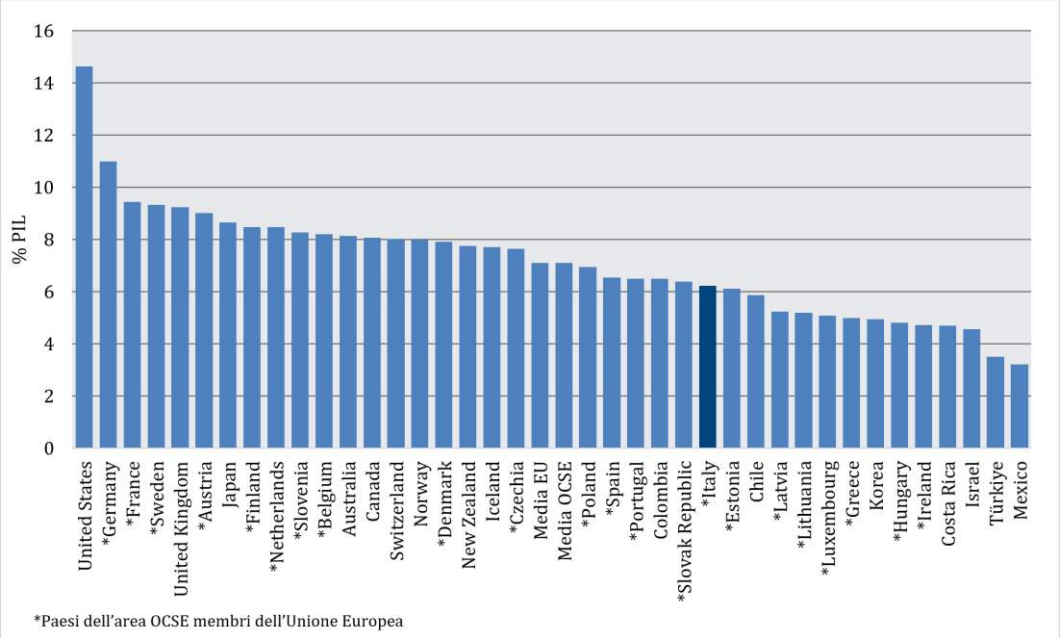


Figura 4.32. Spesa sanitaria pubblica nei paesi OCSE in percentuale del PIL
(dati OCSE, anno 2025 o più recente disponibile)

Nel 2025 anche la spesa sanitaria pubblica pro-capite, pari a $ 3.952, rimane in Italia nettamente inferiore sia alla media OCSE ($ 4.861), con un gap di $ 909, sia soprattutto alla media EU ($ 4.965), con un divario di $ 1.013. Tra gli Stati membri dell'Unione Europea, 14 Paesi investono più dell'Italia: si va dai +$ 47 della Spagna ($ 3.999) ai +$ 4.774 della Germania ($ 8.726). La spesa pubblica pro-capite è inferiore a quella italiana solo in alcuni Paesi dell'Europa dell'Est – Estonia, Lituania, Repubblica Slovacca, Ungheria, Lettonia – e dell'Europa meridionale (Portogallo, Grecia) (figura 4.33).

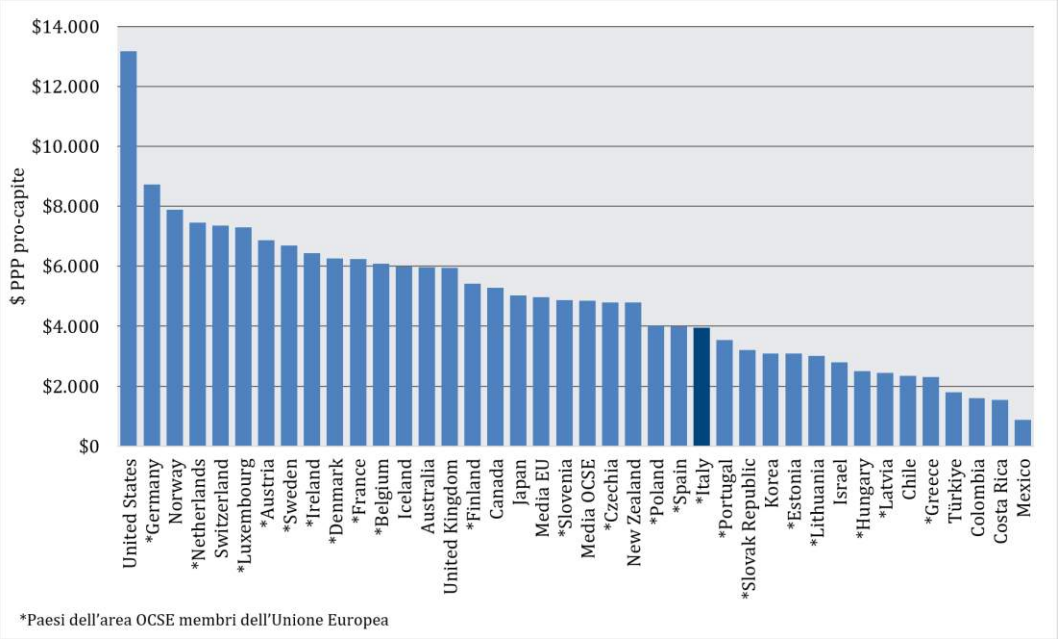


Figura 4.33. Spesa sanitaria pubblica nei paesi OCSE in $ PPP pro-capite
(dati OCSE, anno 2025 o più recente disponibile)

Gap con i paesi del G7. Il trend della spesa sanitaria pubblica pro-capite dei Paesi del G7 nel periodo 2008-2025 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 – registravano una spesa pubblica pro-capite compresa tra $ 2.415 e $ 3.469, l'Italia era fanalino di coda insieme al Giappone. Nel 2025 il divario si è ulteriormente ampliato: l'Italia rimane ultima con una spesa pro-capite di $ 3.952, mentre la Germania l'ha più che doppiata raggiungendo i $ 8.726. Particolarmente significativo è il confronto con il Regno Unito, che condivide con l'Italia il modello Beveridge: pur partendo nel 2008 da livelli di spesa di poco superiori e mantenendo un trend di crescita contenuto fino al 2019, dal 2020 ha incrementato in misura consistente le risorse pubbliche destinate alla sanità, superando Canada e Giappone e posizionandosi poco al di sotto della Francia.

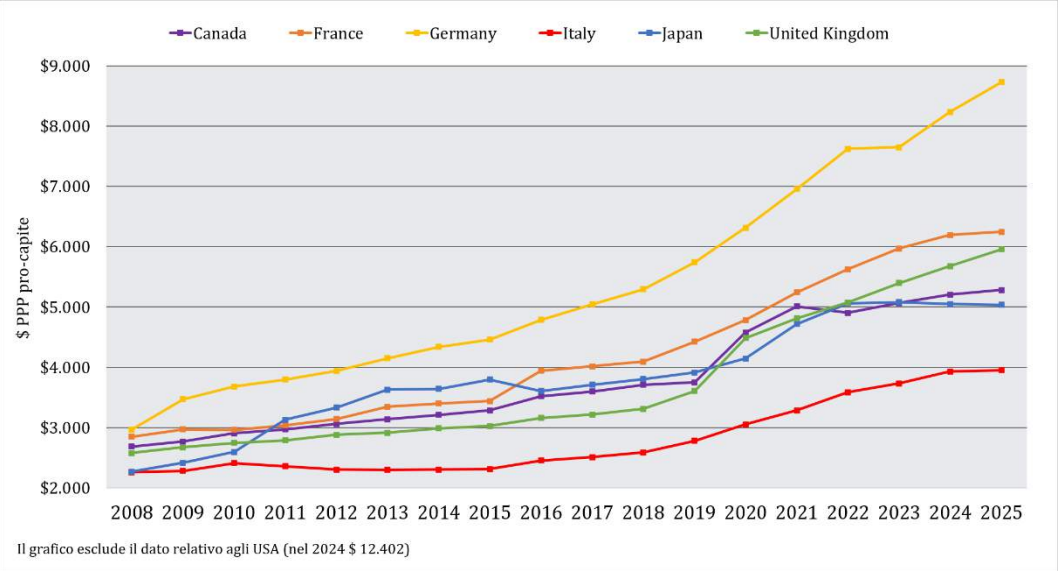


Figura 4.34. Trend spesa pubblica 2008-2025 nei paesi del G7 in $ PPP pro-capite
(dati OCSE)

Gap con la media dei paesi EU. Fino al 2011 la spesa sanitaria pubblica pro-capite in Italia ($ 2.360) era sostanzialmente allineata alla media dei Paesi europei ($ 2.349), ma dal 2012 i due trend si sono progressivamente allontanati, sino a raggiungere nel 2025 valori molto distanti: $ PPP 3.952 in Italia rispetto a $ PPP 4.965 della media EU (figura 4.35).

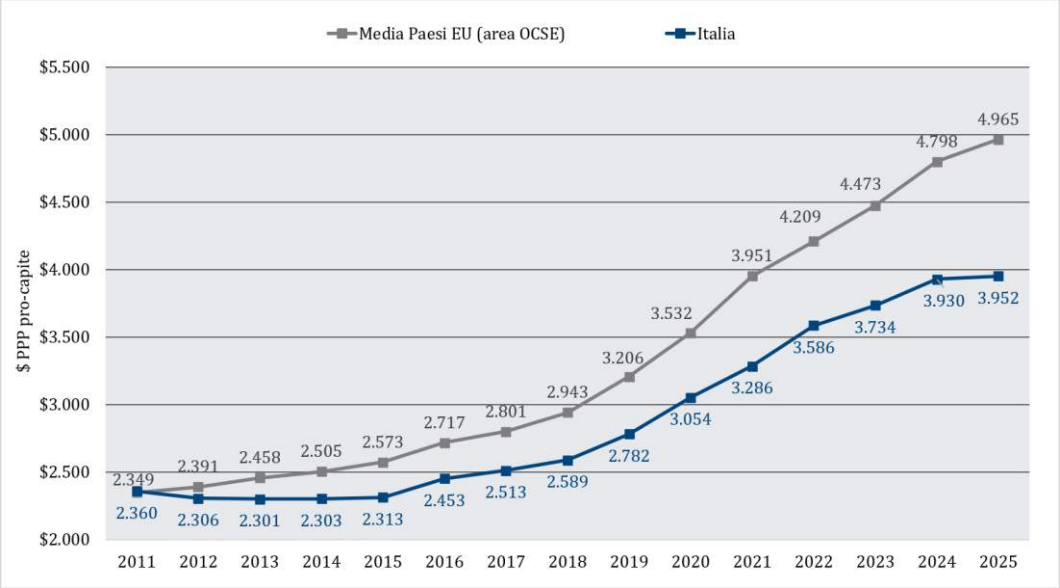


Figura 4.35. Trend spesa pubblica 2008-2025 in $ PPP pro-capite: media paesi europei area OCSE vs Italia
(dati OCSE)

Il divario si è progressivamente ampliato, passando da $ 86 PPP nel 2012 a $ 424 PPP nel 2019, per effetto di tagli e definanziamenti. Negli anni dell'emergenza pandemica, il gap è ulteriormente aumentato: l'Italia ha incrementato la spesa sanitaria pubblica, ma in misura inferiore rispetto agli altri paesi europei. Dopo una lieve riduzione nel 2022, il divario ha ripreso a crescere nel 2023-2024, sino a raggiungere nel 2025 i $ 1.013 PPP pro-capite. Il trend conferma che l'incremento della spesa sanitaria pubblica italiana nel periodo post-pandemico è stato nettamente inferiore a quello registrato, in media, nei Paesi EU (figura 4.36).

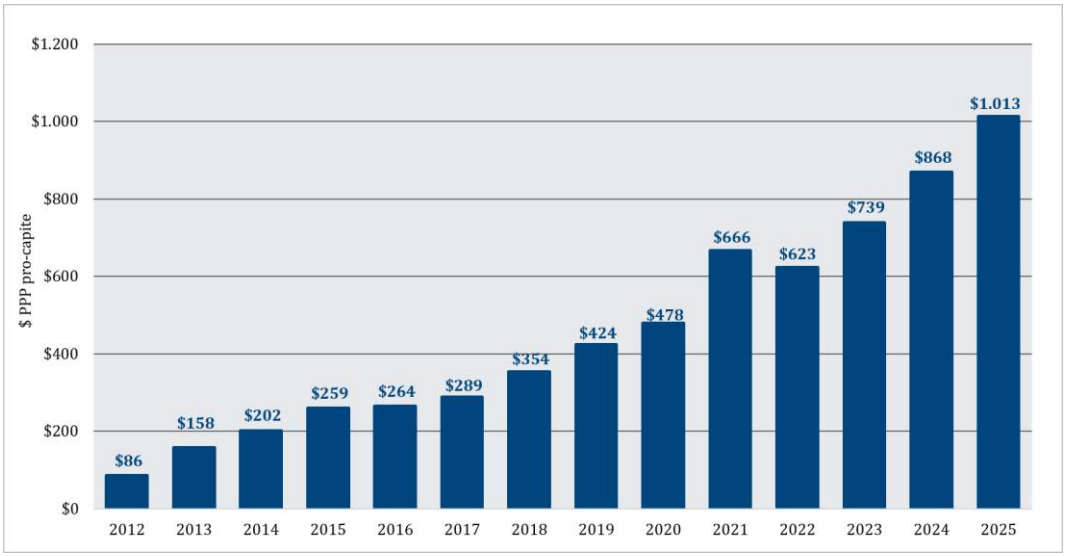


Figura 4.36. Spesa sanitaria pubblica pro-capite 2012-2025: gap annuale dell'Italia vs media paesi EU
(elaborazione GIMBE su dati OCSE)

Nel 2025 il gap con la media dei Paesi EU raggiunge i $ 1.013 PPP pro-capite. Per esprimere tale divario in euro viene utilizzata la parità di potere d'acquisto (PPP) dell'Italia riferita all'*Actual Individual Consumption* (AIC) (§ 4.3). Applicando al gap di $ 1.013 PPP la PPP AIC italiana 2025, pari a € 0,6045 per $ PPP, si ottiene un valore equivalente di € 612,4 pro-capite. La conversione non utilizza quindi il tasso di cambio di mercato euro/dollaro, ma esprime il differenziale in $ PPP nell'ammontare di euro che, ai livelli dei prezzi italiani, presenta un potere d'acquisto equivalente. Parametrato ai quasi 59 milioni di residenti rilevati dall'ISTAT al 1° gennaio 2026, il divario tra l'Italia e la media dei Paesi EU – a parità di potere d'acquisto – è pari a € 36,1 miliardi.

4.3.3. Spesa sanitaria privata

Spesa privata totale pro-capite. In Italia, nel 2025 la spesa sanitaria privata pro-capite, pari a $ 1.385, è superiore di $ 26 alla media EU ($ 1.359), ma inferiore di $ 22 alla media OCSE ($ 1.407) (figura 4.37): rispetto al 2024 ($ 1.408) si registra una riduzione di $ 23. Tra gli Stati membri dell'Unione Europea, 9 Paesi spendono più dell'Italia: Germania, Lettonia, Lituania, Grecia, Paesi Bassi, Irlanda, Portogallo, Belgio e Austria. I restanti 12 registrano invece una spesa inferiore, con un divario compreso tra i -$ 4 della Spagna e i -$ 605 della Slovenia.

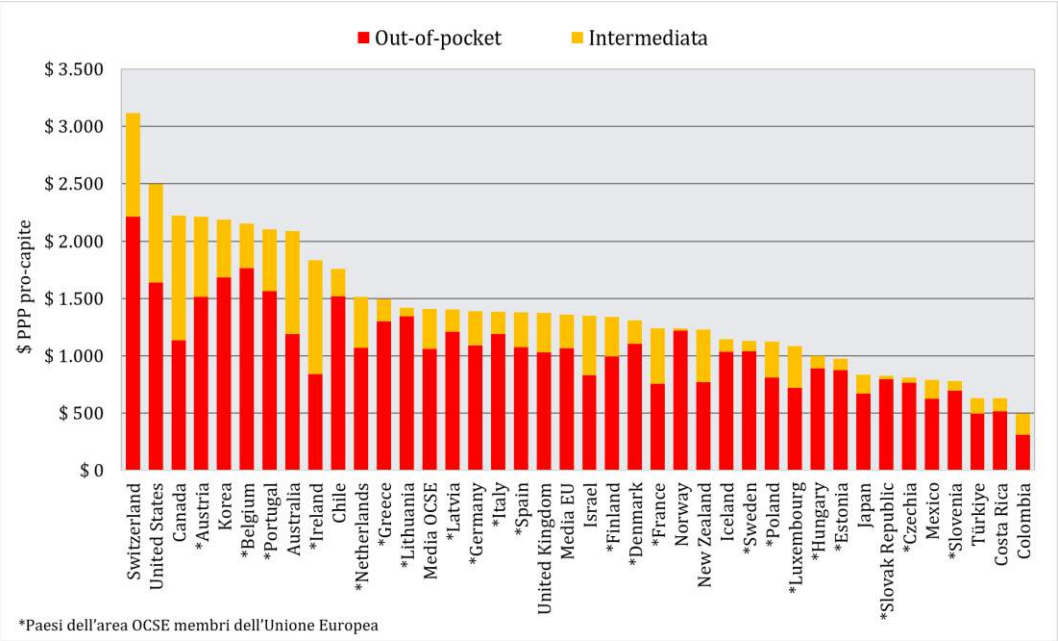


Figura 4.37. Spesa sanitaria privata totale nei paesi OCSE in $ PPP pro-capite
(dati OCSE, anno 2025 o più recente disponibile)

Spesa out-of-pocket pro-capite. In Italia, nel 2025 la spesa sanitaria out-of-pocket pro-capite, pari a $ 1.189, è superiore sia alla media OCSE ($ 1.059) sia alla media EU ($ 1.062), con un divario rispettivamente di $ 130 e $ 127. Tra gli Stati membri dell'Unione Europea, solo 6 Paesi spendono più del nostro (Lettonia, Grecia, Lituania, Austria, Portogallo e Belgio), mentre 15 registrano una spesa inferiore, con una differenza compresa tra $ 86 della Danimarca e $ 496 della Slovenia (figura 4.38). Rispetto al 2024 la spesa sanitaria out-of-pocket pro-capite è diminuita di $ 37 ($ 1.226 vs $ 1.189).

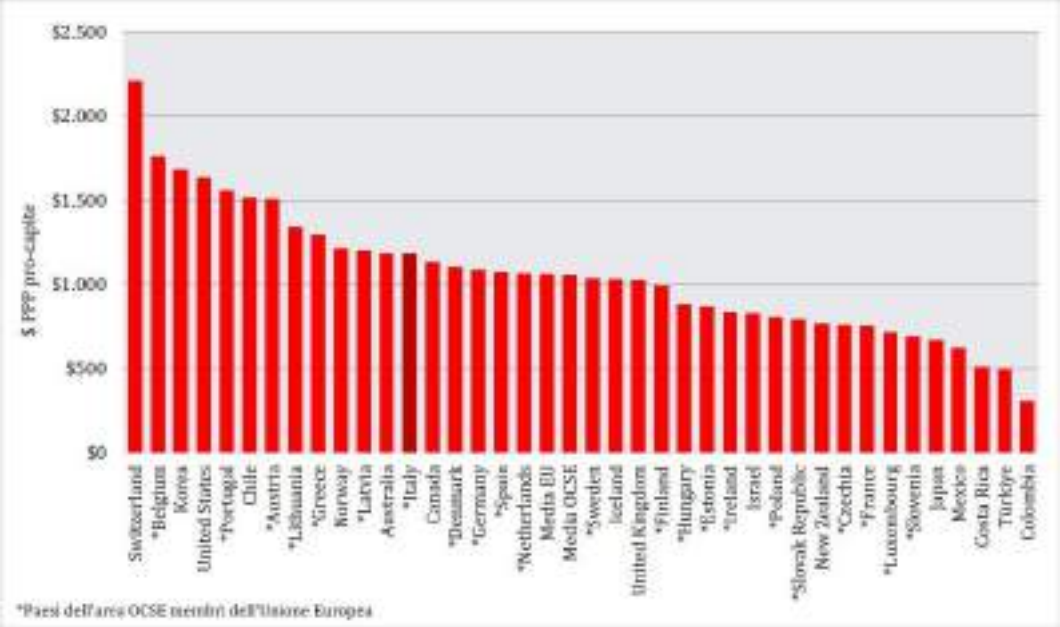


Figura 4.38. Spesa sanitaria out-of-pocket nei paesi OCSE in $ PPP pro-capite
(dati OCSE, anno 2025 o più recente disponibile)

Spesa sanitaria intermediata pro-capite. In Italia, nel 2025 la spesa sanitaria intermediata pro-capite, pari a $ 196, è inferiore sia alla media OCSE ($ 348), con un divario di $ 152, sia alla media EU ($ 297), con un divario di $ 101 (figura 4.39). Rispetto al 2024 è aumentata di $ 15 ($ 196 vs $ 181), mentre negli ultimi dieci anni è quasi triplicata rispetto al valore di $ 68 registrato nel 2015.

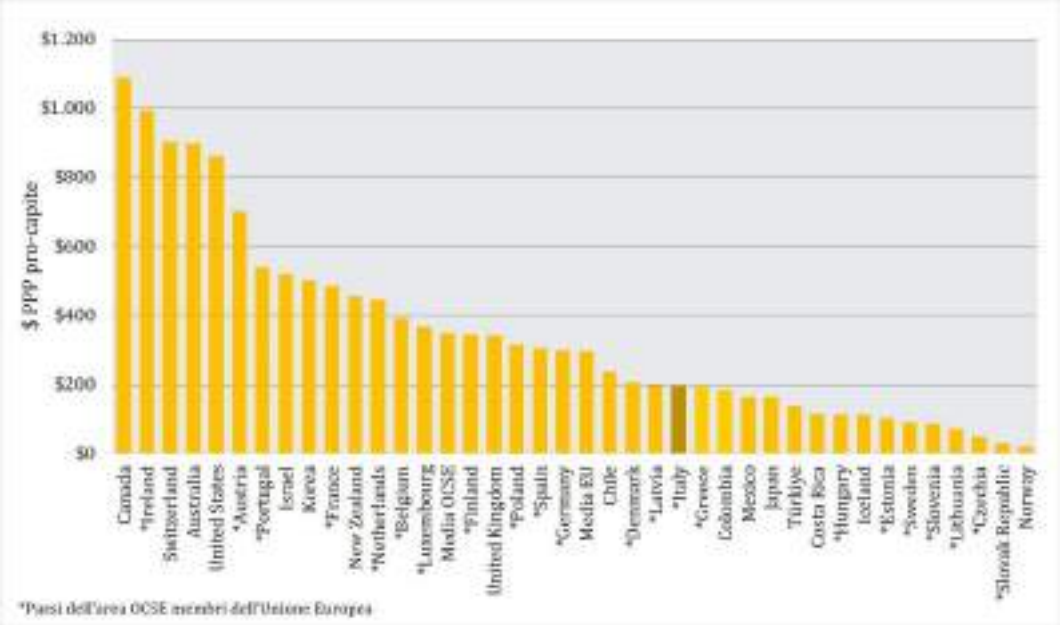


Figura 4.39. Spesa sanitaria intermediata nei paesi OCSE in $ PPP pro-capite
(dati OCSE, anno 2025 o più recente disponibile)

4.4. Il valore della spesa sanitaria

Per confrontare la spesa sanitaria si utilizzano indicatori standard: valore assoluto, rapporto con il PIL, spesa pro-capite e composizione tra spesa pubblica, out-of-pocket e intermediata. Questi indicatori ne misurano l'entità e la struttura, ma non quanto le risorse impiegate si traducano in salute, equità e protezione finanziaria. Devono pertanto essere integrati con l'analisi del valore della spesa sanitaria secondo i princìpi della *value-based healthcare* (VBHC). In questa prospettiva, il valore non coincide con il contenimento dei costi, ma comprende dimensioni personali, tecniche, allocative e sociali.[121,122]

Il valore della spesa sanitaria, inteso come il ritorno delle risorse impiegate in termini di salute (*value for money*), è ridotto da sprechi e inefficienze, ovvero da tutte quelle «attività che consumano risorse senza generare valore[123]» (§ 6). A fini analitici, il presente Rapporto classifica la spesa sanitaria in quattro categorie di valore (box 4.5).

Box 4.5. Categorie di valore della spesa sanitaria

- **Assente** (*no value expenditure*). Spesa evitabile che non si traduce in servizi e prestazioni e, di conseguenza, non produce alcun impatto sugli esiti di salute.
- **Negativo** (*negative value expenditure*). Spesa per servizi o prestazioni che, indipendentemente dal costo, peggiorano gli esiti di salute e, a cascata, possono generare costi ulteriori.
- **Basso** (*low value expenditure*). Spesa per servizi o prestazioni che producono benefici marginali o nulli rispetto ai costi e alle alternative disponibili, oppure presentano un profilo beneficio-rischio incerto o non noto.
- **Elevato** (*high value expenditure*). Spesa per servizi o prestazioni efficaci e appropriati che producono benefici di salute rilevanti in rapporto alle risorse impiegate.

Fatta eccezione per la spesa dal valore assente, è impossibile tracciare confini netti e rigorosi tra le altre categorie, perché il valore di una prestazione varia in relazione all'indicazione clinica, alle caratteristiche e preferenze del paziente, alle alternative disponibili, al contesto assistenziale, ai costi e al costo-opportunità. L'appropriatezza deve essere definita sulla base delle migliori evidenze scientifiche disponibili e, quando queste mancano, sono frammentate o discordanti, attraverso processi trasparenti di consenso formale. Ad esempio, nella lombalgia acuta la risonanza magnetica (RM) 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. Il valore si riduce invece se la RM viene eseguita dopo 2-3 settimane e diventa addirittura negativo se effettuata entro una settimana, poiché aumenta il rischio di eventi avversi conseguenti a sovra-diagnosi e sovra-trattamento.[124]

Per illustrare il valore della spesa sanitaria sono stati considerati alcuni presupposti:

- Ciascuna componente della spesa sanitaria (pubblica, out-of-pocket e intermediata) risponde a determinanti differenti e finanzia voci di spesa solo parzialmente sovrapponibili.

[121] European Commission, Expert Panel on Effective Ways of Investing in Health. Defining value in 'value-based healthcare'. Opinion, 2019. Disponibile a: https://health.ec.europa.eu/document/download/634e0a0c-4bff-4050-ad5f-b80381f36f33_en. Ultimo accesso: 30 settembre 2026.

[122] World Health Organization. A global review of value-based care: theory, practice and lessons learned. WHO Country Office for India, 2025. Disponibile a: www.who.int/publications/i/item/9789290220121. Ultimo accesso: 30 settembre 2026.

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

[124] Hutchins TA, et al. ACR Appropriateness Criteria® Low Back Pain: 2021 Update. J Am Coll Radiol 2021;18:S361-S379.

- Le tre componenti della spesa sanitaria non sono vasi comunicanti e non consentono compensazioni quantitative dirette. In particolare, la spesa privata (intermediata e out-of-pocket) può finanziare l'acquisto di beni e servizi, ma non sostituire il finanziamento pubblico di personale, infrastrutture, prevenzione, sanità pubblica e sistemi informativi.
- Sprechi e inefficienze incidono in misura diversa sulle tre componenti della spesa sanitaria: a parità di importo, quindi, queste non generano necessariamente lo stesso valore.
- Le categorie "spesa dal valore basso" e "spesa dal valore negativo" sono state aggregate nella categoria "spesa dal valore basso", perché interventi sanitari con benefici marginali o nulli, se ampiamente utilizzati, peggiorano il profilo beneficio/rischio a livello di popolazione per l'aumento degli effetti avversi, che a loro volta incrementano i costi sanitari. Questa categoria include anche la spesa necessaria per gestire le conseguenze di sovra-diagnosi e sovra-trattamento, fenomeni oggi così diffusi[125,126,127], da richiedere strategie sistematiche di prevenzione[128].
- Bisogni di salute e prestazioni erogate sono disallineati (figura 4.40): da un lato, i bisogni non soddisfatti configurano il sotto-utilizzo (*underuse*) di prestazioni efficaci e appropriate; dall'altro vengono erogati servizi inefficaci, inappropriati o non necessari, espressione di sovra-utilizzo (*overuse*), alimentato anche dalla medicalizzazione della società e dal crescente consumismo sanitario. Questo disallineamento riduce il valore della spesa sanitaria e amplifica le disuguaglianze: infatti, chi incontra maggiori barriere di accesso non accede a prestazioni dal valore elevato, mentre una quota rilevante di risorse viene assorbita da prestazioni a basso valore.

Figura 4.40. Relazione tra bisogni di salute ed erogazione di servizi e prestazioni

[125] 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.

[126] 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.

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

[128] 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.

Spesa pubblica. Il presente Rapporto non fornisce stime economiche sull'entità di sprechi e inefficienze, di cui conferma l'esistenza in misura variabile nei diversi contesti assistenziali. Il valore della spesa viene eroso dalle sei categorie di sprechi e inefficienze della tassonomia GIMBE (§ 6): frodi e abusi, acquisti a costi eccessivi e inefficienze amministrative assorbono risorse senza tradursi in servizi; il sovra-utilizzo genera prestazioni non necessarie e costi conseguenti a sovra-diagnosi e sovra-trattamento; l'inadeguato coordinamento dell'assistenza disperde risorse tra contesti assistenziali e professionisti; il sotto-utilizzo di interventi efficaci e appropriati peggiora gli esiti di salute e genera costi successivi. La figura 4.41 rappresenta il posizionamento della spesa pubblica in relazione a bisogni di salute e offerta di prestazioni.

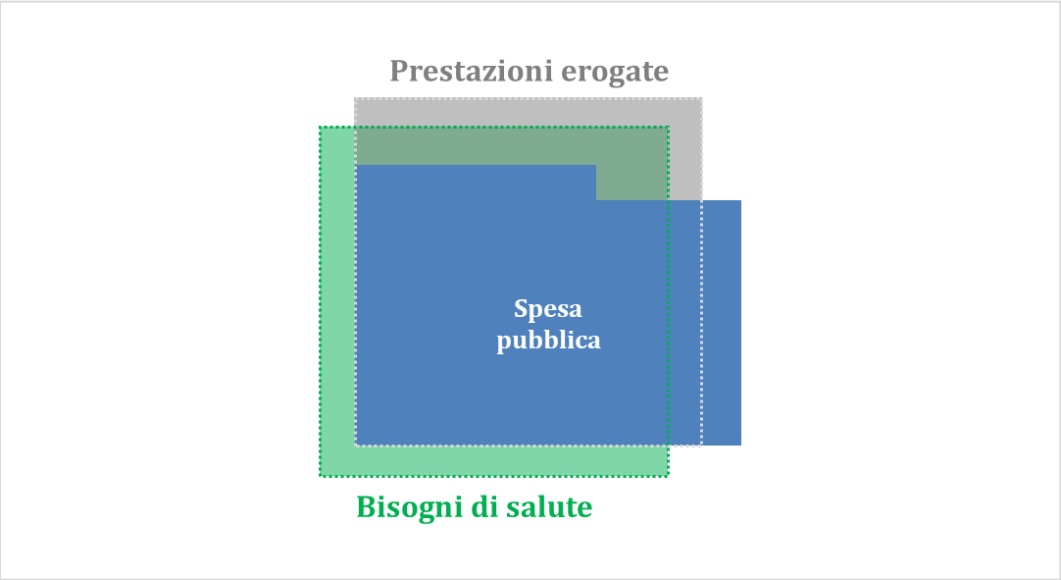


Figura 4.41. Valore della spesa pubblica

Spesa out-of-pocket. Un report GIMBE[129] stima che nel 2023 poco più del 60% della spesa out-of-pocket sia destinato a beni e servizi che soddisfano reali bisogni di salute, comprese prestazioni extra-LEA e prestazioni già garantite dal SSN. Il rimanente 40% circa comprende beni e servizi inefficaci e/o inappropriati, che non migliorano gli esiti di salute o possono addirittura peggiorarli, oltre a prestazioni fruite a condizioni migliorative (ad esempio, stanze singole e servizi alberghieri), che possono migliorare l'esperienza dell'utente senza incidere sugli esiti di salute. Quando finanzia prestazioni dal valore elevato incluse nei LEA, tuttavia, la spesa out-of-pocket segnala problemi di accesso al SSN e può amplificare le disuguaglianze e il rischio finanziario per le famiglie. La figura 4.42 rappresenta il posizionamento della spesa out-of-pocket in relazione a bisogni di salute e offerta di prestazioni.

[129] Fondazione GIMBE. Report Osservatorio GIMBE n. 1/2025. La spesa sanitaria privata in Italia nel 2023. Bologna, 18 febbraio 2025. Disponibile a: www.gimbe.org/spesa-sanitaria-privata-2023. Ultimo accesso: 30 settembre 2026.

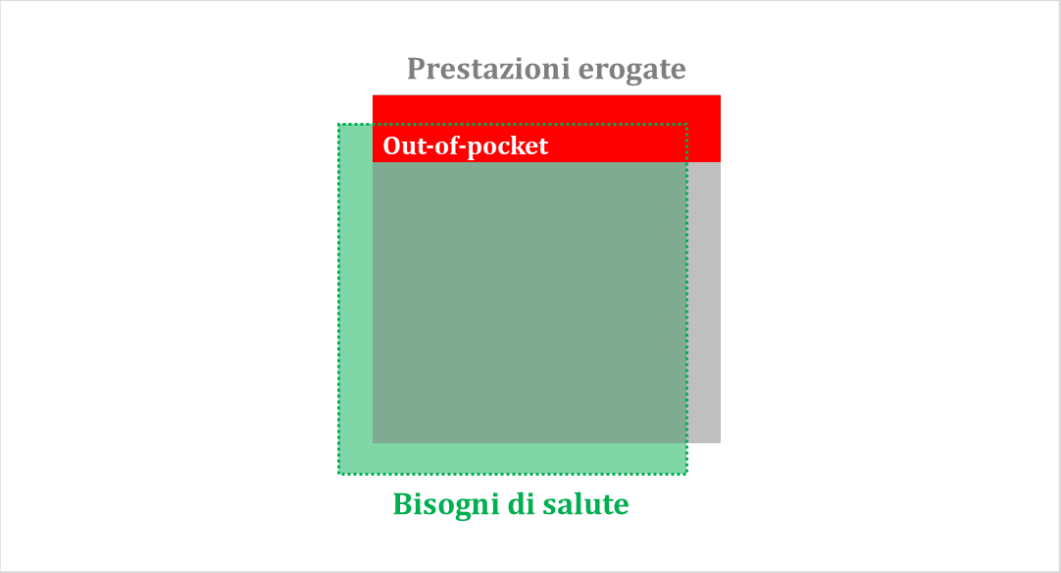


Figura 4.42. Valore della spesa out-of-pocket

Spesa intermediata. I dati disponibili non consentono una ripartizione robusta della spesa intermediata dai terzi paganti (fondi sanitari, polizze individuali) per categorie di valore. Nel 2025 il 33,9%[130] è classificato da ISTAT-SHA come governance e amministrazione del sistema sanitario e del finanziamento. Tale voce comprende costi amministrativi, ma i dati disponibili non consentono né di identificarla integralmente con l'*expense ratio*, né di scomporla nelle diverse componenti: riassicurazione, fondo di garanzia e margini. La restante spesa finanzia sia prestazioni extra-LEA, tra cui odontoiatria e assistenza a lungo termine, sia prestazioni specialistiche e diagnostiche incluse nei LEA, che possono essere appropriate o inappropriate. Più in generale, l'intermediazione genera valore quando amplia la copertura di bisogni di salute non inclusi nei LEA; lo riduce quando finanzia prestazioni inappropriate o non necessarie oppure genera costi che non si traducono in benefici di salute. La figura 4.43 rappresenta il posizionamento della spesa intermediata in relazione a bisogni di salute e offerta di prestazioni.

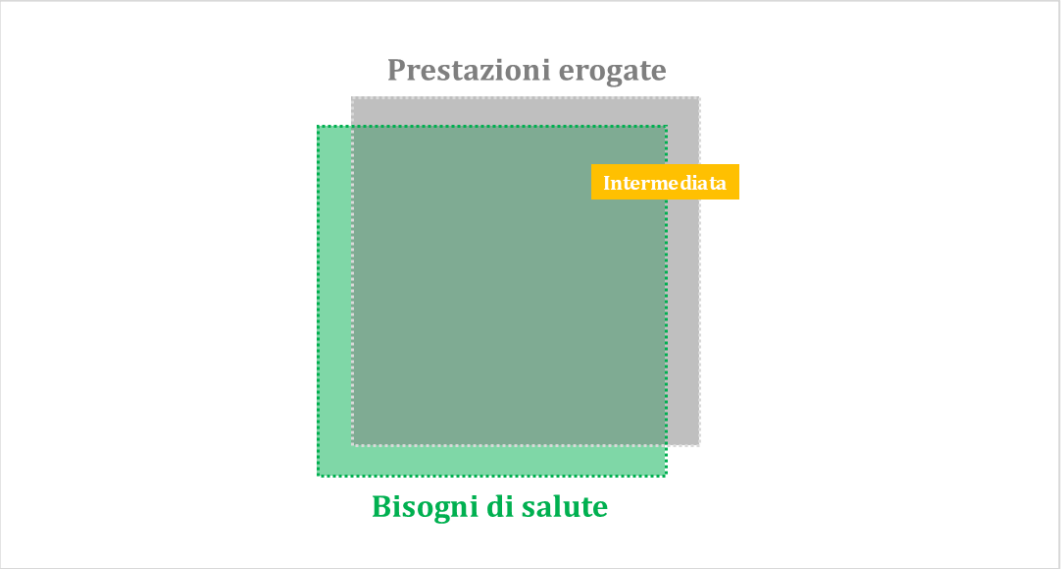


Figura 4.43. Valore della spesa intermediata

[130] Istituto Nazionale di Statistica. IstatData. Conti nazionali. Sistema dei conti della sanità. Edizione maggio 2026. Disponibile a: https://esploradati.istat.it/databrowser/#/it/dw/categories/IT1,DATAWAREHOUSE,1.0/UP_ACC_HEALTH. Ultimo accesso: 30 settembre 2026.

Nel complesso, le tre componenti di spesa sanitaria si sovrappongono solo parzialmente e numerosi bisogni di salute rimangono insoddisfatti (figura 4.44). Il problema non riguarda soltanto la distribuzione delle risorse tra le diverse componenti, ma soprattutto la capacità di trasformare la spesa pubblica e privata in prestazioni accessibili, appropriate e in grado di generare valore.

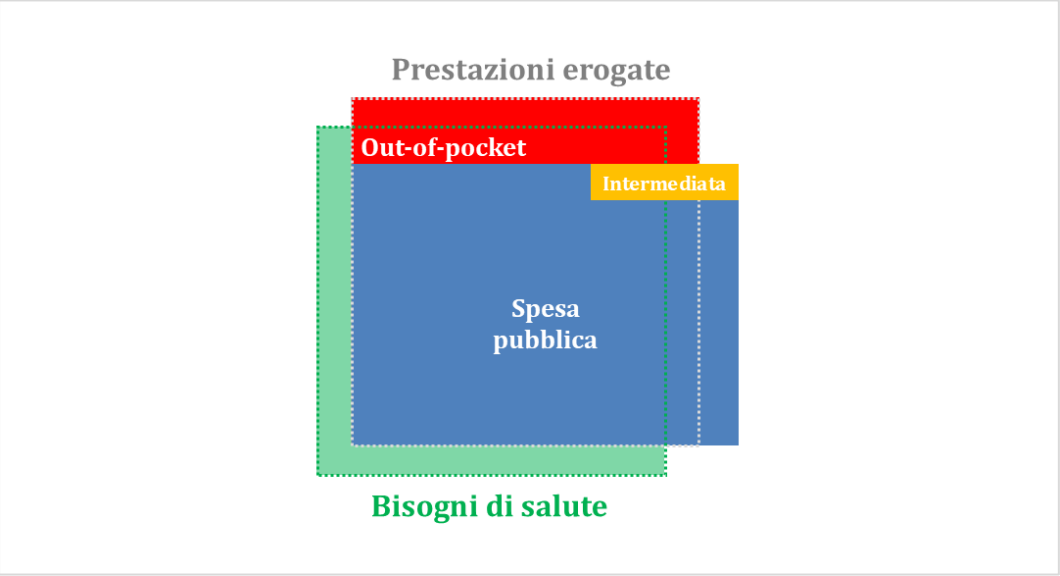


Figura 4.44. Valore attuale delle tre componenti della spesa sanitaria

L'azione pubblica, attraverso riforme sanitarie e fiscali e interventi di governance a tutti i livelli, deve perseguire tre obiettivi per aumentare il valore della spesa sanitaria: ridurre sovra-utilizzo e sotto-utilizzo, limitandone le conseguenze cliniche, sociali ed economiche; disinvestire da attività dal valore assente, basso o negativo e riallocare le risorse verso interventi dal valore elevato; rafforzare il finanziamento pubblico e la protezione finanziaria, orientando le decisioni attraverso HTA, valutazioni di equità e misurazione degli esiti (figura 4.45).

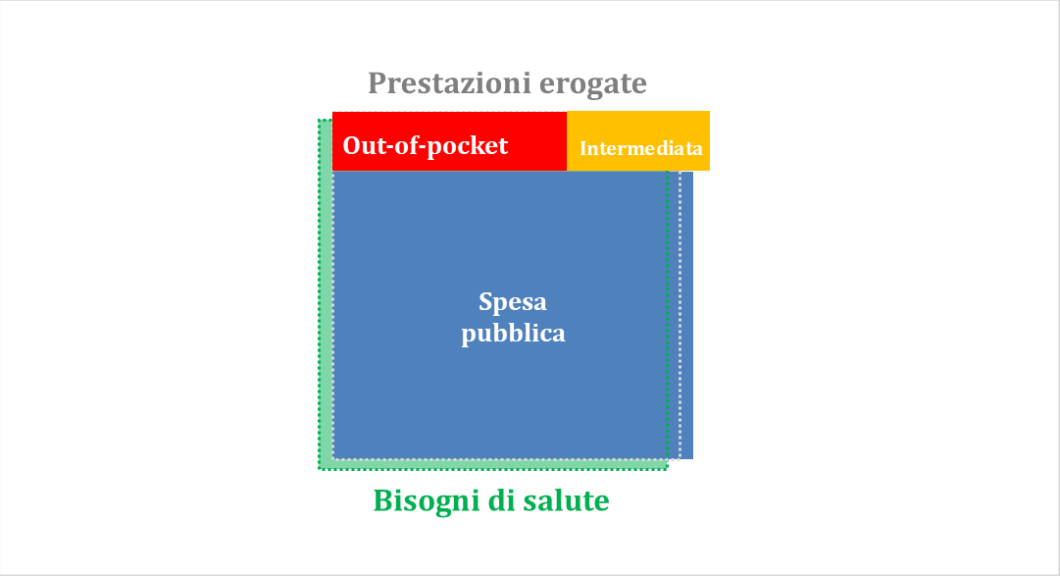


Figura 4.45. Assetto ideale delle tre componenti della spesa sanitaria

Infine, come indicato dall'OMS[131], nei sistemi sanitari con una solida protezione finanziaria la spesa out-of-pocket si mantiene generalmente intorno o al di sotto del 15% della spesa sanitaria totale. Tale percentuale non rappresenta una soglia normativa, ma un benchmark di protezione finanziaria; in Italia, nel 2025, questa quota ha raggiunto il 22,3%. Il primo rapporto OMS dedicato alla protezione finanziaria in Italia[132] documenta le conseguenze di questo assetto: nel 2022 l'8,6% delle famiglie ha sostenuto una spesa sanitaria catastrofica, ovvero superiore al 40% della capacità di spesa residua dopo la copertura dei bisogni primari, e il 3,7% si è impoverito o ulteriormente impoverito a seguito dei pagamenti diretti.

Questo obiettivo, tuttavia, non può essere raggiunto semplicemente intermediando una quota 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 ridurre l'imponente divario con i paesi europei e rendere i LEA sostenibili ed equamente accessibili. In secondo luogo, aggiornare continuamente i LEA, sia introducendo prestazioni dal valore elevato, sia tramite una rigorosa esclusione (*delisting*) delle prestazioni obsolete o dal valore basso; le prestazioni dal valore negativo devono invece essere escluse con liste negative esplicite e non dovrebbero essere erogate nemmeno a carico della spesa privata. Infine, contenere domanda e offerta inappropriate attraverso l'informazione dei cittadini, la formazione dei professionisti e incentivi coerenti per le strutture sanitarie. Solo in questo scenario il secondo pilastro può svolgere una funzione realmente integrativa per quanto escluso dai LEA, senza sostituirsi al SSN.

Di conseguenza, l'ipotesi di "mettere a sistema" attraverso la sanità integrativa una quota rilevante degli oltre € 40 miliardi di spesa out-of-pocket non è supportata dai dati. Innanzitutto, perché le tre componenti della spesa sanitaria (pubblica, out-of-pocket e intermediata) non sono vasi comunicanti e non consentono compensazioni quantitative dirette. In secondo luogo, perché spesa out-of-pocket e intermediata rispondono a determinanti differenti e a interessi non sempre convergenti. Infine, perché intermediare la spesa out-of-pocket destinata a prestazioni dal valore basso non ne aumenta il valore, mentre intermediare quella destinata a prestazioni dal valore elevato incluse nei LEA non risolve i problemi di accesso al SSN e può amplificare le disuguaglianze.

[131] World Health Organization, Regional Office for Europe. Can people afford to pay for health care? New evidence on financial protection in Europe: summary. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe, 2019. Disponibile a: www.who.int/europe/publications/i/item/WHO-EURO-2019-3439-431980-60514. Ultimo accesso: 30 settembre 2026.

[132] Fattore G, Preti LM. Can people afford to pay for health care? New evidence on financial protection in Italy. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe, 2025. Disponibile a: www.who.int/europe/publications/i/item/9789289062251. Ultimo accesso: 30 settembre 2026

CAPITOLO 5
I Livelli Essenziali di Assistenza

I Livelli Essenziali di Assistenza (LEA) definiscono l'insieme delle prestazioni e dei servizi che il Servizio Sanitario Nazionale (SSN) è tenuto a garantire a tutti i cittadini, gratuitamente o dietro il pagamento di una quota di compartecipazione (ticket), attraverso le risorse pubbliche raccolte con la fiscalità generale. Il DPCM 12 gennaio 2017 sui nuovi LEA, che ha sostituito integralmente il DPCM 29 novembre 2001, ha mantenuto invariata l'articolazione in tre macro-livelli di assistenza[133]:

- **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 e 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.

In linea generale, i LEA dovrebbero essere integralmente finanziati dalla spesa pubblica, fatta salva la compartecipazione a carico dei cittadini. L'assistenza socio-sanitaria, nelle sue diverse articolazioni – domiciliare e territoriale, residenziale e semiresidenziale – è tuttavia sostenuta anche dalla spesa sociale di interesse sanitario, erogata prevalentemente tramite prestazioni in denaro (figura 5.1). Accanto ai diversi "silos" dell'assistenza sanitaria esiste quindi un canale parallelo di spesa sociale di interesse sanitario, alimentato in larga misura dall'INPS attraverso provvidenze economiche e, per una quota rilevante, direttamente dalle famiglie per finanziare servizi assistenziali destinati alla *long term care* (LTC).

[133] 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 2026.

Figura 5.1. Il finanziamento pubblico dell'assistenza socio-sanitaria (modificata da[134])

5.1. Modalità di erogazione dei LEA

Il dibattito sui LEA si concentra spesso su modelli regionali, strategie di management aziendale e buone pratiche non sempre trasferibili a contesti differenti. Per ricondurre l'analisi a un denominatore comune, il presente Rapporto propone una semplificazione concettuale e terminologica delle modalità di erogazione dei LEA, per quanto possibile indipendente dalla variabilità regionale e locale. L'obiettivo è fornire agli stakeholder un quadro di riferimento condiviso per identificare le principali criticità che condizionano finanziamento, organizzazione, erogazione e valutazione dell'assistenza sanitaria e socio-sanitaria.

La semplificazione si fonda su due riferimenti principali: il modello di Donabedian[135], secondo cui la qualità di un servizio sanitario può essere valutata a tre livelli (struttura, processi, esiti), e i princìpi della *value-based healthcare*[136], che evidenziano come il ritorno in termini di salute (*value for money*) delle risorse investite in sanità possa variare considerevolmente.

- L'assistenza sanitaria e socio-sanitaria viene erogata in setting differenti, tradizionalmente ricondotti a "ospedale" e "territorio". Quest'ultimo comprende vari ambiti clinico-assistenziali (ambulatoriale, domiciliare, residenziale, semi-residenziale, etc.) e le strutture previste dal DM 77 (Case della Comunità, Centrali Operative Territoriali, Ospedali di Comunità), la cui attivazione rimane disomogenea sul territorio nazionale. Il monitoraggio Agenas sui dati al 31 dicembre 2025 [137] documenta una progressiva

[134] 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 2026.

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

[136] Gray M. Value based healthcare. BMJ 2017;356:j437.

[137] Agenas. Report DM 77/2022 – II semestre 2025 (dati al 31/12/2025). Roma, aprile 2026. Disponibile a: www.agenas.gov.it/pnrr/missione-6-salute/monitoraggio-dm-77. Ultimo accesso: 30 settembre 2026.

attivazione di strutture e servizi, ma anche persistenti differenze regionali e specifiche criticità nell'integrazione socio-sanitaria a livello distrettuale.

- Ciascun setting assistenziale è caratterizzato da differenti requisiti strutturali, tecnologici, organizzativi e professionali ("patrimonio STOP"), che condizionano 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 più prestazioni (es. ricovero per acuti, accesso domiciliare);
    - percorsi diagnostico-terapeutici-assistenziali (PDTA) realizzati all'interno dello stesso setting o integrati tra setting differenti.
- Indipendentemente dalla modalità di erogazione, i risultati dei processi clinico-assistenziali e organizzativi possono essere misurati attraverso gli output, che descrivono la capacità dell'organizzazione di produrre servizi e prestazioni in modo efficiente, e gli outcome, che documentano gli esiti di salute, la qualità di vita e l'esperienza di cura dei pazienti (*real world evidence*).

Da questi presupposti emergono numerose criticità strutturali che condizionano la qualità di strutture, processi ed esiti e rendono difficile attuare efficaci azioni di governance o introdurre innovazioni organizzative senza ripensare l'attuale modello di finanziamento, organizzazione, erogazione e valutazione del SSN:

- **Un modello non più adeguato ai bisogni attuali.** L'attuale assetto di finanziamento, organizzazione, erogazione e valutazione dei servizi sanitari poggia ancora in larga parte su riforme disegnate oltre trent'anni fa (D.Lgs. 502/1992 e 517/1993), mentre l'ultima riforma strutturale (D.Lgs. 229/1999) risale al 1999. Un impianto sempre meno adeguato a rispondere ai profondi mutamenti demografici ed epidemiologici – denatalità, invecchiamento della popolazione e crescente numero di anziani che vivono soli, aumento di cronicità e multimorbidità – e a cogliere pienamente le opportunità offerte dalla trasformazione digitale, inclusa l'intelligenza artificiale.
- **Programmazione non sufficientemente orientata ai bisogni di salute.** La programmazione sanitaria, anche per effetto della legislazione concorrente e dell'eterogeneità dei 21 servizi sanitari regionali, non si è mai strutturata secondo i princìpi dell'*Healthcare Needs Assessment*[138], che integra impatto di malattie e condizioni, valore degli interventi sanitari e servizi esistenti. L'impatto di patologie e condizioni può essere sovra- o sottostimato; il valore degli interventi viene raramente valutato in modo sistematico per orientarne introduzione o dismissione dai LEA; l'offerta esistente tende, inoltre, ad autoalimentarsi secondo logiche competitive (pubblico vs privato) o di tutela di interessi politici, industriali o corporativi. Ne deriva un disallineamento tra offerta e reali bisogni di salute, mentre la domanda di cittadini e pazienti può essere inappropriata o rimanere inespressa. Il risultato è, da un lato, un'offerta sovrabbondante e opportunistica rispetto ai bisogni reali e, dall'altro, una carenza di servizi che lascia insoddisfatti numerosi bisogni di salute. Distorsioni che, alimentando fenomeni di sovra- e sotto-utilizzo di servizi e prestazioni, riducono il valore della spesa sanitaria (§ 6).

[138] 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.

- **Riparto delle risorse solo parzialmente correlato ai bisogni.** Le modalità di riparto del Fabbisogno Sanitario Nazionale (FSN), basate prevalentemente sulla popolazione residente e solo parzialmente ponderate per età (§ 3), lasciano alle Regioni ampia autonomia nell'allocazione delle risorse, senza garantire una piena corrispondenza tra finanziamento e bisogni assistenziali.
- **Requisiti di accreditamento disomogenei.** Il tentativo di uniformare il "patrimonio STOP" delle organizzazioni sanitarie è stato affidato alle Regioni attraverso la definizione dei requisiti minimi di accreditamento. L'assenza di una governance nazionale ha determinato ampie differenze nei contenuti e nel livello di dettaglio dei requisiti, nella scelta di accreditare o meno anche le strutture pubbliche e nell'effettivo svolgimento delle verifiche sulla loro conformità. In alcuni casi, inoltre, l'accreditamento è stato utilizzato in modo opportunistico per ampliare indiscriminatamente l'offerta privata, senza programmarne adeguatamente l'integrazione con quella pubblica né valutarne la coerenza con i reali bisogni di salute della popolazione.
- **Programmazione dell'offerta non integrata con quella del personale.** La programmazione di servizi e prestazioni sanitarie non è adeguatamente coordinata con quella di professionisti e operatori sanitari. Dotazioni insufficienti, distribuzione disomogenea dei professionisti, carenze in specifiche discipline e professioni e rigidità organizzative condizionano volumi, continuità e qualità dell'assistenza. Di conseguenza, strutture, tecnologie e nuovi modelli organizzativi rischiano di rimanere parzialmente inutilizzati se non accompagnati da una programmazione coerente delle competenze e del personale necessari a garantire i LEA.
- **Esigibilità formale non sempre corrispondente ad accessibilità reale**. L'inclusione di una prestazione nei LEA non ne garantisce automaticamente l'accessibilità. La capacità erogativa dipende dalla disponibilità di personale, strutture e tecnologie, dai volumi di attività e dall'organizzazione dell'offerta, con rilevanti differenze regionali e locali. Tempi di attesa eccessivi, distanze geografiche, carenza di servizi e difficoltà di orientamento nei percorsi possono rendere di fatto inesigibili prestazioni formalmente garantite, alimentando mobilità sanitaria, ricorso al privato e rinuncia alle cure. La valutazione dei LEA non può quindi limitarsi alla loro disponibilità formale, ma deve considerarne tempestività, prossimità ed equità di accesso.
- **Appropriatezza professionale ancora marginale.** Le politiche per l'appropriatezza si sono concentrate prevalentemente sulla dimensione organizzativa, favorendo l'erogazione delle stesse prestazioni in setting a minor consumo di risorse: dal ricovero ordinario al day hospital/day surgery, quindi all'assistenza ambulatoriale e, ove adeguatamente sviluppati, ai setting territoriali. L'appropriatezza professionale, più complessa da misurare e spesso osteggiata dal mondo professionale, è invece rimasta sostanzialmente ai margini del dibattito sulla sostenibilità del SSN. Ne deriva una riduzione del valore della spesa pubblica, sia per l'erogazione di prestazioni inefficaci, inappropriate, dal valore basso o addirittura negativo (*overuse*), sia per i costi conseguenti alla mancata erogazione (*underuse*) di prestazioni efficaci, appropriate e dal valore elevato.
- **Sistemi tariffari rigidi.** Le differenti modalità di erogazione dei processi vengono remunerate secondo specifici nomenclatori tariffari (DRG, specialistica ambulatoriale, protesica, etc.) e/o devono rispettare determinati tetti di spesa (farmaci, dispositivi). Tali meccanismi ostacolano i processi di disinvestimento e riallocazione delle risorse e rendono più complessa la definizione dei budget di rete per patologia.
- **Modalità di finanziamento e remunerazione non omogenee tra erogatori**. La diversa combinazione di tariffe per prestazione, tetti di spesa e finanziamenti non correlati ai volumi

– variabile tra Regioni e tipologie di erogatore – genera incentivi non sempre coerenti con obiettivi di appropriatezza, qualità ed equità e può favorire comportamenti opportunistici.

- **Sistemi di budget e incentivazione orientati prevalentemente agli output.** Budget e sistemi premianti, a tutti i livelli, rimangono prevalentemente guidati dagli output e, in parte, dall'appropriatezza organizzativa, mentre considerano solo marginalmente gli esiti di salute e quasi mai l'appropriatezza professionale. Modelli organizzativi regionali e strategie di management aziendale restano quindi fortemente condizionati da regole che possono ostacolare anche l'introduzione di innovazioni organizzative sostenute da robuste evidenze scientifiche.
- **Frammentazione tra assistenza sanitaria e sociale**. L'integrazione tra assistenza sanitaria e assistenza sociale rimane un obiettivo lontano, ostacolato da fratture nel finanziamento – FSN da un lato, provvidenze economiche erogate dall'INPS dall'altro – nella programmazione e nel coordinamento tra attori istituzionali (Regioni, ASL, Comuni), oltre che dall'assenza di percorsi socio-sanitari condivisi. Questa frammentazione ostacola una presa in carico multiprofessionale e unitaria delle persone con cronicità, disabilità e non autosufficienza, nonostante i confini tra bisogni sanitari, socio-sanitari e sociali siano sfumati e difficilmente riconducibili a rigidi silos di finanziamento, programmazione ed erogazione. La Missione 5 del PNRR ha previsto diverse misure per favorire l'integrazione socio-sanitaria, ma i risultati appaiono ancora più distanti rispetto a quelli della riorganizzazione dell'assistenza territoriale, lasciando irrisolto il nodo di una governance realmente integrata.
- **Persistenti ostacoli alla trasformazione digitale.** Nonostante i progressi normativi e tecnologici, la digitalizzazione del SSN 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 livelli ancora insufficienti di alfabetizzazione digitale e di fiducia dei cittadini nella sicurezza dei dati contenuti nel FSE.

5.2. Esigibilità dei nuovi LEA

Il DPCM 12 gennaio 2017 rinviava a successivi provvedimenti, da concordare con le Regioni e le Province autonome, l'entrata in vigore dei nuovi nomenclatori per la specialistica ambulatoriale e l'assistenza protesica. Il ritardo pluriennale nell'adozione dei provvedimenti tariffari, legato anche all'assenza di un'adeguata copertura finanziaria, ha compromesso l'uniforme esigibilità delle nuove prestazioni sul territorio nazionale. Quello che doveva rappresentare un grande traguardo politico si è così trasformato in un'illusione collettiva protrattasi per quasi nove anni, attraversando cinque Governi[139].

Decreto Tariffe. I nuovi nomenclatori per la specialistica ambulatoriale e l'assistenza protesica furono pubblicati in Gazzetta Ufficiale senza le relative tariffe. L'articolo 64, commi 2 e 3, del DPCM 12 gennaio 2017 subordinava infatti la loro entrata in vigore a successivi decreti ministeriali, da adottare previa intesa con la Conferenza Stato-Regioni. Il provvedimento, poi noto come "Decreto Tariffe", avrebbe dovuto essere emanato entro il 28 febbraio 2018, ai sensi dell'articolo 1, comma 420, della legge 205/2017: una scadenza mai rispettata. Ne è derivato un vuoto normativo: il DPCM del 2017 aveva sostituito integralmente quello del 29 novembre 2001, ma l'assenza delle nuove tariffe impediva l'esigibilità delle prestazioni su tutto il territorio nazionale. Le tariffe, già definite con il DM 23 giugno 2023 ma mai divenute operative a seguito dei successivi rinvii, sono state ridefinite dal DM 25 novembre 2024 e sono entrate in vigore il 30 dicembre 2024, quasi otto anni dopo l'approvazione dei nuovi LEA, al termine di un iter particolarmente travagliato. Tuttavia, a seguito delle sentenze del TAR Lazio che hanno annullato il DM 25 novembre 2024 con efficacia differita[140], il Governo ha adottato un nuovo provvedimento sostitutivo. Sul relativo schema è stata sancita l'intesa in Conferenza Stato-Regioni il 23 luglio 2026[141]. Il nuovo DM 7 agosto 2026, pubblicato in Gazzetta Ufficiale il 19 settembre 2026 ed entrato in vigore il 21 settembre 2026, aggiorna le tariffe massime della specialistica ambulatoriale e dell'assistenza protesica, garantendo la continuità del regime tariffario ed evitando che l'annullamento del precedente decreto determini un nuovo vuoto normativo. La revisione riguarda 448 prestazioni di specialistica ambulatoriale e 222 codici dell'assistenza protesica, con un impatto sulla finanza pubblica stimato in € 210,7 milioni annui (€ 183,1 milioni per la specialistica ambulatoriale e € 27,6 milioni per la protesica) e in circa € 70 milioni per il 2026[142]. Resta indispensabile monitorarne l'effettiva applicazione, in particolare nelle Regioni in Piano di rientro, per verificare l'uniforme esigibilità delle prestazioni sul territorio nazionale (box 5.1).

---

[139] 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 2026.

[140] Tribunale Amministrativo Regionale per il Lazio, Sezione III-quater. Sentenza 22 settembre 2025, n. 16402. Disponibile a: www.giustizia-amministrativa.it/-/105486-1496. Ultimo accesso: 30 settembre 2026.

[141] Conferenza Stato-Regioni. Intesa sullo schema di decreto concernente la determinazione delle tariffe massime di riferimento per la specialistica ambulatoriale e l'assistenza protesica. Repertorio atti n. 123/CSR del 23 luglio 2026. Disponibile a: www.statoregioni.it/it/conferenza-stato-regioni/sedute-2026/seduta-del-23-luglio-2026/atti-23-luglio-2026/repertorio-atto-n-123csr. Ultimo accesso: 30 settembre 2026.

[142] Conferenza delle Regioni e delle Province autonome. Salute: ok delle Regioni al DM Tariffe. Comunicato stampa, 23 luglio 2026. Disponibile a: www.regioni.it/comunicato-stampa/2026/07/23/salute-ok-delle-regioni-al-dm-tariffe-664480. Ultimo accesso: 30 settembre 2026.

Box 5.1. L'iter 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 2017[143]. 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 protesica[144].
- **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"[145], 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 Lazio annulla il DM 25 novembre 2024 per carenze dell'istruttoria sui costi standard, differendo di 365 giorni l'efficacia dell'annullamento per evitare un vuoto normativo e garantire la continuità del sistema.
- **23 luglio 2026.** La Conferenza Stato-Regioni sancisce l'intesa sullo schema del nuovo DM Tariffe, destinato a sostituire il DM 25 novembre 2024 annullato dal TAR Lazio.
- **21 settembre 2026.** Entrano in vigore le nuove tariffe massime per la specialistica ambulatoriale e l'assistenza protesica, condivise tra Ministero della Salute e Regioni.

[143] 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 2026.

[144] 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 2026.

[145] 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 2026.

5.3. Aggiornamento dei LEA

Già alla pubblicazione della Legge di Stabilità 2016, che annunciava l'aggiornamento del DPCM «Definizione dei livelli essenziali di assistenza», la Fondazione GIMBE aveva rilevato come l'intervento politico sulla complessa normativa dei LEA mirasse ad adeguare le prestazioni al progresso scientifico e tecnologico, senza valutarne adeguatamente le implicazioni economiche in termini di sostenibilità, né quelle professionali e sociali legate al rischio di medicalizzazione della società[146]. Per queste ragioni, i nuovi LEA sono stati fin dall'inizio un «sorvegliato speciale» dell'Osservatorio GIMBE: già nel 2016, durante un'audizione presso la 12ª Commissione Igiene e Sanità del Senato[147], la Fondazione evidenziava il rischio che il loro aggiornamento non fosse sostenibile dal punto di vista finanziario in assenza di criteri espliciti e rigorosi per stabilire quali prestazioni includere e quali escludere [148].

Commissione nazionale aggiornamento LEA. Per garantire un aggiornamento continuo e sistematico dei LEA, fondato su regole chiare ed evidenze scientifiche, il comma 556 della Legge di Stabilità 2016 ha istituito la Commissione nazionale per l'aggiornamento dei LEA e la promozione dell'appropriatezza nel SSN (Commissione LEA). Nominata e presieduta dal Ministro della Salute, la Commissione include rappresentanti di Regioni, ISS, AIFA, Ministero dell'Economia e delle Finanze e Agenas. I suoi compiti sono definiti dall'art. 2 dell'Intesa Stato-Regioni del 7 settembre 2016[149] sullo schema di aggiornamento dei LEA. La Commissione rimane in carica tre anni, è supportata da una segreteria tecnico-scientifica e può avvalersi di rappresentanti del Consiglio Superiore di Sanità, società scientifiche, federazioni mediche ed esperti esterni[150].

La prima Commissione LEA, istituita con il DM 16 giugno 2016 e insediatasi il successivo 11 ottobre, avrebbe dovuto assicurare l'aggiornamento continuo dei LEA, escludendo prestazioni, servizi e attività obsoleti e includendo quelli innovativi ed efficaci, così da allinearli all'evoluzione delle conoscenze scientifiche. Il 25 gennaio 2017 la Segreteria della Conferenza delle Regioni e delle Province autonome riferiva che erano già attivi tre gruppi di lavoro: adroterapia, revisione dei 108 DRG potenzialmente inappropriati e *delisting* delle prestazioni[151]. L'Intesa sullo schema di aggiornamento prevedeva inoltre che la Commissione formulasse entro il 28 febbraio 2017 la proposta di aggiornamento per quell'anno, da adottare entro il 15 marzo 2017. Tuttavia, nessun aggiornamento è stato realizzato.

La seconda Commissione LEA, istituita con il DM 5 maggio 2020 e insediatasi il 28 luglio 2020, ha concluso il proprio mandato. Non risulta disponibile alcuna documentazione pubblica sulle attività svolte, verosimilmente anche per la sovrapposizione del mandato con la pandemia.

---

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

[147] Fondazione GIMBE. Audizione su schema DPCM "Definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza (LEA)" in 12ª 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/000/004/592/GIMBE.pdf. Ultimo accesso: 30 settembre 2026.

[148] 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 2026.

[149] 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 2026.

[150] 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 2026.

[151] 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-OCD15-12846. Ultimo accesso: 30 settembre 2026.

La terza Commissione LEA, istituita con il DM 18 marzo 2024 e insediatasi il successivo 18 luglio, ha l'obiettivo di garantire l'aggiornamento continuo dei LEA, adeguandoli all'evoluzione delle conoscenze scientifiche e delle innovazioni tecnologiche e ai bisogni di salute della popolazione.

Procedura di aggiornamento dei LEA. La Commissione esamina le richieste, articolate in quattro categorie[152]:

- inclusione nei LEA di nuove prestazioni o servizi;
- modifica di prestazioni e/o servizi già inclusi (es. estensione delle indicazioni, introduzione o modifica delle condizioni di erogabilità, trasferimento tra setting assistenziali);
- esclusione di prestazioni e/o servizi inclusi nei LEA;
- nuova esenzione per patologia o modifica delle prestazioni erogabili in esenzione.

Le richieste possono essere presentate tramite moduli specifici da:

- cittadini e associazioni di pazienti;
- istituzioni: Ministero della Salute, enti vigilati (AIFA, Agenas, ISS), aziende sanitarie e ospedaliere, IRCCS, policlinici universitari, società scientifiche, professionisti del SSN e relative associazioni;
- aziende produttrici e relative associazioni.

Per ciascuna richiesta, con il supporto della segreteria tecnico-scientifica, la Commissione verifica completezza e robustezza delle evidenze allegate e stabilisce la priorità della valutazione. Sono prioritari prestazioni e servizi:

- con elevato impatto potenziale sulla salute della popolazione e/o destinati a bisogni sanitari non soddisfatti;
- coerenti con le priorità sanitarie nazionali e/o regionali;
- supportati da robuste prove di efficacia.

Prima di deliberare, la Commissione può incontrare i portatori di interesse, in particolare le associazioni di pazienti. Sulla base delle valutazioni su inclusione, esclusione o aggiornamento delle prestazioni e dei servizi, può adottare tre decisioni:

- **Nessuna modifica dei LEA**, per inefficacia documentata, carenza di evidenze scientifiche o indisponibilità di risorse economiche;
- **Aggiornamento dei LEA**, attivando le procedure previste per interventi iso-risorse o con maggiori oneri ai sensi dell'articolo 1 della legge 208/2015 (figura 5.2);
- **Ulteriore ricerca**, proponendo l'inserimento della prestazione o del servizio nel Programma di Generazione di Evidenze dell'ISS o nei programmi di ricerca finanziati dall'AIFA.

[152]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 2026.

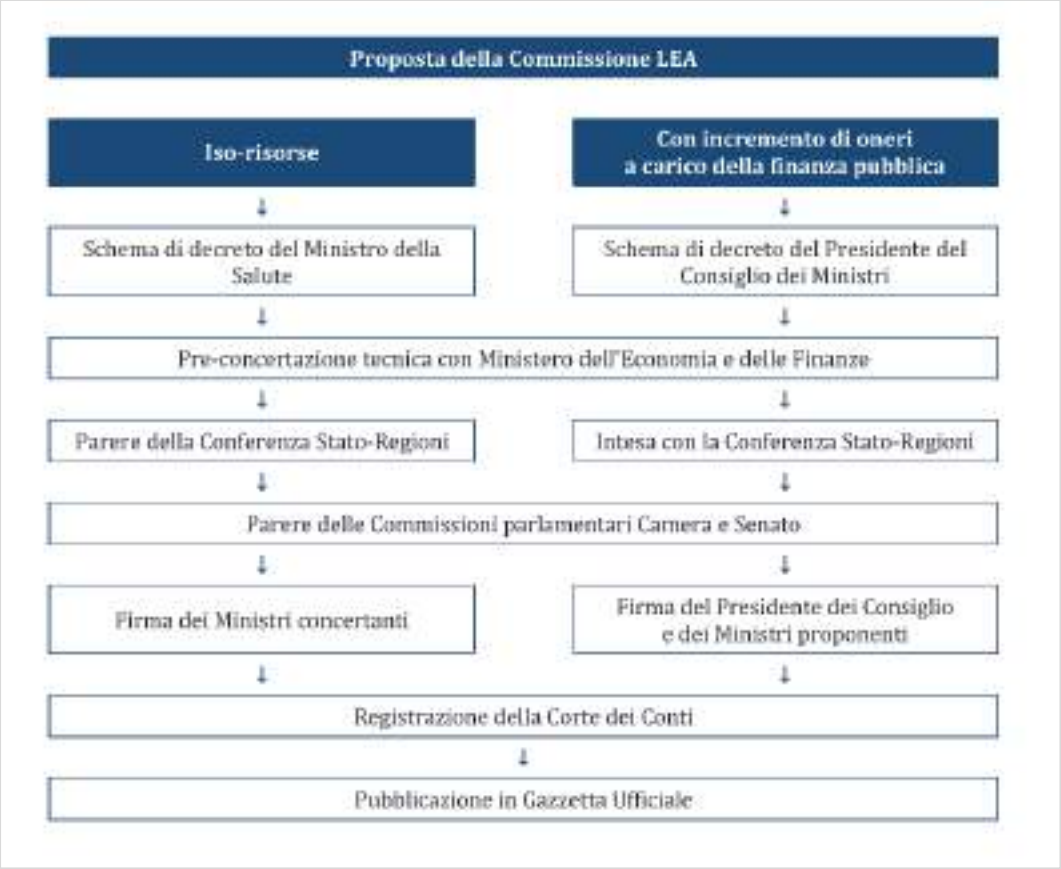


Figura 5.2. Procedure per l'aggiornamento dei LEA

Il sito del Ministero della Salute descrive un iter strutturato per l'aggiornamento dei LEA, ma non pubblica le richieste, la documentazione di supporto né gli esiti delle valutazioni. Inoltre, a prescindere dal lavoro svolto dalle tre Commissioni succedutesi nel tempo, le proposte di aggiornamento sono rimaste condizionate dal lungo e travagliato iter del "Decreto Tariffe" (box 5.1).

Nell'aprile 2025 la Commissione LEA ha trasmesso al Ministero una proposta di aggiornamento[153] con nuove prestazioni e ampliamenti, tra cui screening neonatali, esenzioni, dispositivi e test diagnostici innovativi. La proposta è stata poi articolata in due provvedimenti: un DPCM per le modifiche con maggiori oneri e un DM per quelle a iso-risorse. Il 23 ottobre 2025 la Conferenza Stato-Regioni ha sancito l'intesa su entrambi gli schemi. Il DPCM, trasmesso alle Camere il 24 dicembre 2025 (AG 370), ha ottenuto nel febbraio 2026 i pareri favorevoli con osservazioni delle Commissioni competenti; il DM, trasmesso il 18 marzo 2026 (AG 391), ha ricevuto tra aprile e maggio i pareri favorevoli. I due provvedimenti sono stati definitivamente adottati, rispettivamente, con il DPCM 7 agosto 2026 e il DM 3 agosto 2026 e pubblicati nella Gazzetta Ufficiale n. 227 del 30 settembre 2026. Il DPCM comporta maggiori oneri pari a € 149,5 milioni annui, finanziati attraverso le risorse già vincolate all'aggiornamento dei LEA. A quasi dieci anni dal DPCM 12 gennaio 2017 si conclude così il primo processo organico di aggiornamento dei LEA previsto dalla normativa, con effetti operativi dal 30 ottobre 2026. Resta

[153] 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. Disponibile a: www.quotidianosanita.it/governo-e-parlamento/articolo.php?articolo_id=129213. Ultimo accesso: 30 settembre 2026.

tuttavia da verificare se, in futuro, il sistema sarà in grado di garantire l'aggiornamento continuo e tempestivo dei LEA previsto dal legislatore.

Criticità metodologiche nell'aggiornamento dei LEA. Il DPCM 12 gennaio 2017 non esplicita né i criteri per includere nuove prestazioni, né quelli per aggiornare gli elenchi attraverso inserimenti, esclusioni e *delisting*. Il «paniere LEA» è stato così ampliato senza un metodo rigoroso e sottostimandone la copertura finanziaria: numerose prestazioni sono state incluse non sulla base di robuste prove di efficacia, ma anche per effetto delle pressioni esercitate dal mondo professionale, dalle associazioni di pazienti e dall'industria. In assenza di un metodo rigoroso per trasferire le migliori evidenze scientifiche nella definizione e nell'aggiornamento dei LEA, una quota rilevante di risorse pubbliche viene sprecata sia per l'erogazione di prestazioni a valore basso o negativo (profilo rischio-beneficio sfavorevole), sia per le conseguenze dovute alla mancata erogazione di prestazioni a valore elevato non incluse nei LEA.

Considerato che la sostenibilità del SSN richiede che le risorse pubbliche siano destinate prevalentemente a interventi efficaci, appropriati e a elevato valore[154], la Fondazione GIMBE ha sviluppato e progressivamente perfezionato un framework *evidence- & value-based*[155] che classifica le prestazioni sanitarie in quattro categorie (figura 5.3). Il modello integra nomenclatori e tariffe con un metodo rigoroso basato sulle evidenze scientifiche e sul valore, con l'obiettivo di promuovere l'uso appropriato delle risorse, garantire l'equità di accesso e misurare sistematicamente gli esiti riferiti dai pazienti[156]:

- **Valore elevato.** Prestazioni efficaci e appropriate, con costi adeguati rispetto alle alternative. Devono essere incluse nei LEA e interamente finanziate con risorse pubbliche.
- **Valore basso.** Prestazioni inefficaci o inappropriate, oppure efficaci e appropriate ma con costi eccessivi rispetto alle alternative. Possono essere incluse nei LEA, ma non interamente finanziate con risorse pubbliche: la quota residua deve essere sostenuta dalla spesa privata, intermediata o out-of-pocket, in misura inversamente proporzionale al valore.
- **Valore incerto.** Prestazioni con profilo rischio-beneficio non definito, perché le evidenze sono assenti, di bassa qualità o discordanti. Assimilabili a quelle a basso valore, possono essere incluse nei LEA ma non interamente finanziate con risorse pubbliche, prevedendo una quota di spesa privata, intermediata o out-of-pocket. Parallelamente, occorre finanziare ricerca comparativa indipendente per colmare le aree grigie.
- **Valore negativo.** Prestazioni i cui rischi superano i benefici. Devono essere escluse dai LEA e non erogate neppure tramite spesa privata.

[154] Fondazione GIMBE. Carta GIMBE per la tutela della salute. Disponibile a: www.salviamo-ssn.it/salviamo-ssn/carta. Ultimo accesso: 30 settembre 2026.

[155] 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 2026.

[156] 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 2026.

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 e massimizzare il *value for money* della spesa sanitaria. Come mostra la figura 5.4, la posizione della linea tratteggiata dipende dalle risorse disponibili: un SSN «ricco» può permettersi di rimborsare anche prestazioni a valore basso o incerto; al diminuire delle risorse, il finanziamento pubblico deve concentrarsi sulle prestazioni a valore elevato o, nei casi estremi, molto elevato. Il framework contribuisce inoltre a ridurre le diseguaglianze territoriali e socio-economiche, favorendo una maggiore equità di accesso alle prestazioni.

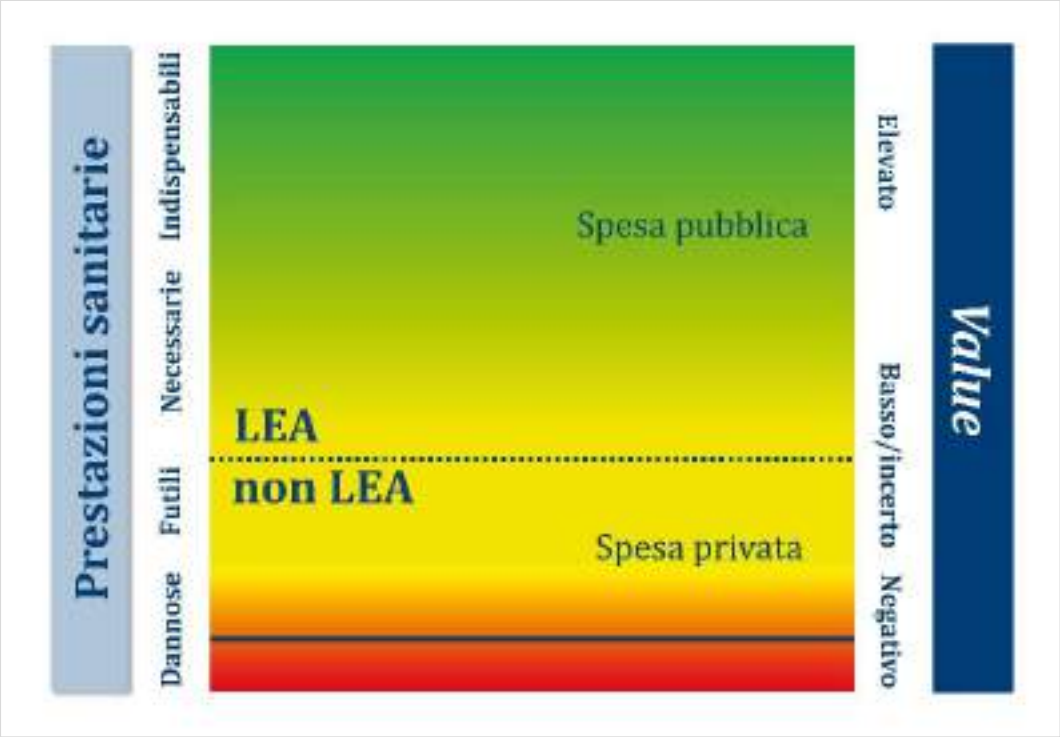


Figura 5.4. Relazione ottimale tra LEA, valore delle prestazioni e spesa sanitaria

La vera sfida della Commissione LEA non è quindi aggiornare il paniere in quanto tale, ma definire e applicare un metodo *evidence- & value-based*: destinare le risorse pubbliche a servizi e prestazioni di valore elevato, escludere quelli a valore negativo, trasferire sulla spesa privata – out-of-pocket, intermediata o compartecipazione – quelli a valore basso e promuovere ricerca comparativa indipendente per quelli a valore incerto. Le principali criticità del processo di aggiornamento dei LEA sono:

- La metodologia adottata dalla Commissione LEA non è mai stata esplicitata né resa pubblica. Il sito del Ministero della Salute riferisce soltanto che la Commissione valuta la completezza e la robustezza delle evidenze trasmesse dal richiedente, senza fornire ulteriori dettagli.
- L'assenza di una rendicontazione pubblica non consente di comprendere in quale misura il processo sia «reattivo», ovvero sollecitato dagli stakeholder, e quanto invece «proattivo», cioè promosso dalle istituzioni.
- Le procedure di aggiornamento, sia a invarianza di risorse sia con maggiori oneri, ostacolano l'obiettivo di *mantenere il SSN al passo con le innovazioni scientifiche e tecnologiche e con i bisogni dei cittadini*. Ai tempi necessari per la valutazione tecnica si aggiungono infatti iter burocratici complessi, difficilmente compatibili con la rapidità del progresso scientifico e con il continuo turnover delle innovazioni.
- Senza un consistente *delisting* delle prestazioni obsolete e a valore basso o negativo, non sarà possibile liberare risorse da reinvestire in innovazioni da rendere universalmente disponibili.
- L'*Health Technology Assessment* (HTA), pur formalmente integrato nelle politiche sanitarie, è applicato in modo frammentato da enti centrali (Ministero della Salute, Agenas, AIFA, ISS) e Regioni, con difficoltà di coordinamento e una debole governance complessiva.
- Il ritardo nell'approvazione (oltre sei anni) e nell'entrata in vigore (quasi otto anni) del «Decreto Tariffe» ha impedito per anni l'effettiva attuazione degli aggiornamenti proposti dalla Commissione LEA.

In conclusione, l'aggiornamento continuo dei LEA non si è mai concretizzato e l'obiettivo di mantenerli al passo con l'evoluzione delle conoscenze scientifiche e tecnologiche e con i bisogni di salute della popolazione rimane sostanzialmente disatteso, a quasi nove anni dalla loro revisione.

Finanziamento dei «nuovi LEA». La relazione tecnica del Ministero della Salute sullo schema di DPCM stimava un impatto economico di € 771,8 milioni[157]. La Legge di Bilancio 2016 (articolo 1, comma 555) ha stanziato € 800 milioni sulla quota indistinta del FSN standard. Per i successivi aggiornamenti sono state destinate le seguenti risorse:

- Legge di Bilancio 2022 (articolo 1, comma 288): € 200 milioni annui dal 2022 sulla quota indistinta del FSN standard;
- Legge di Bilancio 2024 (articolo 1, comma 235): € 50 milioni per il 2024 e € 200 milioni annui dal 2025 sul livello del FSN standard;
- Legge di Bilancio 2025 (articolo 1, comma 302): € 50 milioni annui dal 2025 sul livello del FSN standard;
- Legge di Bilancio 2026 (articolo 1, comma 350): vincola € 100 milioni per il 2026 e € 183 milioni annui dal 2027, nell'ambito del livello del FSN standard, da destinare

[157] 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 2026.

all'aggiornamento delle tariffe massime per la remunerazione delle prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale e di assistenza protesica.

Tutte le risorse destinate ai nuovi LEA e ai successivi aggiornamenti sono comprese nel livello del FSN standard e non rappresentano pertanto finanziamenti aggiuntivi.

5.4. Monitoraggio dei LEA

5.4.1. Verifica adempimenti LEA: il questionario LEA

Secondo l'Intesa Stato-Regioni del 23 marzo 2005, le Regioni sono tenute a rispettare una serie di adempimenti per accedere alla quota premiale del finanziamento del SSN. Sono sottoposte alla verifica le 15 Regioni a statuto ordinario e la Sicilia, mentre ne sono escluse Friuli Venezia Giulia, Sardegna e Valle d'Aosta e le Province autonome di Trento e Bolzano. Il Comitato LEA verifica gli adempimenti di propria competenza[158], mentre il Tavolo per la verifica degli adempimenti regionali, istituito presso il Ministero dell'Economia e delle Finanze, coordina l'istruttoria ai fini dell'accesso al maggior finanziamento (c.d. quota premiale). Per la valutazione annuale, il Comitato LEA predispone un questionario corredato di note esplicative e allegati[159], trasmesso alle Regioni tramite il Tavolo adempimenti. Sulla base della documentazione prodotta e degli esiti delle riunioni tecniche, viene certificato l'adempimento o l'inadempimento delle Regioni, eventualmente subordinando la valutazione positiva all'assolvimento di specifici impegni.

Alla data di chiusura del presente Rapporto, gli ultimi esiti completi pubblicati della verifica degli adempimenti LEA restano quelli relativi al 2020, diffusi nel giugno 2024 e riportati separatamente per le Regioni in Piano di rientro[160] e per quelle non in Piano di rientro[161]. La pagina dedicata del Ministero della Salute, aggiornata il 14 gennaio 2025, indica gli esiti 2021 come "in fase di consolidamento" e la verifica 2022 "in corso". A oggi non risultano pubblicati né gli esiti nazionali consolidati delle annualità successive né un cronoprogramma per il recupero dell'arretrato[162].

I documenti pubblicamente disponibili non consentono di chiarire le ragioni del ritardo: non è noto se le verifiche siano ancora in corso, se gli esiti non siano stati pubblicati o se le Regioni abbiano cessato di compilare il Questionario LEA. In quest'ultimo caso, il Ministero dovrebbe comunicarlo ufficialmente, precisando se il Questionario sia stato sostituito e, in caso affermativo, da quale strumento. Disporre nel 2026 dei soli esiti relativi al 2020 rende infatti opaco il rapporto tra adempimenti regionali, accesso alla quota premiale e responsabilità istituzionali, compromettendo la trasparenza e la rendicontazione pubblica.

---

[158] 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 2026.

[159] 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 2026.

[160] 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 accesso: 30 settembre 2026.

[161] 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 accesso: 30 settembre 2026.

[162] 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 2026.

Per l'anno 2020 sono state sottoposte a verifica 16 Regioni: le 15 a statuto ordinario e la Sicilia. Sono stati certificati 41 adempimenti, alcuni articolati in più sezioni, per un totale di 128 valutazioni. La verifica si è conclusa positivamente per Abruzzo, Basilicata, Emilia-Romagna, Lazio, Liguria, Lombardia, Marche, Piemonte, Puglia, Toscana, Umbria e Veneto. In alcuni casi, l'adempimento è stato riconosciuto con l'obbligo per la Regione di assolvere uno specifico impegno, verificato nell'annualità successiva. Per Calabria, Campania, Molise e Sicilia, che presentavano criticità, la verifica è proseguita nell'ambito del monitoraggio dei Piani di rientro.

5.4.2. Monitoraggio dell'erogazione dei LEA

Ogni anno il Ministero della Salute pubblica un report sui risultati del monitoraggio dell'erogazione dei LEA. Il DM 12 dicembre 2001 e, successivamente, il DM 12 marzo 2019 hanno stabilito che il report venga pubblicato entro il 31 dicembre dell'anno successivo a quello di riferimento. Tuttavia, tale scadenza non è mai stata rispettata, con ricadute negative sulla programmazione sanitaria regionale, sulla tempestiva attivazione dei processi di miglioramento e sulla rendicontazione pubblica (tabella 5.1).

Anno di rilevazione	Data report	Data di pubblicazione	Mesi di ritardo*
2015	Luglio 2017	12 ottobre 2017[163]	9
2016	Luglio 2018	29 settembre 2018[164]	9
2017	Febbraio 2019	3 aprile 2019[165]	3
2018	Luglio 2020	5 novembre 2020[166]	10
2019	Maggio 2021	6 settembre 2021[167]	8
2020	Dicembre 2022	7 gennaio 2023[168]	12
2021	Maggio 2023	29 maggio 2023[169]	5
2022	Giugno 2024	15 luglio 2024[170]	6
2023	Maggio 2025	4 agosto 2025[171]	7
2024	A luglio 2026[172] è stata pubblicata solo la sintesi dei risultati		

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

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

[163] Ministero della Salute. Monitoraggio dei LEA attraverso la cd. Griglia LEA. 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 2026.

[164] Ministero della Salute. Monitoraggio dei LEA attraverso la cd. Griglia LEA. 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 2026.

[165] Ministero della Salute. Monitoraggio dei LEA attraverso la cd. Griglia LEA. 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 2026.

[166] Ministero della Salute. Monitoraggio dei LEA attraverso la cd. Griglia LEA. 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 2026.

[167] Ministero della Salute. Monitoraggio dei LEA attraverso la cd. Griglia LEA. 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 2026.

[168] Ministero della Salute. Monitoraggio dei LEA attraverso il Nuovo Sistema di Garanzia. 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 2026.

[169] Ministero della Salute. Monitoraggio dei LEA attraverso il Nuovo Sistema di Garanzia. 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 2026.

[170] Ministero della Salute. Monitoraggio dei LEA attraverso il Nuovo Sistema di Garanzia. 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 2026.

[171] Ministero della Salute. Monitoraggio dei LEA attraverso il Nuovo Sistema di Garanzia. 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 2026.

[172] Ministero della Salute. Monitoraggio dei LEA attraverso il Nuovo Sistema di Garanzia. Anno 2024. Sintesi. Luglio 2026. Disponibile a: www.salute.gov.it/new/sites/default/files/sintesi_CORE_NSG_2024.pdf. Ultimo accesso: 30 settembre 2026.

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 c.d. "griglia LEA" che, nella sua ultima versione, comprendeva 34 indicatori relativi ai tre macro-livelli di assistenza: prevenzione collettiva e sanità pubblica, assistenza distrettuale e assistenza ospedaliera. Nel dicembre 2022 la Fondazione GIMBE ha pubblicato un report[173] che, analizzando 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. Rinviando al report originale per i dettagli metodologici, la percentuale di "adempimento cumulativo" è stata calcolata come rapporto tra il punteggio totale ottenuto nel periodo 2010-2019 e il punteggio massimo conseguibile nel decennio analizzato (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)

[173] Fondazione GIMBE. Report Osservatorio GIMBE n. 2/2022. Livelli Essenziali di Assistenza: le diseguaglianze regionali in sanità. Bologna, dicembre 2022. Disponibile a: www.gimbe.org/LEA_2010-2019. Ultimo accesso: 30 settembre 2026.

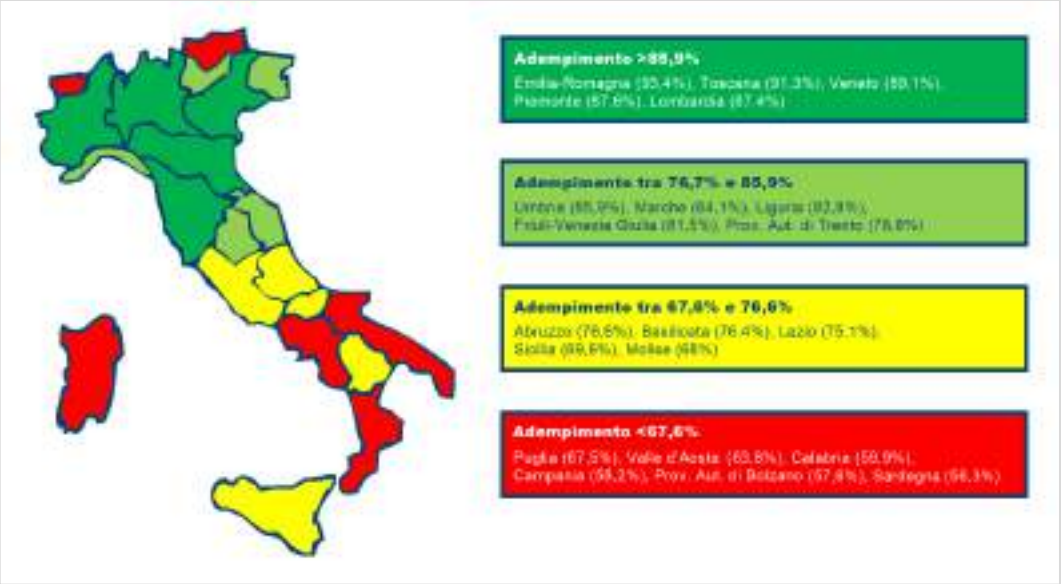


Figura 5.5. Griglia LEA: percentuale di adempimento cumulativo 2010-2019
(elaborazione GIMBE su dati Ministero della Salute)

Considerato che nel decennio 2010-2019 gli indicatori sono rimasti pressoché invariati e le modalità di attribuzione dei punteggi sostanzialmente identiche, è possibile formulare alcune considerazioni generali sul monitoraggio attraverso la griglia LEA:

- Nel periodo 2010-2019 la percentuale cumulativa totale di adempimento delle Regioni è del 75,7% (range 56,3%-93,4%). Considerato che, a fronte delle risorse ripartite alle Regioni, la griglia LEA rappresentava lo strumento utilizzato per monitorare l'erogazione delle prestazioni essenziali, il 24,3% delle risorse assegnate nel decennio non si è dunque tradotto in servizi per i cittadini, con un range compreso tra il 6,6% dell'Emilia-Romagna e il 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 graduale "appiattimento" della griglia LEA, la cui capacità di "catturare" gli inadempimenti si è gradualmente ridotta a causa della sostanziale stabilità degli indicatori.
- Nessuna Regione del Mezzogiorno si posiziona nei due quartili superiori (adempimento cumulativo ≥76,6%), documentando una "frattura strutturale" tra Nord e 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), introdotto dal DM 12 marzo 2019. Il NSG ha l'obiettivo primario di mettere in relazione l'erogazione dei LEA con la valutazione multidimensionale della qualità dell'assistenza (sicurezza, efficacia, appropriatezza clinica e organizzativa, equità, partecipazione di cittadini e pazienti, efficienza), attraverso 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 NSG[174] e la metodologia per il calcolo degli indicatori NSG-PDTA[175]. Ai sensi dell'articolo 2, c. 4 del DM 12 marzo 2019, nell'ambito del NSG è stato individuato un sottoinsieme di 22 indicatori, denominato "CORE", finalizzato a valutare sinteticamente l'erogazione dei LEA. Gli indicatori CORE sono stati oggetto di una sperimentazione dal 2016 al 2019, i cui risultati sono disponibili sul sito del Ministero della Salute[176]. Dal 2020 hanno formalmente sostituito la griglia LEA.

Gli altri indicatori[177] del NSG, cd. "NO CORE", non concorrono all'attribuzione dei punteggi LEA. Tuttavia, fornendo un quadro informativo analitico sulle performance dei servizi sanitari regionali, possono essere utilizzati dalle Regioni per attività di benchmark, processi di miglioramento e definizione degli obiettivi per le Aziende sanitarie.

Nel NSG il punteggio complessivo per ciascuna area è determinato dalla media pesata dei punteggi degli indicatori CORE che la compongono, comprensivi di eventuali premi e penalità, ed è espresso su una scala da 0 a 100. Per essere considerata adempiente, una Regione deve raggiungere un punteggio ≥60 in tutte le tre aree; un punteggio <60 anche in una sola area la classifica come inadempiente. A differenza della griglia LEA, dunque, il NSG non somma i punteggi ottenuti nei tre macro-livelli, ma valuta separatamente l'adempimento in ciascuna area, fissando a 60 punti la soglia minima.

Il sottoinsieme degli indicatori CORE è rimasto stabile nel periodo 2020-2022, in coerenza con le previsioni del DM 12 marzo 2019 relative al primo triennio di applicazione. Dal 2023 sono stati introdotti i primi aggiornamenti, volti a garantire la flessibilità del sistema di valutazione. Nel 2023 sono state infatti apportate alcune variazioni[178], che hanno portato il numero di indicatori CORE da 22 a 26, di cui 2 utilizzati ad anni alterni (D03C e D04C). Nel 2024 sono state introdotte ulteriori modifiche, che hanno portato il totale degli indicatori a 29, articolati in 5 aree:

- Area prevenzione: nessuna variazione
- Area distrettuale: nessuna variazione
- Area ospedaliera: inserito l'indicatore H09Za
- Area equità – nuova area – con l'indicatore EO01
- Area PDTA – nuova area – con l'indicatore PDTA03(B)

Tenendo conto del meccanismo di rotazione degli indicatori D03C e D04C, per l'anno 2024 il numero di indicatori CORE è pari a 28 (box 5.2).

---

[174] 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 2026.

[175] 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 2026.

[176] 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 2026.

[177] 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 2026.

[178] Fondazione GIMBE. 8° Rapporto GIMBE sulla sostenibilità del Servizio Sanitario Nazionale. Roma, 8 ottobre 2025. Disponibile a: www.salviamo-ssn.it/attivita/rapporto/8-rapporto-gimbe.it-IT.html. Ultimo accesso: 30 settembre 2026.

Box 5.2. Nuovo Sistema di Garanzia: indicatori CORE 2024

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 prima dose di vaccino contro morbillo, parotite, rosolia (MPR).
- **P10Z**. Copertura delle principali attività riferite al controllo delle anagrafi animali, dell'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 risulta dalla media aritmetica dei punteggi delle 3 componenti: mammella, cervice e colon-retto.

Area distrettuale (n. 11)

- **D01Z.** Proporzione di eventi maggiori cardiovascolari, cerebrovascolari o decessi entro 12 mesi da un episodio di infarto Miocardico Acuto (IMA).
- **D02Z.** Proporzione di eventi maggiori cardiovascolari, cerebrovascolari o decessi entro 12 mesi da un episodio di ictus ischemico.
- **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.
- **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 o semi-residenziale in rapporto alla popolazione residente, per tipologia di trattamento (intensità di cura).

*L'indicatore D04C - tasso di ospedalizzazione standardizzato in età pediatrica (<18 anni) per asma e gastroenterite – si alterna con l'indicatore D03C. Nel 2023 è stato inserito nel CORE l'indicatore D04C.

Area ospedaliera (n. 10)

- **H02Z**. Quota di interventi per tumore maligno della mammella eseguiti in reparti con volume di attività superiore a 150 (10% tolleranza) interventi annui.
- **H03Z**. 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).
- **H09Za**. Donatori di organi in morte encefalica.
- **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.

Area equità (n. 1)

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

Area PDTA (n. 1)

- **PDTA03(B)**. Percentuale di pazienti con diagnosi di scompenso cardiaco che aderiscono al trattamento farmacologico con beta-bloccanti.

Monitoraggio dei LEA con il Nuovo Sistema di Garanzia: anni 2020-2024. Negli anni 2020 e 2021, a causa dell'emergenza pandemica, la valutazione è stata condotta con finalità esclusivamente informative. Nel periodo 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. Nel 2024 quasi tutte le Regioni risultano adempienti, ad eccezione di Calabria, Provincia autonoma di Bolzano e Sicilia. La tabella 5.3 riporta, per il periodo 2020-2024, le Regioni inadempienti, indicando le aree (prevenzione, distrettuale, ospedaliera) nelle quali hanno ottenuto un punteggio <60.

Regione	2020			2021			2022			2023			2024		
	P	D	O	P	D	O	P	D	O	P	D	O	P	D	O
Abruzzo															
Basilicata															
Calabria															
Campania															
Liguria															
Molise															
Prov. Aut. di Bolzano															
Sardegna															
Sicilia															
Valle d'Aosta															

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

Adempiente | Inadempiente

Tabella 5.3. Nuovo Sistema di Garanzia: Regioni inadempienti 2020-2024
(dati Ministero della Salute)

La netta crescita delle Regioni adempienti – da 13 nel 2023 a 18 nel 2024 – non può essere interpretata come prova di un analogo miglioramento dei servizi sanitari regionali. La "promozione" dipende infatti dal raggiungimento di almeno 60 punti su 100 in ciascuna delle tre macro-aree, il cui punteggio è calcolato come media ponderata degli indicatori CORE della relativa area. Questo meccanismo tende ad appiattire le differenze tra i singoli indicatori di ciascuna area e può occultare rilevanti criticità all'interno delle singole aree. Nel 2024, 6 delle 18 Regioni adempienti presentano almeno un punteggio compreso tra 60 e 69; adottando, a titolo puramente esemplificativo, una soglia di 70 punti, le Regioni e Province autonome inadempienti salirebbero da 3 a 9. Emerge così un paradosso: mentre aumentano le difficoltà di accesso ai servizi da parte dei cittadini, cresce il numero delle Regioni adempienti. Nel 2024, infatti, la quota di popolazione che ha rinunciato a prestazioni sanitarie è salita al 9,9% rispetto al 7,6% del 2023. Più che documentare un miglioramento complessivo dei servizi sanitari, l'aumento delle Regioni adempienti conferma quindi la limitata capacità degli indicatori CORE del NSG di intercettare tutte le criticità e i limiti di una valutazione fondata sul mero superamento di soglie minime.

Monitoraggio dei LEA con il Nuovo Sistema di Garanzia: anno 2024. La sintesi del monitoraggio dei LEA relativo all'anno 2024 è stata pubblicata il 10 luglio 2026[179]. Nel 2024 risultano inadempienti solo tre Regioni: la Calabria, con un punteggio insufficiente nell'area distrettuale, e la Provincia autonoma di Bolzano e la Sicilia, entrambe con un punteggio insufficiente nell'area della prevenzione (tabella 5.4).

Regione	Prevenzione	Distrettuale	Ospedaliera	Status
Abruzzo	80	74	75	Adempiente
Basilicata	70	64	71	Adempiente
Calabria	66	52	71	Inadempiente
Campania	61	80	68	Adempiente
Emilia-Romagna	97	94	91	Adempiente
Friuli Venezia Giulia	88	85	75	Adempiente
Lazio	81	75	81	Adempiente
Liguria	93	84	73	Adempiente
Lombardia	96	89	85	Adempiente
Marche	65	85	87	Adempiente
Molise	70	62	60	Adempiente
Piemonte	95	90	87	Adempiente
Provincia Aut. di Bolzano	59	83	64	Inadempiente
Provincia Aut. di Trento	98	79	94	Adempiente
Puglia	85	76	81	Adempiente
Sardegna	81	65	66	Adempiente
Sicilia	49	73	74	Inadempiente
Toscana	96	94	90	Adempiente
Umbria	95	82	77	Adempiente
Valle d'Aosta	86	64	63	Adempiente
Veneto	96	95	97	Adempiente

Punteggio	≥ 60	< 60

Tabella 5.4. Nuovo Sistema di Garanzia: punteggi per area 2024
(dati Ministero della Salute)

Sebbene il NSG non preveda il calcolo di un punteggio totale ai fini della valutazione dell'adempimento, 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 rende più evidente l'entità del divario Nord-Sud: nelle prime 10 posizioni si collocano 7 Regioni del Nord, 2 del Centro e 1 del Sud, mentre

[179] Ministero della Salute. Monitoraggio dei LEA attraverso gli indicatori CORE del Nuovo Sistema di Garanzia – anno 2024. Sintesi. Direzione Generale della Programmazione e dell'Edilizia sanitaria, maggio 2026. Disponibile a: www.salute.gov.it/new/sites/default/files/sintesi_CORE_NSG_2024.pdf. Ultimo accesso: 30 settembre 2026.

le ultime 7 posizioni sono occupate esclusivamente da Regioni del Mezzogiorno, ad eccezione della Provincia autonoma di Bolzano.

Regione	Punteggio totale 2024
Veneto	288
Emilia-Romagna	282
Toscana	280
Piemonte	272
Prov. Aut. di Trento	271
Lombardia	270
Umbria	254
Liguria	250
Friuli Venezia Giulia	248
Puglia	242
Marche	237
Lazio	237
Abruzzo	229
Valle d'Aosta	213
Sardegna	212
Campania	209
Prov. Aut. di Bolzano*	206
Basilicata	205
Sicilia*	196
Molise	192
Calabria*	189

Quartili	≤209	>209 e ≤237	>237 e ≤270	>270

*Regione inadempiente secondo il Nuovo Sistema di Garanzia (NSG)

Tabella 5.5. Nuovo Sistema di Garanzia: punteggi totali
(dati Ministero della Salute, anno 2024)

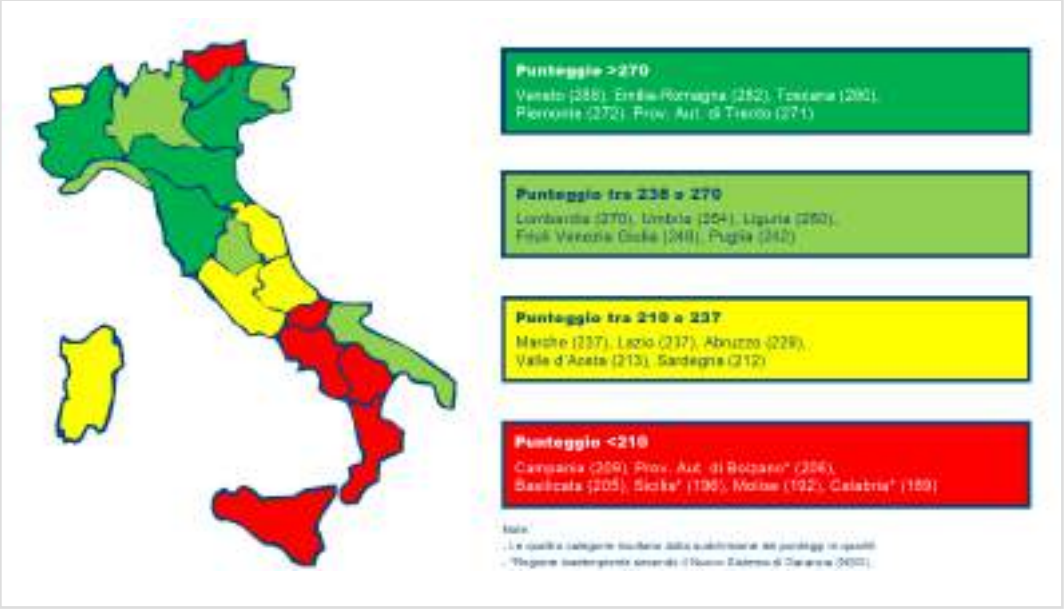


Figura 5.6. Nuovo Sistema di Garanzia: punteggi totali anno 2024
(elaborazione GIMBE su dati Ministero della Salute)

AREA PREVENZIONE		AREA DISTRETTUALE		AREA OSPEDALIERA	
Regione	**Punteggio**	**Regione**	**Punteggio**	**Regione**	**Punteggio**
Prov. Aut. di Trento	98	Veneto	95	Veneto	97
Emilia-Romagna	97	Emilia-Romagna	94	Prov. Aut. di Trento	94
Lombardia	96	Toscana	94	Emilia-Romagna	91
Toscana	96	Piemonte	90	Toscana	90
Veneto	96	Lombardia	89	Piemonte	87
Piemonte	95	Friuli Venezia Giulia	85	Marche	87
Umbria	95	Marche	85	Lombardia	85
Liguria	93	Liguria	84	Puglia	81
Friuli Venezia Giulia	88	Prov. Aut. di Bolzano	83	Lazio	81
Valle d'Aosta	86	Umbria	82	Umbria	77
Puglia	85	Campania	80	Friuli Venezia Giulia	75
Lazio	81	Prov. Aut. di Trento	79	Abruzzo	75
Sardegna	81	Puglia	76	Sicilia	74
Abruzzo	80	Lazio	75	Liguria	73
Basilicata	70	Abruzzo	74	Basilicata	71
Molise	70	Sicilia	73	Calabria	71
Calabria	66	Sardegna	65	Campania	68
Marche	65		64	Sardegna	66
Campania	61	Basilicata	64	Prov. Aut. di Bolzano	64
Prov. Aut. di Bolzano	59	Molise	62	Valle d'Aosta	63
Sicilia	49	Calabria	52	Molise	60

Tabella 5.6. Nuovo Sistema di Garanzia: punteggi anno 2024 per le tre macro-aree LEA
(elaborazione GIMBE su dati Ministero della Salute)

La tabella 5.6 documenta che, al di là dei criteri utilizzati per classificare una Regione come adempiente o inadempiente, i punteggi ottenuti per ciascuna delle tre aree restituiscono classifiche differenti, consentendo 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, indicando performance relativamente omogenee, mentre altre mostrano una rilevante variabilità. In particolare, Emilia-Romagna, Piemonte, Toscana e Veneto si collocano in posizioni simili nelle tre aree, come documentano le deviazioni standard inferiori a 1. Al contrario, altre Regioni presentano marcate differenze di posizione: i valori più elevati si registrano in Valle d'Aosta (4,2) e nella Provincia autonoma di Trento (4,0), seguite da Marche e Provincia autonoma di Bolzano (3,8). La tabella 5.7 riporta le posizioni delle Regioni nelle tre aree, insieme alla posizione media e alla relativa deviazione standard, il cui valore crescente indica una maggiore variabilità delle performance tra le diverse aree.

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

Tabella 5.7. Nuovo Sistema di Garanzia 2024: posizioni delle Regioni in classifica nelle tre macro-aree LEA
(elaborazione GIMBE su dati Ministero della Salute)

Variazioni 2023-2024. Sono state analizzate le variazioni tra gli adempimenti 2023 e 2024, considerando sia i punteggi totali delle Regioni sia le performance nazionali nelle tre macro-aree LEA. Nel 2024 cinque Regioni registrano un peggioramento rispetto al 2023, seppure di entità molto variabile: dai -11 punti delle Marche al -1 del Molise. Al contrario, i miglioramenti più rilevanti si registrano in Valle d'Aosta (+48) e Abruzzo (+47) (tabella 5.8).

Regione	Gap 2024 vs 2023
Valle d'Aosta	48
Abruzzo	47
Liguria	31
Sicilia	23
Lazio	21
Sardegna	20
Basilicata	16
Puglia	14
Friuli Venezia Giulia	13
Lombardia	13
Calabria	12
Emilia-Romagna	4
Prov. Aut. di Bolzano	4
Campania	3
Piemonte	2
Veneto	0
Molise	-1
Umbria	-3
Toscana	-6
Prov. Aut. di Trento	-7
Marche	-11

Tabella 5.8. Punteggio totale adempimenti LEA: gap 2024 vs 2023
(elaborazione GIMBE su dati Ministero della Salute)

Relativamente alle tre macro-aree, nel 2024 a livello nazionale si registra un peggioramento nell'area ospedaliera (-30 punti), a fronte di un netto miglioramento nell'area distrettuale (+140 punti) e in quella della prevenzione (+133 punti) (tabella 5.9).

Area	2024	2023	Gap 2024 vs 2023
Prevenzione	1.707	1.574	+133*
Distrettuale	1.645	1.505	+140
Ospedaliera	1.630	1.660	-30

*Il netto incremento del punteggio nell'area della prevenzione è verosimilmente attribuibile ad una sottostima dei dati 2023 dovuta al passaggio alla nuova fonte informativa dell'Anagrafe Vaccinale Nazionale.

Tabella 5.9. Punteggio totale nazionale adempimenti LEA: gap 2024 vs 2023
(elaborazione GIMBE su dati Ministero della Salute)

A livello nazionale, il trend 2020-2024 dei punteggi medi nelle 3 macro-aree LEA documenta, per l'area distrettuale, un lieve, ma costante, peggioramento delle performance sino al 2023, seguito da un netto miglioramento nel 2024 (78,33). Nell'area ospedaliera, le performance migliorano sino al 2022 (da 68,69 a 79,39), per poi peggiorare nel biennio successivo (da 79,05 a 77,62). Nell'area della prevenzione, l'andamento dei punteggi risente del passaggio alla nuova fonte informativa dell'Anagrafe Vaccinale Nazionale. Dopo l'incremento tra il 2020 (68,13) e il 2021 (75,71), nel 2022 il punteggio scende a 68,78, dato verosimilmente sovrastimato per effetto del cambio della fonte informativa. Per la stessa ragione, il successivo aumento registrato nel 2023 (74,95) risulta verosimilmente sottostimato. Il miglioramento prosegue nel 2024, quando il punteggio raggiunge 81,29 (figura 5.7).

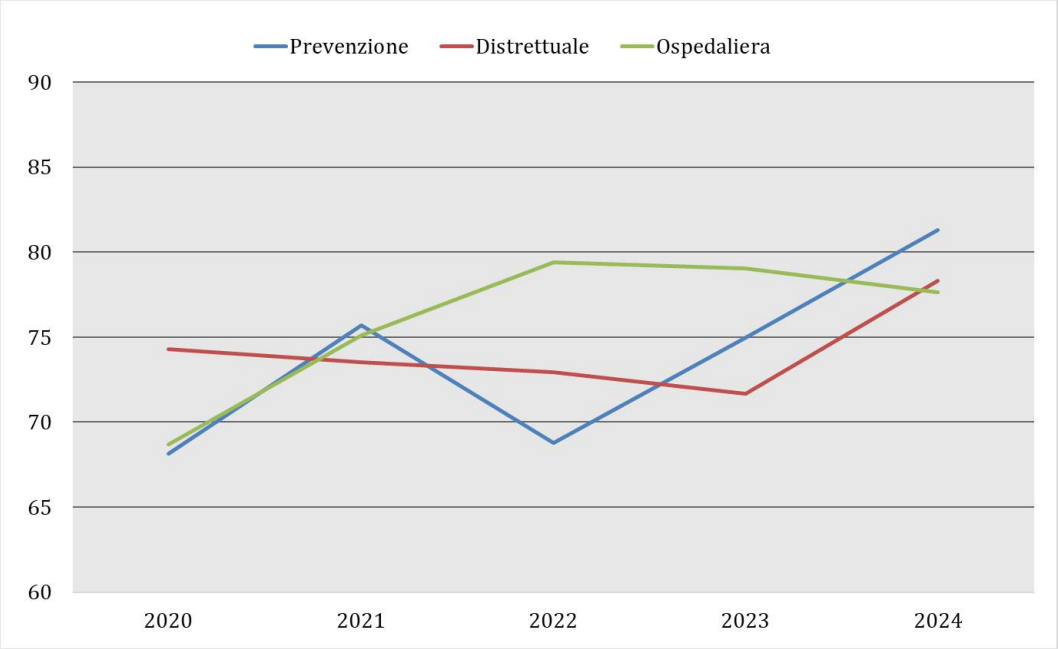


Figura 5.7. Media nazionale adempimenti LEA 2020-2024
(dati Ministero della Salute)

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 sono rimaste la competenza di definire i LEA e la facoltà di esercitare poteri sostitutivi nelle Regioni con gravi disavanzi economici o livelli inadeguati di assistenza, a garanzia del diritto costituzionale alla tutela della salute. Quando alcune Regioni hanno accumulato disavanzi rilevanti rispetto alle risorse del FSN ripartite 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 (Piani di rientro) sono stati introdotti dalla Legge finanziaria 2005 e allegati ad accordi stipulati dai Ministri della Salute e dell'Economia e delle Finanze con le singole Regioni. Successivamente, l'articolo 2, comma 77, della legge 191/2009 ha stabilito che le Regioni con disavanzi sanitari strutturali superiori al 5% (in precedenza 7%) del finanziamento ordinario e delle entrate proprie – o con disavanzi inferiori, ma prive di

adeguati mezzi di copertura o incapaci di garantire l'erogazione dei LEA – devono presentare entro il 10 giugno successivo un Piano di rientro di durata non superiore a tre anni, sottoposto all'approvazione del Consiglio dei Ministri.

In caso di mancata presentazione del Piano, il Governo nomina un commissario ad acta, che interviene anche in caso di mancato raggiungimento degli obiettivi. In sintesi, le Regioni con disavanzo nel conto economico sono sottoposte a Piani di rientro con il duplice obiettivo di ristabilire l'equilibrio economico-finanziario e garantire l'erogazione dei LEA. Se gli obiettivi non vengono raggiunti, il percorso prosegue attraverso Programmi Operativi triennali.

Dal 28 febbraio 2007 sono stati progressivamente sottoscritti Piani di rientro in dieci Regioni: Lazio, Abruzzo, Liguria, Campania, Molise, Sicilia, Sardegna, Calabria, Piemonte e Puglia. Liguria e Sardegna hanno concluso il percorso al termine del triennio 2007-2009, il Piemonte nel 2015 e la Campania il 28 marzo 2026. Le altre sei Regioni – Abruzzo, Calabria, Lazio, Molise, Puglia e Sicilia – risultano tuttora sottoposte alla disciplina dei Piani di rientro[180].

La verifica e il monitoraggio dell'attuazione dei Piani di rientro riguardano sia l'andamento del disavanzo regionale sia il mantenimento dell'erogazione dei LEA. Le attività di affiancamento del Ministero della Salute prevedono[181]:

- formulazione di pareri, di concerto con il Ministero dell'Economia e delle Finanze, sui provvedimenti regionali adottati per attuare gli obiettivi dei Programmi Operativi;
- riunioni trimestrali congiunte del Comitato LEA e del Tavolo adempimenti per verificare lo stato di attuazione dei Piani di rientro;
- incontri tecnico-operativi per analizzare e monitorare l'assistenza sanitaria regionale.

Commissariamento. Il Consiglio dei Ministri avvia la procedura di commissariamento quando, nell'ambito 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 nel risanamento, nel riequilibrio economico-finanziario o nella 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, adotta le misure previste dal Piano e ogni ulteriore atto o provvedimento normativo, amministrativo, organizzativo e gestionale necessario alla sua piena attuazione. Il commissariamento comporta inoltre specifiche misure sanzionatorie: limitazioni alle assunzioni di personale, divieto di sostenere spese non obbligatorie e incremento automatico delle aliquote IRAP (+0,15 punti percentuali) e dell'addizionale regionale IRPEF (+0,30 punti percentuali).

Le procedure di commissariamento hanno finora interessato cinque Regioni: Lazio, Abruzzo, Campania, Calabria e Molise. Le prime quattro ne sono uscite; il Molise risulta tuttora commissariato.

La tabella 5.10 evidenzia le Regioni in Piano di rientro (giallo) e quelle commissariate (rosso); le date indicate nelle celle corrispondono all'inizio e alla conclusione dei rispettivi percorsi.

[180] Ministero della Salute. Piani di Rientro. Il punto della situazione. Disponibile a: www.salute.gov.it/new/it/tema/piani-di-rientro. Ultimo accesso: 30 settembre 2026.

[181] Ministero della Salute. Il Ministero e l'affiancamento delle Regioni. Ultimo aggiornamento: 13 gennaio 2025. Disponibile a: www.salute.gov.it/new/it/tema/piani-di-rientro/il-ministero-e-laffiancamento-alle-regioni. Ultimo accesso: 30 settembre 2026.

Regione	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025	2026
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							28/03
Molise	27/03		24/7																	
Sicilia	31/07																			
Sardegna	31/07			31/12																
Calabria			17/12	30/07																03/08
Piemonte				29/07							21/03									
Puglia				29/11																

In giallo sono riportate le Regioni in Piano di rientro; in rosso quelle anche commissariate.
Le date nelle celle indicano l'inizio e la fine del Piano di rientro e del commissariamento.

Tabella 5.10. Regioni in Piano di rientro e commissariate

Piani di rientro e commissariamenti hanno contribuito al risanamento economico-finanziario, ma non altrettanto alla riorganizzazione, riqualificazione e al potenziamento dei servizi sanitari regionali. La loro durata impone una riflessione: il Molise è commissariato da oltre 15 anni e la Calabria lo è stata per un periodo analogo; Abruzzo, Campania e Lazio lo sono stati rispettivamente per 9, 10 e 11 anni. Sei Regioni – Lazio, Abruzzo, Calabria, Molise, Sicilia e Puglia – restano in Piano di rientro da almeno 15 anni. È dunque inevitabile chiedersi perché il ritorno alla gestione ordinaria sia così lento e complesso. Gli obiettivi sono definiti dai Piani, ma i criteri per uscirne non risultano altrettanto univoci e trasparenti. La decisione spetta prima al tavolo di verifica degli adempimenti con il Ministero dell'Economia e delle Finanze e il Ministero della Salute e successivamente al Consiglio dei Ministri, lasciando spazio all'ipotesi che valutazioni politiche possano influenzare i tempi di uscita dal commissariamento e dai Piani di rientro.

Nel frattempo, dopo lustri e decenni, sono i cittadini a pagare il prezzo più alto: maggiori imposte regionali, ricorso alla sanità privata, mobilità sanitaria e rinuncia alle prestazioni da parte delle persone più fragili e meno abbienti. In ultima analisi, Piani di rientro e commissariamenti finiscono per ostacolare l'effettiva esigibilità del diritto alla tutela della salute: non garantiscono pari opportunità di accesso alle cure tra le Regioni e, in assenza di criteri di uscita chiari e condivisi, rischiano di protrarsi «a tempo indeterminato»[182].

5.4.4. Considerazioni conclusive

Pur rappresentando un netto progresso rispetto alla precedente Griglia LEA, il NSG presenta ancora limiti metodologici e operativi che ne riducono la capacità di documentare in modo esaustivo l'effettiva esigibilità dei LEA. Le principali criticità possono essere così sintetizzate:

- Il sottoinsieme NSG CORE è per definizione un set di indicatori sentinella e non una misurazione esaustiva dei LEA. Il NSG comprende 88 indicatori, mentre la valutazione dell'adempimento si basa su un numero più limitato di indicatori CORE. Nel 2024 il set CORE è stato ulteriormente ampliato, includendo un indicatore di equità, uno relativo ai PDTA e uno sulla donazione di organi. Il problema metodologico non riguarda quindi il

[182] 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 2026.

numero assoluto degli indicatori, ma la loro capacità di rappresentare adeguatamente la complessità dei tre macro-livelli assistenziali: alcune aree rilevanti per cittadini e pazienti rimangono infatti escluse o rappresentate da un numero molto limitato di indicatori.[183]

- All'interno di ciascuna macro-area il punteggio è calcolato come media pesata degli indicatori CORE. Il NSG evita quindi correttamente compensazioni tra prevenzione, assistenza distrettuale e ospedaliera, ma consente compensazioni all'interno della stessa macro-area: performance molto elevate su alcuni indicatori possono assorbire carenze rilevanti su altri. La Legge di Bilancio 2026, prevedendo l'audit anche quando una Regione non raggiunge la soglia minima su singoli indicatori, riconosce di fatto la necessità di intercettare criticità che il solo punteggio sintetico di area può non evidenziare[184].
- L'unità di analisi regionale è troppo aggregata per misurare compiutamente l'equità nell'accesso ai LEA. I valori medi regionali possono nascondere differenze rilevanti tra Aziende sanitarie, Distretti, aree urbane e interne e gruppi socio-economici. L'introduzione nel CORE 2024 dell'indicatore EO01 sulla rinuncia alle prestazioni per inappropriatezza organizzativa dell'offerta e/o ragioni economiche rappresenta un passo in avanti; tuttavia, l'equità dovrebbe costituire una dimensione trasversale di lettura dei principali indicatori, anziché essere affidata a un singolo indicatore.
- La rotazione degli indicatori è necessaria per mantenere il NSG coerente con l'evoluzione dei bisogni di salute, delle tecnologie e dell'organizzazione dei servizi, ma può ridurre la comparabilità longitudinale. Modifiche degli indicatori, delle soglie, delle funzioni di valorizzazione o delle fonti informative possono infatti determinare variazioni dei punteggi non riconducibili a reali cambiamenti dell'assistenza, come già osservato nel passaggio all'Anagrafe Vaccinale Nazionale. Ogni revisione dovrebbe pertanto essere accompagnata, ove possibile, da analisi di raccordo o ricalcoli retrospettivi che consentano di distinguere le variazioni della performance da quelle determinate dallo strumento di misurazione[185].
- L'accessibilità e l'esigibilità effettiva dei LEA rimangono insufficientemente rappresentate. Tempi di attesa, agende chiuse, difficoltà di prenotazione, distanza dai servizi, rinuncia alle prestazioni, continuità e completezza dei percorsi non sono intercettati in modo sistematico. In particolare, sulle liste di attesa il CORE continua a disporre di un numero molto limitato di indicatori, con il rischio di misurare prevalentemente le prestazioni effettivamente erogate e registrate, lasciando in ombra i bisogni che non riescono a entrare nei percorsi assistenziali[186].
- Le specifiche tecniche degli indicatori sono pubbliche e il CORE è sottoposto annualmente all'approvazione del Comitato LEA. Tuttavia, non risulta disponibile una rendicontazione sistematica del razionale con cui gli indicatori vengono inclusi o esclusi dal CORE, né delle motivazioni alla base della definizione di pesi, soglie e funzioni di valorizzazione o delle loro

[183] Ministero della Salute. Monitoraggio dei LEA attraverso gli indicatori CORE del Nuovo Sistema di Garanzia – anno 2024. Sintesi. Roma, luglio 2026. Disponibile a: www.salute.gov.it/new/sites/default/files/sintesi_CORE_NSG_2024.pdf. Ultimo accesso: 30 settembre 2026.

[184] Legge 30 dicembre 2025, n. 199. Bilancio di previsione dello Stato per l'anno finanziario 2026 e bilancio pluriennale per il triennio 2026-2028, art. 1, comma 426. Gazzetta Ufficiale n. 301 del 30 dicembre 2025, Supplemento ordinario n. 42/L. Disponibile a: www.gazzettaufficiale.it/do/gazzetta/downloadPdf?dataPubblicazioneGazzetta=20251230&edizione=0&estensione=pdf&numeroGazzetta=301&numeroSupplemento=42&progressivo=0&tipoSerie=SG&tipoSupplemento=SO. Ultimo accesso: 30 settembre 2026.

[185] Ministero della Salute. Atto di indirizzo 2026. Roma, gennaio 2026. Disponibile a: www.salute.gov.it/new/sites/default/files/2026-01/Atto%20di%20indirizzo%202026%20_firmato%20Ministro.pdf. Ultimo accesso: 30 settembre 2026.

[186] Salutequità. Perché liste di attesa e intramoenia restano un problema: che fine ha fatto l'Organismo di verifica e controllo dell'assistenza sanitaria? 17 febbraio 2026. Disponibile a: www.salutequita.it/perche-liste-di-attesa-e-intramoenia-restano-un-problema-che-fine-ha-fatto-lorganismo-di-verifica-e-controllo-dellassistenza-sanitaria/. Ultimo accesso: 30 settembre 2026.

modifiche. Una maggiore trasparenza sulle scelte metodologiche e sulle relative procedure di validazione aumenterebbe la replicabilità e l'accountability del sistema[187].

- Il meccanismo previsto dal DM 12 marzo 2019 per l'inserimento di nuovi indicatori risulta eccessivamente rigido e non consente al NSG la flessibilità necessaria per adattarsi tempestivamente a nuove priorità di salute (es. salute mentale e neuropsichiatria dell'infanzia e dell'adolescenza, non autosufficienza), alle innovazioni tecnologiche (es. Fascicolo Sanitario Elettronico e telemedicina) e alle innovazioni organizzative (es. attuazione del PNRR).
- La soglia di garanzia ≥60 punti non va interpretata né come percentuale di LEA garantiti, né come quota di popolazione che li esige. Il limite principale risiede nella classificazione dicotomica derivante da una soglia di adempimento fissata a un livello così basso: una Regione con 60 punti e una con 95 risultano entrambe adempienti, mentre una con 59 è classificata come inadempiente. In questo modo, da un lato si finisce per considerare sufficiente un livello inaccettabile di inadempimento LEA con l'obiettivo di "promuovere" le Regioni, dall'altro si appiattiscono differenze regionali molto rilevanti nell'erogazione dei LEA. Nel 2024, infatti, ben 18 Regioni e Province autonome su 21 hanno superato la soglia in tutte le macro-aree, nonostante persistano ampi divari territoriali[188]. Con una soglia minima di garanzia a ≥70 punti le Regioni adempienti sarebbero 12 e con una soglia ≥80 punti solo 5. Anche recenti analisi indipendenti sottolineano che l'attuale sistema incentiva soprattutto il raggiungimento dello standard minimo, più che il miglioramento continuo e la convergenza verso le migliori performance[189].
- Il NSG restituisce punteggi puntuali, dal 2023 pubblicati come numeri interi, senza esplicitare l'incertezza statistica. Per gli indicatori basati su eventi poco frequenti o su popolazioni di ridotte dimensioni, soprattutto nelle Regioni più piccole, oscillazioni casuali possono incidere sensibilmente sui risultati. Sarebbe pertanto opportuno accompagnare, ove pertinente, gli indicatori con misure di stabilità statistica e rendere pienamente trasparenti le regole di arrotondamento e di gestione dei dati mancanti.
- La tempestività rimane insufficiente. I risultati sintetici relativi al 2024 sono stati pubblicati il 10 luglio 2026[190], ben oltre il termine del 31 dicembre dell'anno successivo previsto dal DM 12 marzo 2019; alla data di chiusura del presente Rapporto, inoltre, la relazione annuale completa non risulta ancora pubblicata. Tale ritardo riduce l'utilità del NSG per la programmazione, l'audit e il miglioramento dei servizi. Lo stesso Ministero della Salute, nell'Atto di indirizzo 2026, riconosce l'esigenza di rendere più efficace e tempestiva la pubblicazione dei risultati e di aggiornare il sistema includendo tematiche sanitarie attualmente non adeguatamente monitorate[191].
- Il collegamento tra valutazione, incentivi e azioni correttive rimane debole. La quota premiale destinata alle Regioni a statuto ordinario adempienti ai LEA è pari solo allo 0,3%

---

[187] Ministero della Salute. Il Nuovo Sistema di Garanzia (NSG). Aggiornato il 10 luglio 2026. Disponibile a: www.salute.gov.it/new/it/tema/livelli-essenziali-di-assistenza/il-nuovo-sistema-di-garanzia-nsg/. Ultimo accesso: 30 settembre 2026.

[188] Ministero della Salute. Livelli essenziali di assistenza, sintesi dei risultati del Nuovo Sistema di Garanzia 2024. 10 luglio 2026. Disponibile a: www.salute.gov.it/new/it/news-e-media/notizie/livelli-essenziali-di-assistenza-sintesi-dei-risultati-del-nuovo-sistema-di-0/. Ultimo accesso: 30 settembre 2026.

[189] Mingolla C, Turati G. Lea: standard minimi garantiti, ma niente di più. Osservatorio Conti Pubblici Italiani, Università Cattolica del Sacro Cuore, 17 luglio 2026. Disponibile a: https://osservatoriocpi.unicatt.it/ocpi-editoriali-lea-standard-minimi-garantiti-ma-niente-di-piu. Ultimo accesso: 30 settembre 2026.

[190] Ministero della Salute. Livelli essenziali di assistenza, sintesi dei risultati del Nuovo Sistema di Garanzia 2024. 10 luglio 2026. Disponibile a: www.salute.gov.it/new/it/news-e-media/notizie/livelli-essenziali-di-assistenza-sintesi-dei-risultati-del-nuovo-sistema-di-0/. Ultimo accesso: 30 settembre 2026.

[191] Ministero della Salute. Atto di indirizzo 2026. Roma, gennaio 2026. Disponibile a: www.salute.gov.it/new/sites/default/files/2026-01/Atto%20di%20indirizzo%202026%20_firmato%20Ministro.pdf. Ultimo accesso: 30 settembre 2026.

del FSN e i relativi meccanismi di distribuzione non sono correlati in modo proporzionale ai punteggi NSG. La Legge di Bilancio 2026 rafforza opportunamente il sistema prevedendo audit e interventi finalizzati al raggiungimento, entro due anni, della soglia minima nelle macro-aree o nei singoli indicatori critici; sarà tuttavia necessario verificarne l'effettiva attuazione e la trasparenza dei percorsi di miglioramento.

In conclusione, il NSG rappresenta un progresso rispetto alla precedente Griglia LEA, perché separa la valutazione delle tre macro-aree e amplia progressivamente l'insieme degli indicatori. Tuttavia, il superamento della soglia di garanzia ≥60 punti nel sottoinsieme CORE non certifica affatto l'effettiva esigibilità dei LEA da parte di tutti i cittadini. Il sistema rimane un cruscotto di indicatori sentinella, la cui capacità di rappresentare qualità, accessibilità ed equità dell'assistenza è condizionata da vari elementi: rappresentatività degli indicatori, meccanismi di aggregazione, livello regionale di analisi, trasparenza metodologica, tempestività nella pubblicazione dei risultati.

La priorità non è dunque aumentare semplicemente gli indicatori, ma disporre di un set CORE metodologicamente robusto, dinamico e trasparente, integrato con altri sistemi di monitoraggio e capace di attivare tempestivamente audit e percorsi correttivi. In questa prospettiva, il NSG dovrebbe evolvere sempre più in una leva di accountability e miglioramento continuo, e non rimanere prevalentemente uno strumento di classificazione binaria ai fini dell'adempimento amministrativo di Regioni e Province autonome. Con i limiti sopra descritti, infatti, il set di indicatori NSG CORE – di fatto l'unica "pagella ufficiale" con cui lo Stato monitora l'erogazione dei LEA a fronte delle risorse assegnate – rischia di configurarsi più come uno strumento di *political agreement* tra Governo e Regioni che come un sistema di rendicontazione pubblica sull'effettiva esigibilità del diritto alla tutela della salute. Ne risulta limitata la capacità di restituire in maniera tempestiva, sistematica e multidimensionale la qualità dei servizi erogati e, soprattutto, di avviare 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 presso strutture situate in Regioni differenti da quella di residenza: un diritto che dà origine al fenomeno della mobilità sanitaria interregionale. Tecnicamente si distingue tra mobilità attiva, che rappresenta una voce di credito per la Regione e ne misura l'indice di attrazione, e mobilità passiva, che costituisce una voce di debito e misura la fuga dei residenti 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 tra 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 riguarda ricoveri ospedalieri e day hospital.

Nel 2023, ultimo anno contabilizzato nel riparto 2025 del FSN, il valore della mobilità sanitaria ha raggiunto € 5.153 milioni[192], il livello più elevato dal 2010, in lieve aumento rispetto al 2022 (figura 5.8). Da rilevare che il valore relativo al 2020 (€ 3.330 milioni) risulta sottostimato per due ragioni: da un lato, l'emergenza pandemica COVID-19 ha ridotto sia gli spostamenti delle persone sia l'offerta di prestazioni ospedaliere e ambulatoriali; dall'altro, l'importo non include i dati della Regione Calabria che, secondo il corrispondente modello M, ammontano a € 224,4 milioni di debiti e € 27,2 milioni di crediti.

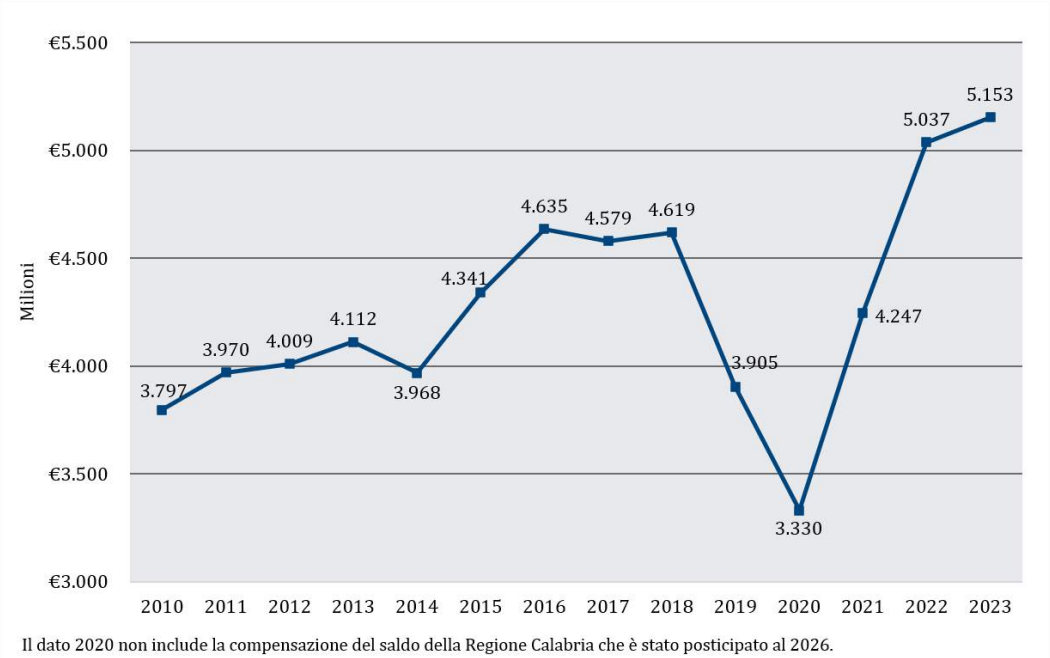


Figura 5.8. Valore della mobilità sanitaria: trend 2010-2023
(elaborazione GIMBE su dati Conferenza Stato-Regioni/CIPESS)

Nel 2023 oltre due terzi (69,5%) del valore totale della mobilità sanitaria è riconducibile ai ricoveri ospedalieri (ordinari e day hospital) e il 15,5% alle prestazioni di specialistica ambulatoriale. Rilevante anche la quota relativa alla somministrazione diretta di farmaci

[192] Fondazione GIMBE. Report Osservatorio GIMBE n. 1/2026. La mobilità sanitaria interregionale nel 2023. Bologna, 4 marzo 2026. Disponibile a: www.gimbe.org/mobilita2023. Ultimo accesso: 30 settembre 2026.

(9,9%), mentre le altre quattro categorie di prestazioni rappresentano complessivamente il 5,1% del valore totale della mobilità sanitaria.

Mobilità attiva. Nel 2023, sei Regioni hanno registrato crediti superiori a € 200 milioni: Lombardia (23,2%), Emilia-Romagna (17,6%) e Veneto (11,1%) si confermano quelle con la maggiore capacità di attrazione, dove si concentra oltre metà della mobilità attiva. Lazio (8,9%), Toscana (6,4%) e Piemonte (5,8%) rappresentano insieme un ulteriore 21,1%, mentre il rimanente 26,9% della mobilità attiva si distribuisce tra le altre 15 Regioni e Province autonome (figura 5.9).

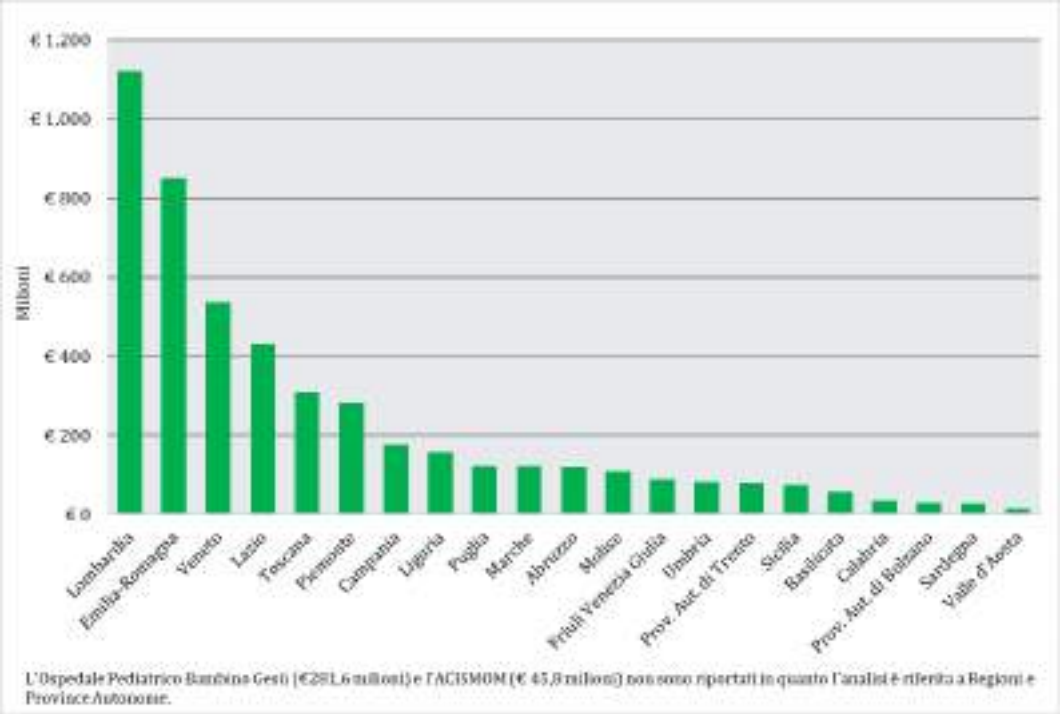


Figura 5.9. Crediti per mobilità sanitaria attiva: anno 2023
(elaborazione GIMBE su dati Conferenza Stato-Regioni/CIPESS)

Mobilità passiva. Nel 2023 le tre Regioni con i maggiori indici di mobilità passiva registrano debiti superiori a € 400 milioni ciascuna: Lazio (12,1%), Campania (9,4%) e Lombardia (9,2%) rappresentano complessivamente quasi un terzo della mobilità passiva. Il restante 69,3% si distribuisce tra le altre Regioni e Province autonome. Va precisato che l'importo di € 621,7 milioni relativo alla mobilità passiva del Lazio include € 159,6 milioni relativi a prestazioni erogate dall'Ospedale Pediatrico Bambino Gesù. La struttura, se da un lato offre ai cittadini laziali, in particolare romani, di accedere a un'eccellenza pediatrica senza spostarsi dalla Regione, dall'altro appartiene allo Stato della Città del Vaticano: di conseguenza, i servizi erogati vengono contabilizzati nei flussi di mobilità passiva del Lazio (figura 5.10). Rispetto alla mobilità attiva, per quella passiva le differenze tra Nord e Sud sono meno marcate. Rilevanti indici di fuga si registrano infatti anche in Regioni settentrionali caratterizzate da un'elevata mobilità attiva: Lombardia (-€ 475,8 milioni), Veneto (-€ 323,5 milioni), Piemonte (-€ 302,7 milioni). Questi dati riflettono anche specifiche preferenze dei cittadini, favorite dalla facilità di spostamento tra Regioni del Nord con un'offerta sanitaria di elevata qualità (c.d. mobilità di prossimità).

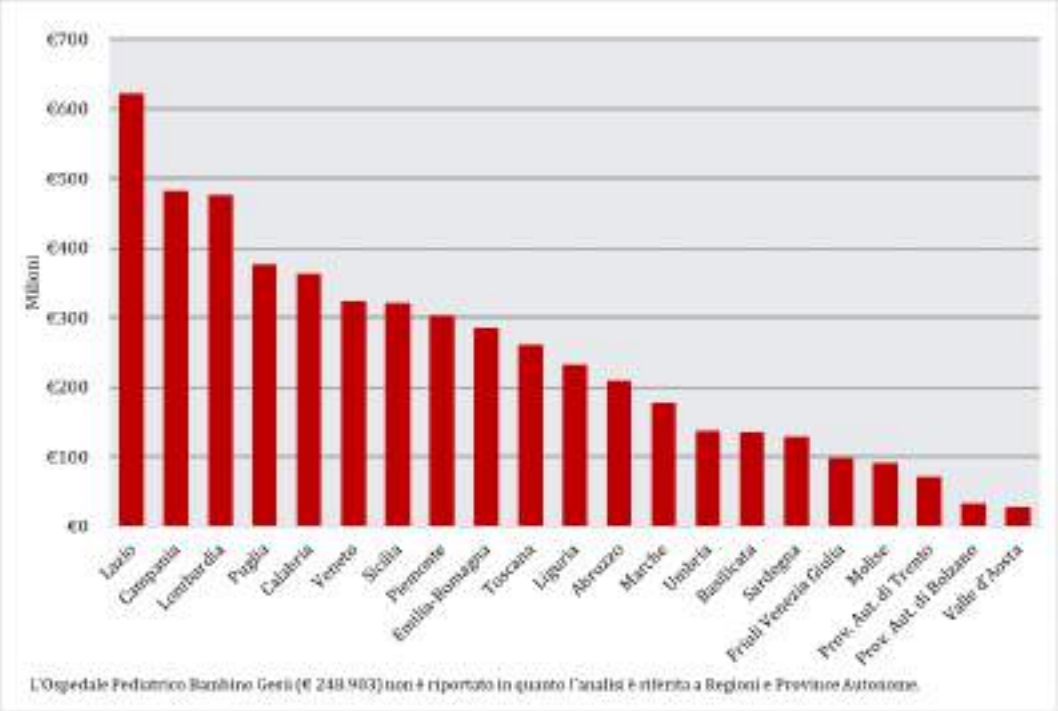


Figura 5.10. Debiti per mobilità sanitaria passiva: anno 2023
(elaborazione GIMBE su dati Conferenza Stato-Regioni/CIPESS)

Saldi di mobilità. La differenza tra crediti e debiti determina il saldo di ciascuna Regione: nel 2023 6 Regioni registrano un saldo positivo e 15 negativo (figura 5.11).

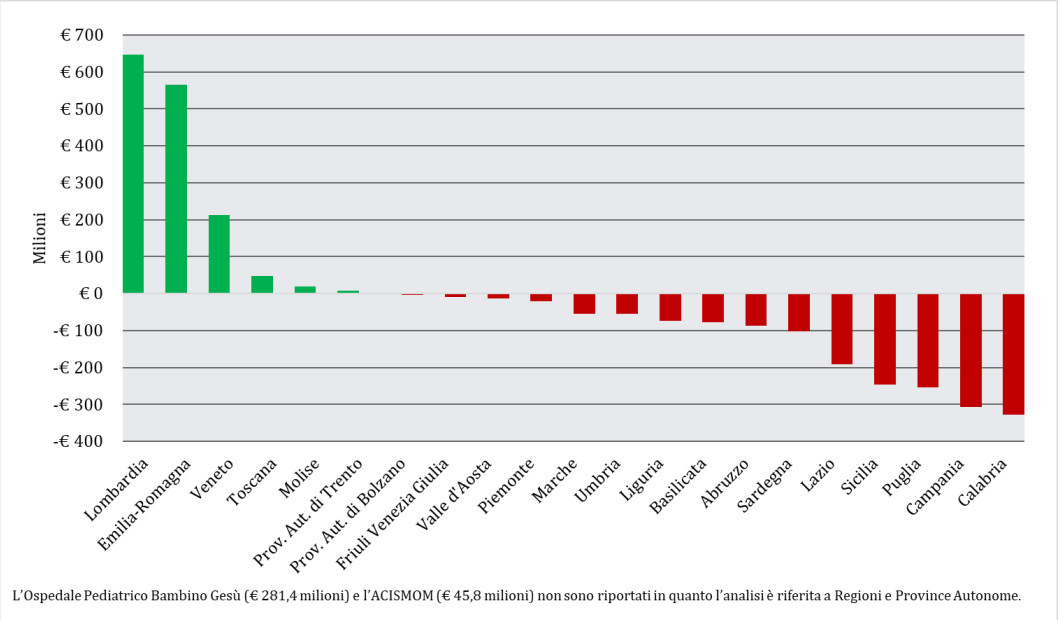


Figura 5.11. Saldo della mobilità sanitaria: anno 2023
(elaborazione GIMBE su dati Conferenza Stato-Regioni/CIPESS)

In base all'entità e al segno (positivo/negativo) del saldo di mobilità 2023, le Regioni sono state suddivise in sei categorie: quelle con saldo positivo rilevante (oltre € 100 milioni) sono tutte al Nord, mentre quelle con un saldo negativo rilevante (oltre € 100 milioni) appartengono tutte al Mezzogiorno, ad eccezione del Lazio (figura 5.12).

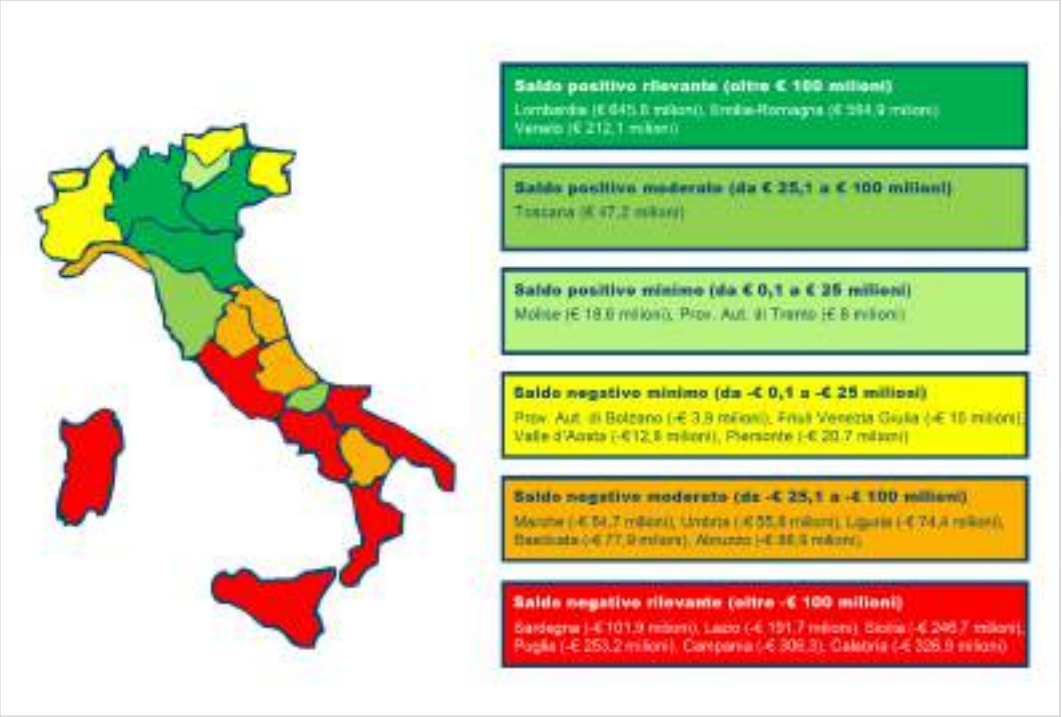


Figura 5.12. Categorie saldi mobilità sanitaria 2023
(elaborazione GIMBE su dati Conferenza Stato-Regioni/CIPESS)

Nel 2023, il 95,1% del saldo attivo si concentra in tre grandi Regioni del Nord (Emilia-Romagna, Lombardia e Veneto), mentre il 78,2% del saldo passivo si concentra in cinque Regioni del Mezzogiorno (Calabria, Campania, Puglia, Sardegna, Sicilia) e nel Lazio.

Mobilità verso le strutture private accreditate. Nel 2023 le strutture private hanno erogato complessivamente oltre la metà del valore della mobilità attiva per ricoveri e prestazioni di specialistica ambulatoriale: € 1.966 milioni (54,5%) rispetto a € 1.643 milioni (45,5%) delle strutture pubbliche (figura 5.13).

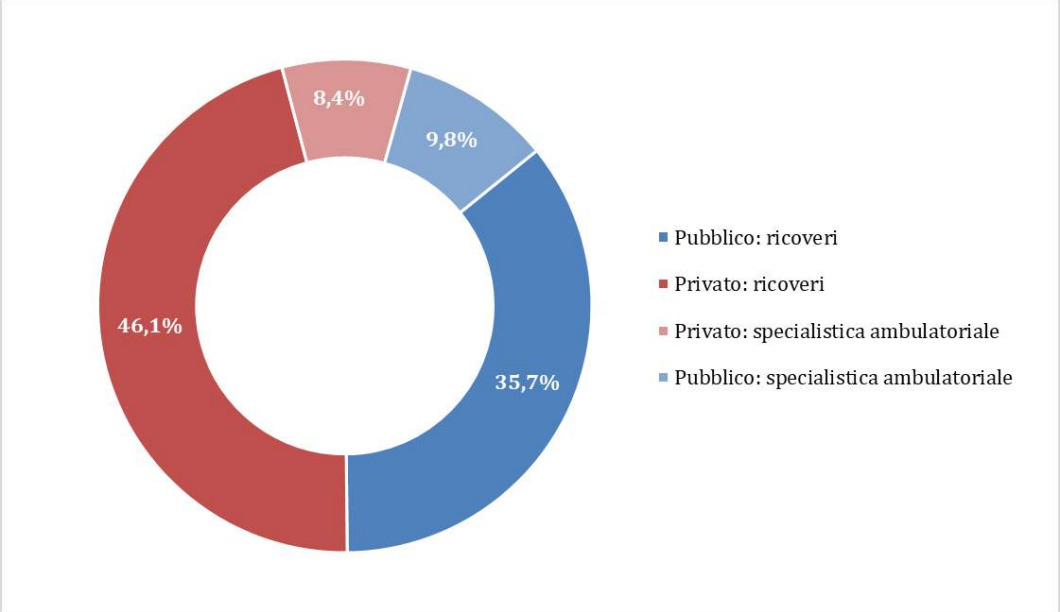


Figura 5.13. Percentuale della mobilità sanitaria 2023 per ricoveri e per specialistica ambulatoriale, differenziata per strutture pubbliche e private accreditate
(elaborazione GIMBE su dati Conferenza Stato-Regioni)

In dettaglio, per i ricoveri (ordinari e day hospital) il valore della mobilità sanitaria è nettamente superiore nelle strutture private convenzionate (€ 1.662,2 milioni) rispetto a quelle pubbliche (€ 1.287,3 milioni). Al contrario, per la specialistica ambulatoriale il privato convenzionato eroga prestazioni in mobilità per € 304,3 milioni, un valore inferiore a quello delle strutture pubbliche (€ 355,4 milioni).

A fronte di una media nazionale del 54,5%, la quota del valore della mobilità per ricoveri e prestazioni specialistiche erogata dalle strutture private convenzionate varia in maniera significativa tra le Regioni, configurandosi come un indicatore proxy dell'offerta e della capacità attrattiva del privato. Oltre al Molise (90,2%), la quota supera il 60% in Lombardia (71,1%), Puglia (68,9%) e Lazio (63,8%). Al contrario, è inferiore al 20% del valore totale della mobilità per ricoveri e prestazioni ambulatoriali in Valle d'Aosta (15,7%), Umbria (15,1%), Liguria (11,4%), Provincia autonoma di Bolzano (9,1%) e Basilicata (7,2%) (figura 5.14).

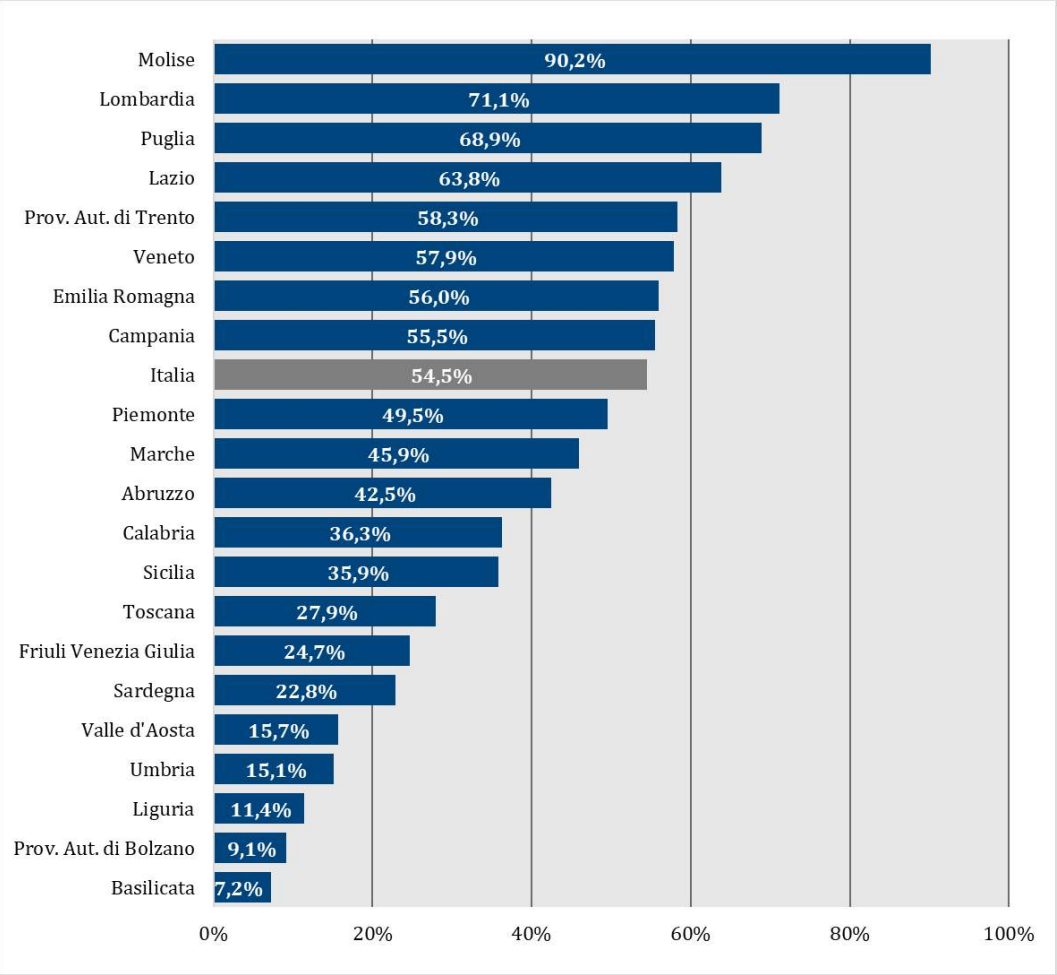


Figura 5.14. Valore percentuale della mobilità sanitaria 2023 erogata da strutture private convenzionate: ricoveri e specialistica ambulatoriale
(elaborazione GIMBE su dati Conferenza Stato-Regioni)

Le analisi pubblicate nel report GIMBE sulla mobilità sanitaria[193], a cui si rimanda per ulteriori approfondimenti, confermano che la mobilità sanitaria è un fenomeno dalle enormi implicazioni sanitarie, sociali, etiche ed economiche, che riflette profonde disparità nell'esigibilità del diritto alla tutela della salute. La mobilità sanitaria rappresenta dunque un segnale di allarme, che richiede interventi urgenti per riequilibrare l'offerta assistenziale e garantire maggiore equità di accesso alle cure.

Garantire il diritto alla tutela della salute su tutto il territorio nazionale significa evitare che intere aree del Paese continuino a esportare pazienti e risorse economiche, mentre altre consolidano la capacità attrattiva dei propri poli d'eccellenza, spesso rappresentati da strutture private convenzionate. In assenza di investimenti mirati e di riforme incisive, in particolare su Piani di rientro e commissariamenti, e politiche di riequilibrio, la mobilità sanitaria finirà per penalizzare sempre più i cittadini fragili, minando alle fondamenta l'universalità del SSN. In questo scenario, senza adeguate misure correttive, l'autonomia differenziata affosserà definitivamente la sanità del Mezzogiorno, con un effetto boomerang anche per le Regioni settentrionali più attrattive, già in difficoltà nel garantire pienamente i LEA ai propri residenti. In tal senso, il via libera alle pre-intese per Liguria, Lombardia, Piemonte e Veneto[194] contrasta non poco con le preoccupazioni espresse dai Presidenti di Emilia-Romagna e Lombardia sulla sostenibilità dei flussi di pazienti in ingresso dal Mezzogiorno[195]. Si configura così un vero e proprio cortocircuito che mette in competizione il diritto dei cittadini a curarsi fuori Regione e quello dei residenti ad esigere i Livelli Essenziali di Assistenza.

[193] Fondazione GIMBE, Report Osservatorio GIMBE n. 1/2026. La mobilità sanitaria interregionale nel 2023. Bologna, 4 marzo 2026. Disponibile a: www.gimbe.org/mobilita2023. Ultimo accesso: 30 settembre 2026.

[194] Dipartimento per gli Affari Regionali e le Autonomie – Presidenza del Consiglio dei Ministri. Schemi di intesa preliminare. Roma, 18 febbraio 2026. Disponibile a: www.affariregionali.it/it/aree-tematiche/autonomia-differenziata/schemi-di-intesa-preliminare-2026/schemi-di-intesa-preliminare-sintesi/. Ultimo accesso: 30 settembre 2026.

[195] Sanità33. Mobilità sanitaria, Nord in allarme: Il sistema rischia di non reggere. 10 novembre 2025. Disponibile a: www.sanita33.it/regioni-e-asl/6466/mobilita-sanitaria-nord-in-allarme-il-sistema-rischia-di-non-reggere.html. Ultimo accesso: 30 settembre 2026.

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 *value* è stato identificato come il driver della sanità del XXI secolo. Nella definizione di Michael Porter, il *value* esprime il rapporto tra *outcome* di salute rilevanti per il paziente (esiti favorevoli al netto degli effetti avversi) e costi sostenuti dal sistema[196]. Il 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 con "valore"[197,198,199]: nel presente Rapporto i due termini sono pertanto utilizzati come sinonimi, pur nella consapevolezza che, rispetto alla definizione originale di Porter, il termine "valore" può introdurre elementi di giudizio soggettivo tra le diverse categorie di portatori di interesse[200]. Accanto alla definizione originaria, a livello internazionale, si è progressivamente consolidata una concezione più ampia del concetto di "valore", 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 un'equa distribuzione delle risorse) e valore sociale (rafforzare la coesione e la partecipazione della comunità). Questa interpretazione collega più direttamente il tema degli sprechi non solo all'efficienza, ma anche all'equità e alla sostenibilità dei sistemi sanitari[201].

Su queste basi si è sviluppato un crescente interesse per la *value-based healthcare* (VBHC), che nell'ultimo decennio ha attirato l'attenzione di ricercatori[202,203,204] e istituzioni internazionali, tra cui l'OMS Europa in collaborazione con l'*European Observatory on Health Systems and Policies*[205] e la Commissione europea[206]. Le revisioni disponibili indicano che la VBHC rappresenta un approccio promettente per aumentare il valore dell'assistenza[207,208], sebbene la

---

[196] Porter ME. What is value in health care? N Engl J Med 2010;363:2477-81.

[197] 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 2026.

[198] Gray MJA, Ricciardi W. Per una sanità di valore: come garantire servizi sanitari ottimali in un'epoca di risorse scarse. Roma: Iniziative sanitarie, 2008.

[199] 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 2026.

[200] Porter ME. What is value in health care? N Engl J Med 2010;363:2477-81.

[201] 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 2026.

[202] Gray M. Value based healthcare. BMJ 2017;356:j437.

[203] Porter ME, Lee TH. From volume to value in health care: the work begins. JAMA 2016;316:1047-1048.

[204] Tsevat J, Moriates C. Value-Based Health Care Meets Cost-Effectiveness Analysis. Ann Intern Med 2018;169:329-332.

[205] 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 2026.

[206] 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 2026.

[207] 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 2026.

[208] 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 2026.

sua implementazione rimanga condizionata da barriere culturali, organizzative, normative e tecnologiche[209].

Il report OMS 2025 sulla *Value-Based* Care individua nella riduzione di sprechi e inefficienze una delle leve per aumentare il *value for money* e propone un framework operativo fondato su sette pilastri: organizzazione dell'assistenza in unità integrate per condizione – *integrated practice units* (IPU); misurazione sistematica degli esiti e dei costi per paziente; modelli di pagamento allineati agli esiti (*bundled payments*, *pay-for-performance*); integrazione tra i diversi setting assistenziali; diffusione di pratiche ad alto valore; sistemi informativi interoperabili e centrati sul paziente; approcci *value-based* per farmaci e tecnologie sanitarie attraverso l'*Health Technology Assessment* (HTA)[210]. Coerentemente con questa impostazione, 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». Il *value for money* è dunque eroso da attività che assorbono risorse senza migliorare gli outcome di salute, anche quando la loro persistenza è sostenuta da motivazioni quali occupazione, qualità percepita o consenso professionale e sociale.[211]

Per guidare Governo, Regioni, Aziende sanitarie e professionisti nel processo di disinvestimento e riallocazione delle risorse, nel 2014 la Fondazione GIMBE ha adattato al contesto italiano la tassonomia di Don Berwick, che identifica sei categorie di sprechi (box 6.1)[212].

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 conseguenti al 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, la Fondazione GIMBE ha in passato definito il potenziale impatto delle sei categorie di sprechi sul SSN. Le stime

[209] van Staalduinen 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 2026.

[210] 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 2026.

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

[212] Berwick DM, Hackbarth AD. Eliminating waste in US health care. JAMA 2012;307:1513-6.

riportate nel 1° Rapporto GIMBE[213] risultavano coerenti con il report OCSE *Tackling Wasteful Spending on Health*, secondo cui circa il 20% della spesa sanitaria nei Paesi industrializzati contribuisce in misura minima o nulla al miglioramento della salute delle persone.[214] L'OCSE include tra gli sprechi sia servizi e processi privi di beneficio o dannosi, sia i costi evitabili utilizzando alternative meno costose, ma di efficacia sovrapponibile. Ne derivano due strategie complementari:

- interrompere attività e interventi che non generano valore;
- utilizzare, ove disponibili, alternative meno costose di efficacia e sicurezza sovrapponibili.

Mettendo in relazione errori e decisioni inadeguate degli *stakeholder*, criticità organizzative, disallineamento degli incentivi e frodi intenzionali, l'OCSE identifica tre macro-categorie di sprechi: *wasteful clinical care*, *operational waste* e *governance-related waste*. La tassonomia GIMBE è largamente sovrapponibile a questa classificazione, con l'ulteriore categoria del sotto-utilizzo, inteso come spreco indiretto derivante dal peggioramento degli outcome di salute conseguente all'*underuse* di interventi sanitari dal valore 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 amministrative, mentre frodi e abusi sono trasversali alle diverse categorie[215, 216].

La letteratura più recente sulla *de-implementation* conferma che ridurre, restringere, sostituire o interrompere pratiche a basso valore non equivale semplicemente a una *reverse implementation*: il processo deve affrontare meccanismi specifici, tra cui abitudini professionali, avversione alla perdita, incentivi, norme organizzative e interessi degli stakeholder.[217] Una meta-analisi del 2025 su 140 trial randomizzati condotti nell'ambito delle cure primarie ha rilevato che la combinazione della formazione dei professionisti con audit & feedback riduce l'utilizzo delle pratiche a basso valore (OR 0,73; IC 95% 0,63-0,84), mentre le evidenze a supporto delle singole strategie utilizzate risultano meno solide[218].

Negli anni, la tassonomia GIMBE e, soprattutto, le relative stime hanno alimentato un acceso dibattito[219]: ne sono stati contestati i presupposti metodologici[220] e l'entità delle stime[221], mentre altri contributi hanno ribadito la necessità di ridurre sprechi e inefficienze per

[213] Fondazione GIMBE. Rapporto sulla sostenibilità del Servizio Sanitario Nazionale 2016-2025. Bologna, giugno 2016. Disponibile a: www.salviamo-ssn.it/attivita/rapporto/1-rapporto-gimbe.it-IT.html. Ultimo accesso: 30 settembre 2026.

[214] OECD. Tackling Wasteful Spending on Health. OECD Publishing: Paris, January 2017. Disponibile a: https://doi.org/10.1787/9789264266414-en. Ultimo accesso: 30 settembre 2026.

[215] 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 2026.

[216] OECD. Tackling Wasteful Spending on Health. OECD Publishing: Paris, January 2017. Disponibile a: https://doi.org/10.1787/9789264266414-en. Ultimo accesso: 30 settembre 2026.

[217] Sergerie-Richard S, Fontaine G, Goulet MH. De-implementation of low-value care: contrasting theories, models, and frameworks to generate methodological guidance. Implement Sci Commun. 2026; pubblicato online 11 giugno 2026. doi:10.1186/s43058-026-01007-9. Disponibile a: https://doi.org/10.1186/s43058-026-01007-9. Ultimo accesso: 30 settembre 2026.

[218] Raudasoja A, Parpia S, Mustonen JMJ, et al. Effectiveness of different de-implementation strategies in primary care: systematic review and meta-analysis. BMJ Med 2025;4:e001343.

[219] 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 2026.

[220] Montemurro D, et al. I 'molti' dubbi sui reali sprechi in sanità. Lo studio Anaao Assomed. Quotidiano Sanità, 18 ottobre 2017. Disponibile a: www.quotidianosanita.it/studi-e-analisi/articolo.php?articolo_id=54885. Ultimo accesso: 30 settembre 2026.

[221] Fassari C. Sulla sanità troppi numeri farlocchi sparati ad "alzo zero". Quotidiano Sanità, 14 giugno 2017. Disponibile a: www.quotidianosanita.it/studi-e-analisi/articolo.php?articolo_id=51722. Ultimo accesso: 30 settembre 2026.

salvaguardare la sanità pubblica[222,223,224]. Nel 2018 un report congiunto OCSE-Commissione europea ha ulteriormente confermato che il contrasto agli sprechi rappresenta una delle strategie per rafforzare efficacia, resilienza e sostenibilità dei sistemi sanitari[225].

Le evidenze più recenti chiariscono tuttavia che il disinvestimento non produce automaticamente risparmi monetizzabili. Una revisione sistematica del 2026, che ha incluso 19 valutazioni economiche di interventi di *de-implementation*, conclude che tali interventi sono verosimilmente costo-efficaci: nel 53% dei casi risultavano infatti più efficaci e meno costosi. Tuttavia, nel 42% dei casi erano più efficaci, ma più costosi, confermando che costo-efficacia e risparmio di risorse non sempre coincidono. Gli autori invitano comunque a interpretare i risultati con cautela sia per la qualità metodologica complessivamente limitata degli studi, sia per la scarsa considerazione della prospettiva sociale[226]. La riduzione degli sprechi deve quindi essere inserita in una strategia di governance, coinvolgimento degli stakeholder e innovazione organizzativa, orientata alla riallocazione delle risorse verso interventi ad alto valore[227].

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 processo di disinvestimento e riallocazione e monitorare normative e azioni orientate a questo obiettivo. Dal 2024 il Rapporto GIMBE non fornisce stime economiche sull'entità di sprechi e inefficienze, ma ne documenta la persistenza trasversale nei diversi contesti assistenziali: nessuna Regione o Azienda sanitaria può considerarsi immune. Il loro contenimento richiede un mix di interventi: formazione dei professionisti sanitari, informazione della popolazione, revisione della responsabilità professionale, modelli di rimborso basati sugli esiti anziché sui volumi, reti integrate ospedale-territorio e socio-sanitarie, HTA nei processi di acquisizione, *delisting* dai LEA delle prestazioni obsolete o a basso valore, digitalizzazione del SSN e contrasto a frodi e abusi.

Il passaggio dalla tassonomia all'azione richiede inoltre specifici fattori abilitanti: una governance forte e trasparente, il coinvolgimento degli stakeholder, l'interoperabilità dei sistemi informativi, metodologie affidabili per misurare costi ed esiti – incluse le *Patient Reported Outcome Measures* (PROMs) e le *Patient Reported Experience Measures* (PREMs) – e strategie di *change management*. In questa prospettiva, disinvestimento e riallocazione delle risorse devono essere programmati, misurati e valutati nel tempo, nell'ambito di un percorso di transizione verso un sistema orientato al valore[228,229].

In definitiva, aumentare il valore della spesa sanitaria rimane una strategia chiave per la sostenibilità del SSN, senza tuttavia diventare un alibi per ridurre o non aumentare il

---

[222] 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.

[223] 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 2026.

[224] 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 2026.

[225] 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 2026.

[226] Hountongbé CL, Guertin JR, Gnanou S, et al. Economic evaluation of deimplementation interventions: a systematic review. BMJ Qual Saf. 2026 Aug 5:bmjqs-2025-019895.

[227] 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 2026.

[228] 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 2026.

[229] 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 2026.

finanziamento pubblico. Il rapporto OCSE 2024 sulla sostenibilità fiscale dei sistemi sanitari stima che eliminare fino alla metà della spesa inefficace e inefficiente individuata in precedenti analisi potrebbe contenere di 1,2 punti percentuali di PIL la crescita prevista della spesa sanitaria al 2040; al tempo stesso invita a mantenere realistiche le aspettative sui risparmi conseguibili[230]. *Health at a Glance* 2025 ribadisce la necessità di un rinnovato focus sul *value for money*, con particolare attenzione alla prevenzione, all'efficienza nell'utilizzo delle risorse e alle innovazioni digitali[231]. Il tema assume anche una dimensione ambientale: nei Paesi OCSE i sistemi sanitari sono responsabili di oltre il 4% delle emissioni di gas serra, di cui circa il 30% è negli ospedali. Ridurre cure inappropriate e sprechi e contenere la durata delle degenze potrebbe diminuire, in media, fino a un quarto le emissioni associate all'assistenza ospedaliera[232].

Di seguito sono analizzate le sei categorie della tassonomia GIMBE, che presentano interazioni reciproche e aree di sovrapposizione.

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 professioni e specialità diverse: farmaci, interventi terapeutici, screening, diagnostica, visite specialistiche e ricoveri ospedalieri [233]. Il ricorso a prestazioni inappropriate, in particolare diagnostiche, non è imputabile esclusivamente alla medicina difensiva. Vi concorrono numerosi fattori: indebolimento del ragionamento ipotetico-deduttivo in favore di strategie diagnostiche esaustive, modelli di rimborso basati sui volumi anziché sull'appropriatezza, crescente medicalizzazione della società, elevate aspettative di cittadini e pazienti, rapido turnover tecnologico e false innovazioni, decisioni condizionate da conflitti di interesse e dinamiche medico-legali che alimentano il contenzioso[234]. Considerata la natura multifattoriale del fenomeno, è irrealistico attribuire alla sola L. 24/2017 la capacità di ridurre significativamente il sovra-utilizzo. Il Sistema Nazionale Linee Guida, operativo dal maggio 2018, risente inoltre dei tempi necessari per la produzione e l'aggiornamento di linee guida e buone pratiche clinico-assistenziali. Il DdL delega sulle professioni sanitarie e sulla responsabilità professionale [235], attualmente all'esame in sede referente presso la XII Commissione della Camera, interviene anche su questo versante. Il provvedimento modifica l'art. 590-sexies del codice penale, introdotto dalla L. 24/2017, circoscrivendo la rilevanza penale della condotta colposa ai casi di colpa grave. Il potenziale impatto sul sovra-utilizzo appare tuttavia limitato per due ragioni. Da un lato, la valutazione della gravità della condotta continuerà a essere affidata all'accertamento giudiziale del caso concreto, tenendo conto di fattori quali carenze di organico, conoscenze scientifiche disponibili, accessibilità di terapie adeguate e situazioni di urgenza: la riforma non elimina quindi del tutto l'incertezza ex ante

[230] OECD. Fiscal Sustainability of Health Systems: How to Finance More Resilient Health Systems When Money Is Tight? OECD Publishing: Paris, 2024. Disponibile a: https://doi.org/10.1787/880f3195-en. Ultimo accesso: 30 settembre 2026.

[231] OECD. Health at a Glance 2025: OECD Indicators. OECD Publishing: Paris, 2025. Disponibile a: https://doi.org/10.1787/8f9e3f98-en. Ultimo accesso: 30 settembre 2026.

[232] OECD. Decarbonising Health Systems Across OECD Countries. OECD Health Policy Studies. OECD Publishing: Paris, 2025. Disponibile a: https://doi.org/10.1787/5ac2b24b-en. Ultimo accesso: 30 settembre 2026.

[233] Brownlee S, Chalkidou K, Doust J, et al. Evidence for overuse of medical services around the world. Lancet 2017;390:156-168.

[234] Cartabellotta A. Less is more: un approccio di sistema alla medicina difensiva. Quaderni di Monitor 2015, pagg. 18-27.

[235] Camera dei Deputati. Disegno di legge C. 2700. Delega al Governo in materia di professioni sanitarie e disposizioni relative alla responsabilità professionale degli esercenti le professioni sanitarie. XIX Legislatura. Disponibile a: www.camera.it/leg19/126?tab=&leg=19&idDocumento=2700. Ultimo accesso: 30 settembre 2026.

che può alimentare comportamenti difensivi. Dall'altro, e soprattutto, la medicina difensiva rappresenta solo una delle molteplici determinanti del sovra-utilizzo e una modifica della responsabilità penale, da sola, non può incidere sulle altre cause dell'eccesso di prestazioni.

Diverse revisioni sistematiche hanno documentato l'ampiezza dell'inappropriatezza nella diagnostica, nei test di laboratorio e nei ricoveri ospedalieri. Una revisione sul sovra-utilizzo dei test diagnostici ha rilevato tassi particolarmente elevati per esami preoperatori in pazienti a basso rischio (fino al 97,5%), l'imaging per lombalgia nelle prime 6 settimane in assenza di *red flags* (86,2%), l'artroscopia del ginocchio per lesioni meniscali (81,7%) o osteoartrosi (71,7%) e gli esami di laboratorio preoperatori di routine (78,6%)[236]. Questi interventi possono innescare percorsi diagnostico-terapeutici inutili, costosi e talvolta dannosi. Una revisione successiva ha stimato tassi di inappropriatezza del 21% per la risonanza magnetica, 40% per la TC, 44% per la radiografia e 56% per l'ecografia.[237] Per i test di laboratorio, una meta-analisi ha rilevato un tasso di inappropriatezza del 21%[238], mentre per i ricoveri ospedalieri la letteratura riporta stime comprese tra il 2% e il 35%, variabili in relazione a contesti, metodi e popolazioni[239,240,241]. Un recente studio italiano su 2.908 richieste di TC encefalo provenienti da un pronto soccorso ha documentato una criticità che precede la valutazione dell'appropriatezza: il 79% delle richieste è risultato inadeguato sotto il profilo della qualità, in particolare per l'assenza di un quesito diagnostico esplicito. Delle 2.498 richieste valutabili secondo i criteri dell'*American College of Radiology*, il 25% è stato classificato come *usually not appropriate*; il 98% dei pazienti con richiesta inappropriata non presentava patologie cerebrali acute e il tasso di positività degli esami inappropriati è stato dell'1%, contro l'11% di quelli appropriati. Pur trattandosi di risultati non generalizzabili a livello nazionale, lo studio conferma che l'appropriatezza prescrittiva dipende anche dalla qualità delle informazioni cliniche trasmesse al servizio erogatore[242].

---

[236] 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.

[237] Walther F, Eberlein-Gonska M, Hoffmann RT, et al. Measuring appropriateness of diagnostic imaging: a scoping review. Insights Imaging 2023;14:62.

[238] 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.

[239] 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.

[240] 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.

[241] 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.

[242] Parillo M, Calabrese M, Careddu AM, Pallottino AA, Quattrocchi CC. Evaluating head CT referral quality and appropriateness in an Italian emergency department: a monocentric retrospective study. Insights Imaging. 2025;16:185. doi:10.1186/s13244-025-02042-1.

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)[243].
Determinanti	Offerta di servizi, comportamenti professionali, aspettative di cittadini e pazienti.
Tassonomia	• 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	• 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 del carcinoma della tiroide. • Esami diagnostici: check-up periodici, esami preoperatori in pazienti di classe ASA 1 e 2, TC/RM nella lombalgia senza segni di allarme (*red flags*) 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 coronariche 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 e indicazioni cliniche. • Interventi organizzativi: ospedalizzazioni e accessi al pronto soccorso inappropriati. • Interventi palliativi: gastrostomia endoscopica percutanea.

Tabella 6.1. Sprechi da sovra-utilizzo

6.2. Sotto-utilizzo

L'inadeguato trasferimento dei risultati della ricerca alla pratica clinica e all'organizzazione dei servizi determina il sotto-utilizzo (*underuse*) di interventi sanitari efficaci, appropriati e dal valore elevato. Il fenomeno può ritardare o impedire la guarigione, aumentare complicanze, ricoveri e interventi più costosi e generare assenze dal lavoro; riguarda inoltre le strategie di prevenzione primaria. In questo caso lo spreco è indiretto ed è rappresentato

[243] 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.

dai costi conseguenti al peggioramento degli outcome di salute dovuto al mancato impiego di interventi ad alto valore.

Per analizzare il fenomeno del sotto-utilizzo occorre partire da un presupposto: in un sistema sanitario ideale tutte le persone accedono all'assistenza, il sistema rende disponibili gli interventi ad alto valore, i professionisti li prescrivono ed erogano secondo le migliori evidenze scientifiche e i pazienti partecipano attivamente alle decisioni, garantendo un'adeguata aderenza alle prescrizioni[244]. Seguendo questa impostazione, il sotto-utilizzo può essere ricondotto a quattro condizioni:

- **Mancato accesso all'assistenza.** Il sistema sanitario non offre una copertura adeguata e/o le persone non riescono ad accedere all'assistenza disponibile o a sostenerne i costi per ragioni quali distanza dai servizi, povertà, emarginazione sociale, condizione migratoria, etc.
- **Intervento sanitario non disponibile o non fruibile.** Interventi dal valore elevato non sono inseriti nei LEA oppure inseriti ma non fruibili in tempi adeguati per carenze strutturali, tecnologiche, organizzative o professionali che, ad esempio, determinano un allungamento dei tempi di attesa.
- **Intervento sanitario non prescritto o non erogato.** I professionisti sanitari, in particolare i medici, non prescrivono o non erogano interventi dal valore elevato, pur se supportati dalle migliori evidenze scientifiche.
- **Mancata compliance del paziente.** I pazienti non condividono gli interventi proposti, non rispettano gli appuntamenti o non aderiscono adeguatamente alle terapie per ragioni quali distanza, costi, fattori culturali, stigma, barriere linguistiche o condizioni socio-economiche.

L'OMS ha recentemente sottolineato che contrastare il sotto-utilizzo è cruciale sia per ridurre le diseguaglianze sia per aumentare il valore complessivo del sistema. Tra gli strumenti indicati figurano sistemi informativi centrati sul paziente, capaci di intercettare chi non riceve le cure raccomandate, PROMs e PREMs per valutarne l'impatto e modelli di finanziamento orientati al valore, in particolare nelle aree con maggiori criticità di accesso[245].

In Italia il sotto-utilizzo si è ampliato negli ultimi anni, anche per effetto delle diseguaglianze regionali e territoriali nell'erogazione dei LEA e delle crescenti difficoltà di accesso alle prestazioni. Secondo l'ISTAT, nel 2024 – ultimo anno per cui il dato è disponibile – circa una persona su dieci ha rinunciato, nei 12 mesi precedenti, a visite o esami specialistici: le lunghe liste di attesa rappresentano la causa principale (6,8%), seguite dalle difficoltà economiche nel sostenere i costi delle prestazioni (5,3%). Il fenomeno è in costante crescita (6,3% nel 2019, 7,6% nel 2023, 9,9% nel 2024) ed è trainato soprattutto dall'aggravarsi delle difficoltà di prenotazione: la quota di chi rinuncia per i tempi di attesa è aumentata di 4,0 punti percentuali rispetto al 2019 e di 2,3 punti rispetto al 2023[246]. Il Rapporto annuale ISTAT 2026, con riferimento ai dati 2023, offre una misura indiretta, ma più stringente, del fenomeno. Nelle aree interne (che comprendono il 48,5% dei Comuni italiani e 13,3 milioni di residenti) la popolazione di età inferiore a 75 anni ricorre meno ai servizi sanitari ambulatoriali rispetto ai

[244] Glasziou P, Straus S, Brownlee S, et al. Evidence for underuse of effective medical services around the world. Lancet 2017;390:169-177.

[245] 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 2026.

[246] 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 2026.

residenti nelle aree centrali, ma presenta contemporaneamente tassi di ospedalizzazione più elevati, una maggiore propensione alla mobilità ospedaliera extraregionale e una mortalità evitabile più alta[247]. Secondo l'ISTAT, queste differenze non sono riconducibili esclusivamente ai bisogni di salute o ai comportamenti individuali, ma anche a diseguaglianze strutturali nell'organizzazione e nell'accessibilità dell'offerta sanitaria territoriale. Il quadro documenta il meccanismo del sotto-utilizzo: il mancato ricorso a interventi ambulatoriali e preventivi ad alto valore non genera risparmi, ma si traduce in un incremento di ricoveri, mobilità passiva e decessi evitabili. Le criticità si concentrano nel Mezzogiorno, dove la mobilità ospedaliera extraregionale raggiunge valori particolarmente elevati tra i residenti delle aree interne.

Il rapporto OMS Europa 2025 sulla protezione finanziaria in Italia documenta quantitativamente il fenomeno: nel 2022 l'8,6% delle famiglie ha sostenuto spese sanitarie catastrofiche e il 3,7% è risultato impoverito o ulteriormente impoverito dai pagamenti diretti. L'incidenza è superiore alla media dell'Unione Europea e a quella di tutti i Paesi dell'Europa occidentale a eccezione del Portogallo: il fenomeno si concentra nelle famiglie a basso reddito, nel Mezzogiorno e nei nuclei con persona di riferimento pensionata. I driver differiscono per condizione economica: farmaci e prestazioni ambulatoriali nelle famiglie povere, cure odontoiatriche in quelle più abbienti. Il rapporto documenta inoltre un significativo divario socio-economico nei bisogni di cura non soddisfatti e segnala il profilo regressivo della detrazione fiscale del 19% sulle spese sanitarie, che avvantaggia i redditi più elevati[248].

Il sotto-utilizzo è alimentato anche da una criticità più a monte: il disallineamento tra i criteri di riparto del FSN e il bisogno epidemiologico regionale. Nel 2025 il finanziamento effettivo del SSN è stato pari a € 135,6 miliardi, con un divario pro-capite compreso tra i € 2.319 del Molise e i € 2.143 della Provincia autonoma di Bolzano. Confrontando il finanziamento con il bisogno potenziale di assistenza, misurato dalla prevalenza di multicronicità, l'ISTAT rileva che l'allocazione non risulta proporzionale al bisogno: alcune Regioni ricevono una quota inferiore alla media nazionale pur presentando livelli di multicronicità superiori, con il disallineamento più marcato in Calabria e Basilicata, mentre nella Provincia autonoma di Bolzano si osserva la situazione opposta. Secondo l'ISTAT, la spesa effettivamente sostenuta dipende in misura maggiore dalle dotazioni strutturali delle singole Regioni che dal bisogno della popolazione, con il rischio di ampliare diseguaglianze territoriali e disavanzi. Si tratta di una forma di inefficienza allocativa che può alimentare il sotto-utilizzo: dove le risorse non seguono adeguatamente i bisogni, l'offerta di interventi ad alto valore risulta strutturalmente insufficiente.

Il sotto-utilizzo non è quindi un fenomeno marginale: compromette equità e sostenibilità e genera costi aggiuntivi attraverso il peggioramento degli esiti di salute. Per contrastarlo servono politiche integrate: potenziamento dei servizi territoriali, riduzione delle liste d'attesa, uniforme erogazione dei LEA, alfabetizzazione sanitaria e incentivi coerenti con la prescrizione e l'erogazione di interventi ad alto valore.

---

[247] ISTAT. Rapporto annuale 2026. La situazione del Paese. Roma, 21 maggio 2026. Disponibile a: www.istat.it/wp-content/uploads/2026/05/Rapporto-annuale-2026-Ebook-9giugno2026.pdf. Ultimo accesso: 30 settembre 2026.

[248] Fattore G, Preti LM, eds. Can people afford to pay for health care? New evidence on financial protection in Italy. World Health Organization Regional Office for Europe: Copenhagen, 2025. Disponibile a: www.who.int/europe/publications/i/item/9789289062251. Ultimo accesso: 30 settembre 2026.

SOTTO-UTILIZZO	
Definizione	Costi generati dal peggioramento degli esiti di salute conseguenti al 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	1. Mancato accesso all'assistenza 2. Intervento sanitario non disponibile o non fruibile 3. Intervento non prescritto o non erogato 4. Mancata compliance del paziente
Esempi	1. Persone migranti in condizione di irregolarità amministrativa, residenti in aree disagiate con difficoltà di trasporto, persone senza fissa dimora. 2. Hospice, assistenza domiciliare, farmaci ad alto costo, terapia cognitivo-comportamentale, riabilitazione polmonare, mancanza di servizi di salute mentale per minori, assenza di centri per malattie rare, rinuncia a prestazioni sanitarie per lunghi tempi di attesa. 3. Anticoagulanti nella fibrillazione atriale, vaccinazione anti-HPV, oppiacei nel dolore oncologico, riabilitazione cardiologica dopo infarto del miocardio o interventi cardiochirurgici. 4. Mancata aderenza a stili di vita raccomandati, scarsa aderenza alle terapie farmacologiche nelle malattie croniche, interruzione precoce di terapie oncologiche orali per timore di effetti avversi.

Tabella 6.2. Sprechi da sotto-utilizzo

6.3. Inadeguato coordinamento dell'assistenza

L'inadeguato coordinamento dell'assistenza rappresenta una fonte rilevante di sprechi e inefficienze e può manifestarsi a due livelli:

- **Nello stesso *setting* assistenziale:** in ospedale, ad esempio, un coordinamento insufficiente tra pronto soccorso, unità operative di degenza e servizi diagnostici, insieme alla mancata standardizzazione di percorsi e procedure, può determinare duplicazioni di test, carenze nella comunicazione e nella collaborazione, variabilità degli approcci clinico-assistenziali e prolungamento della degenza per ritardi nell'esecuzione di consulenze, indagini strumentali o interventi.
- **Tra differenti *setting* assistenziali:** i PDTA dei pazienti con malattie croniche, in particolare in presenza di multimorbidità, richiedono continue interazioni tra ospedale, cure primarie e servizi territoriali. Regole organizzative non allineate, carenza di collegamenti anche informatici e incentivi disomogenei tra strutture possono alimentare inappropriatezza organizzativa, con pazienti assistiti in setting più costosi di quanto necessario.

Il report OMS sulla *Value-Based Care* individua nell'integrazione dei percorsi uno dei fattori chiave per ridurre inefficienze, attraverso team multidisciplinari, standardizzazione dei percorsi e sistemi informativi interoperabili.[249] I dati dell'indagine OCSE PaRIS, pubblicati nel

[249] 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 2026.

2025, mostrano che, in media, solo il 59% degli utenti delle cure primarie con patologie croniche riferisce un buon coordinamento dell'assistenza, confermando la persistenza della frammentazione dei percorsi.[250] L'Italia registra un valore più elevato (72%), che tuttavia non è direttamente comparabile: a differenza degli altri Paesi, il campione italiano è stato selezionato tra pazienti già inseriti in percorsi specialistici in Regioni selezionate, con un profilo di rischio atteso più elevato, e la stessa OCSE raccomanda di interpretare il risultato alla luce del contesto nazionale[251]. Il dato non consente dunque di trarre conclusioni rassicuranti sul coordinamento dell'assistenza nel SSN, ma evidenzia piuttosto l'assenza di una misurazione nazionale sistematica e comparabile dell'esperienza di continuità assistenziale riferita dai pazienti. Nel 2026 l'OCSE ha inoltre ribadito che l'interoperabilità – intesa come capacità di scambiare e utilizzare in sicurezza i dati – rimane un obiettivo di lunga data ancora incompiuto in molti sistemi sanitari[252].

In Italia il PNRR ha posto la riorganizzazione dell'assistenza territoriale tra le priorità, prevedendo Case della Comunità, Ospedali di Comunità e Centrali Operative Territoriali. Il monitoraggio AGENAS aggiornato al 31 dicembre 2025 include anche specifici elementi relativi all'integrazione socio-sanitaria dei Distretti, confermando la centralità del coordinamento organizzativo nella riforma dell'assistenza territoriale[253].

In sintesi, l'inadeguato coordinamento dell'assistenza non rappresenta soltanto una criticità organizzativa, ma una fonte di sprechi e di peggioramento degli esiti di salute. Per ridurlo servono percorsi condivisi, responsabilità chiare nelle transizioni assistenziali, sistemi informativi interoperabili e modelli organizzativi centrati sul paziente.

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

[250] OECD. Integrated care. In: Health at a Glance 2025: OECD Indicators. OECD Publishing: Paris, 2025. Disponibile a: www.oecd.org/en/publications/health-at-a-glance-2025_8f9e3f98-en/full-report/integrated-care_3e34a223.html. Ultimo accesso: 30 settembre 2026.

[251] OECD. Does Healthcare Deliver? Results from the Patient-Reported Indicator Surveys (PaRIS): Italy. OECD Publishing: Paris, febbraio 2025. Disponibile a: www.oecd.org/en/publications/does-healthcare-deliver-results-from-the-patient-reported-indicator-surveys-paris_748c8b9a-en/italy_8f22827c-en.html. Ultimo accesso: 30 settembre 2026.

[252] OECD. Interoperability in healthcare: Towards an interconnected future. OECD Health Working Papers, No. 197. OECD Publishing: Paris, 2026. Disponibile a: https://doi.org/10.1787/eb71b7be-en. Ultimo accesso: 30 settembre 2026.

[253] AGENAS. Report DM 77/2022 – II semestre 2025 (dati al 31/12/2025). Roma, 2026. Disponibile a: https://www.agenas.gov.it/pnrr/missione-6-salute/monitoraggio-dm-77. Ultimo accesso: 30 settembre 2026.

6.4. Acquisti a costi eccessivi

La limitata implementazione dei prezzi di riferimento e l'eterogeneità delle procedure di acquisto possono determinare costi non standardizzati e differenze regionali e aziendali non giustificate nell'acquisizione di tecnologie sanitarie (farmaci, dispositivi, attrezzature, etc.) e di beni e servizi non sanitari (lavanderia, mensa, pulizie, riscaldamento, etc.). Nonostante l'attivazione di centrali di acquisto a diversi livelli e le misure di contenimento della spesa, persistono difformità territoriali, influenzate anche da ritardi nei pagamenti, condizioni contrattuali, incertezza nelle consegne e complessità amministrative.

In questa prospettiva, l'OMS richiama la necessità di evolvere dal procurement tradizionale al *value-based procurement*, che consideri non solo il prezzo di acquisto ma anche gli esiti e il valore generato per pazienti e sistema. Contratti basati sugli esiti (*outcome-based agreements*) e utilizzo sistematico dell'HTA possono orientare la selezione e l'acquisto delle tecnologie e la negoziazione dei prezzi, contribuendo all'equità di accesso e alla sostenibilità[254].

Un aggiornamento rilevante per il contesto nazionale proviene da uno studio del 2026, condotto tramite interviste agli ingegneri clinici responsabili del processo di valutazione in 16 ospedali italiani con esperienza di *hospital-based* HTA. Lo studio restituisce un quadro ancora frammentato, caratterizzato da carenza di personale dedicato, assenza di procedure standardizzate e monitoraggio insufficiente delle performance delle tecnologie; inoltre, l'accelerazione dei cicli di procurement nel periodo post-pandemico può marginalizzare valutazioni più complete. Considerato che il campione comprende strutture più mature sul fronte dell'HTA ospedaliero, il quadro complessivo del SSN potrebbe essere meno favorevole[255]. Per ridurre gli sprechi negli acquisti è quindi necessario superare la logica del massimo ribasso, rafforzando standardizzazione, trasparenza, centrali di acquisto e strumenti di valutazione e contrattualistica orientati al valore.

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	1. Tecnologie sanitarie 2. Beni e servizi non sanitari
Esempi	1. Farmaci, vaccini, stent, ausili per incontinenza, protesi d'anca, 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

[254] 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 2026.

[255] Callista G, Pinelli M, Lettieri E. A process-oriented investigation of technology assessment in Italian hospitals: Insights and open challenges. Health Policy. 2026;172:105704. doi:10.1016/j.healthpol.2026.105704.

6.5. Inefficienze amministrative

In un sistema complesso come quello sanitario, le inefficienze amministrative interessano numerosi processi non clinici: gestione degli acquisti e dei servizi esternalizzati, bilancio, verifica delle attività e dei risultati, procedure autorizzative, pianificazione e negoziazione del budget. In Italia il sovraccarico burocratico sottrae tempo anche ai professionisti sanitari, impegnati in attività amministrative che non generano valore. Per ridurre tali inefficienze servono interventi strutturali: semplificazione e standardizzazione dei processi, informatizzazione e dematerializzazione, sviluppo delle competenze digitali, ammodernamento delle infrastrutture informatiche e applicazione dei principi di *lean management*.

Il report OMS indica la riduzione delle inefficienze amministrative tra i prerequisiti per l'implementazione di modelli basati sul valore, indicando tre priorità: completare la digitalizzazione garantendo l'interoperabilità dei dati; integrare dati clinici e amministrativi per misurare il valore; eliminare attività ridondanti attraverso pratiche di *lean management*.[256] Una survey condotta su oltre 1.500 ematologi italiani ha stimato che, in media, il 47% del tempo lavorativo è assorbito da compiti amministrativi e che l'assistenza ai pazienti è l'attività maggiormente penalizzata dalla carenza di tempo[257].

Ridurre le inefficienze amministrative non significa quindi soltanto contenere i costi, ma anche restituire tempo all'attività clinico-assistenziale, migliorare l'esperienza di cura e aumentare la capacità produttiva del SSN senza incrementare necessariamente le risorse impiegate.

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 dei processi non clinici e delle relative procedure, competenze digitali insufficienti 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

[256] 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 2026.

[257] 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.

6.6. Frodi e abusi

Il settore sanitario è particolarmente vulnerabile ai fenomeni corruttivi per la complessità dei processi, l'incertezza clinica, la difficoltà di misurare la qualità, i conflitti di interesse e la variabilità decisionale. Le possibili forme includono influenze improprie sulle politiche sanitarie, acquisti non necessari o a prezzi gonfiati, fatturazioni per prestazioni mai erogate, appalti pilotati, utilizzo privato di risorse pubbliche e immissione sul mercato di prodotti contraffatti o non conformi agli standard. Il *Corruption Perceptions Index* 2025 di Transparency International – indicatore della corruzione percepita nel settore pubblico, non specifico per la sanità – assegna all'Italia 53 punti su 100 e la colloca al 52° posto su 182 Paesi, con un peggioramento di un punto rispetto all'anno precedente.[258]

Nel maggio 2026, il report dell'Osservatorio GIMBE "Frodi e abusi in sanità", realizzato nell'ambito del protocollo di intesa con l'Autorità Nazionale Anticorruzione (ANAC), ha aggiornato e ampliato l'analisi del fenomeno. Il report adotta un'accezione ampia di "frodi e abusi", che comprende fenomeni corruttivi, illeciti amministrativi e comportamenti opportunistici legati a conflitti di interesse, anche quando non configurano reati, e aggiorna la tassonomia GIMBE a 65 tipologie articolate in 9 aree. Le stime economiche disponibili risultano eterogenee, non comparabili, spesso non verificabili in modo indipendente e non consentono pertanto una quantificazione puntuale del fenomeno. Il report segnala che nel 2023 gli affidamenti in sanità hanno rappresentato il 25% del valore complessivo dei contratti pubblici, pari a € 70,5 miliardi: un dato che misura l'ampiezza dell'area di spesa esposta al rischio, non l'entità economica di frodi e abusi. Sul piano della governance, la principale criticità individuata è l'assenza di una sorveglianza integrata dei rischi; la Fondazione GIMBE propone pertanto di passare da un modello prevalentemente reattivo a uno preventivo, attraverso terminologia standardizzata, interoperabilità dei dati, indicatori di rischio, audit mirati, gestione trasparente dei conflitti di interesse, valorizzazione del whistleblowing e istituzione di un Osservatorio nazionale dedicato[259]. Sulla base del report GIMBE, l'ANAC ha aggiornato il "Catalogo dei rischi corruttivi e delle misure di prevenzione nel settore sanitario"[260].

L'OMS colloca frodi e abusi nell'area del *governance-related waste*, sottolineando come rappresentino un ostacolo sistemico alla creazione di valore. Per contrastarli indica il rafforzamento dell'accountability, sistemi digitali trasparenti per la tracciabilità dei flussi finanziari e delle forniture e pratiche di *value-based* procurement basate su contratti chiari e verificabili. Il contrasto a frodi e abusi rappresenta dunque sia una questione etica sia uno strumento per proteggere risorse da riallocare verso prestazioni e tecnologie ad alto valore[261].

Contrastare frodi e abusi è indispensabile per rafforzare sostenibilità e credibilità del SSN. Oltre a controlli e sanzioni efficaci, è necessario promuovere trasparenza, accountability ed

---

[258] Transparency International. Corruption Perceptions Index 2025. Disponibile a: www.transparency.org/en/cpi/2025. Ultimo accesso: 30 settembre 2026.

[259] Report Osservatorio GIMBE n. 3/2026. Frodi e abusi in sanità. Fondazione GIMBE: Bologna, maggio 2026. Disponibile a: www.gimbe.org/frodi-abusi. Ultimo accesso: 30 settembre 2026.

[260] Autorità Nazionale Anticorruzione (ANAC). Catalogo dei rischi corruttivi e delle misure di prevenzione nel settore sanitario. Roma, luglio 2026. Disponibile a: www.anticorruzione.it/documents/91439/374463219/Delibera+n.+318+del+29+luglio+2026++Rischi+corruttivi+e+prevenzione+settore+sanitario.pdf/80721232-c151-7cf0-04f4-ce3b85a5e705?t=1787376999467. Ultimo accesso: 30 settembre 2026.

[261] 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 2026.

etica professionale, supportate da strumenti digitali e organizzativi capaci di ridurre le opportunità di utilizzo improprio delle risorse pubbliche.

FRODI E ABUSI	
Definizione	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.
Determinanti	Conflitti di interesse, attitudine a comportamenti illeciti, assenza di etica professionale, minimizzazione del fatto illecito.
Tassonomia	1. Policy making e governance del sistema sanitario 2. Regolamentazione del sistema sanitario 3. Ricerca clinica 4. Marketing e promozione di farmaci, dispositivi e altre tecnologie sanitarie 5. Acquisto di beni e servizi 6. Distribuzione e stoccaggio di prodotti sanitari 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

6.7. Considerazioni conclusive

A oltre dieci anni dalla pubblicazione della tassonomia GIMBE di sprechi e inefficienze, e alla luce del dibattito che ne è seguito, è utile ribadire alcune considerazioni generali:

- L'aumento del valore della spesa sanitaria, attraverso il disinvestimento da sprechi e inefficienze e la riallocazione delle risorse, rappresenta una delle strategie chiave per la sostenibilità del SSN.
- La politica non deve 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 sanitari[262]. Un ruolo rilevante spetta anche a cittadini e pazienti, chiamati a un utilizzo consapevole del SSN.
- Il disinvestimento può liberare risorse, ma queste non sono automaticamente monetizzabili: il processo richiede costi di attuazione, può determinare sostituzioni di

[262]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 2026.

attività e produce benefici che non sempre si traducono in risparmi di bilancio. Deve essere pertanto accompagnato da meccanismi espliciti di riallocazione verso interventi, servizi e tecnologie ad alto valore.

- La trasformazione digitale del SSN è una condizione abilitante per ridurre tutte le categorie di sprechi e inefficienze, ma non costituisce di per sé una soluzione: servono interoperabilità, qualità dei dati e riprogettazione dei processi (§ 8.4).
- Nella lotta agli sprechi devono essere coinvolte quattro categorie di attori: politici, manager, professionisti sanitari e cittadini/pazienti. Anche quando il problema è riconosciuto, l'azione può essere frenata dall'assenza di una visione di sistema e di standard condivisi, dalla tendenza ad attribuire ad altri la responsabilità degli sprechi e dalle resistenze di chi trae vantaggio dallo status quo, favorite da limitata accountability, sistemi informativi inadeguati e controlli insufficienti[263].
- Le iniziative regionali e aziendali per contrastare gli sprechi rimangono spesso frammentate, poco coordinate e legate a progetti di durata limitata. Manca ancora un approccio organico che utilizzi sistematicamente gli strumenti di governance Stato-Regioni e quelli regionali e aziendali per programmare, misurare e incentivare il disinvestimento e la riallocazione delle risorse ai diversi livelli decisionali e nei differenti 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 verso servizi e innovazioni ad alto valore". Il recupero di risorse da sprechi e inefficienze non deve essere interpretato come una fonte sostitutiva di finanziamento del SSN, ma come una responsabilità strutturale di stewardship nella gestione delle risorse pubbliche. L'obiettivo è massimizzare la salute prodotta per ogni euro investito, ridurre rischi e iniquità e creare spazio per servizi essenziali e innovazioni. Questa agenda deve procedere insieme – e non in alternativa – a un adeguato finanziamento pubblico e alle necessarie riforme di sistema.

[263] 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 2026.

CAPITOLO 7
Il personale sanitario

Le analisi sul personale sanitario sono complesse per la molteplicità delle fonti disponibili, che forniscono dati in parte sovrapponibili e in parte complementari, con differenti livelli di dettaglio.

Il capitolo esamina anzitutto le principali fonti nazionali e internazionali, evidenziandone caratteristiche e difformità e confrontando i dati relativi a medici e infermieri. Analizza quindi i benchmark internazionali e la consistenza e distribuzione regionale del personale dipendente del Servizio Sanitario Nazionale (SSN). Seguono le analisi sui medici specialisti, sull'attrattività delle diverse specializzazioni e sulla medicina convenzionata, con stima delle carenze e del ricambio generazionale di medici di medicina generale (MMG) e pediatri di libera scelta (PLS). Il capitolo esamina infine l'andamento della spesa per il personale dipendente e convenzionato e il ricorso alla fornitura esterna di personale sanitario, i c.d. "gettonisti". L'anno di riferimento è il 2024, con aggiornamenti al 2025 per spesa e contratti di fornitura di personale e al 2026 per i dati sulla formazione universitaria e post laurea.

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 esclusivamente il personale dipendente delle Pubbliche Amministrazioni a cui si applica il CCNL del comparto sanità (D. Lgs. 165/2001), indipendentemente dall'ente in cui presta servizio. I lavoratori con contratti flessibili (tempo determinato, lavoro socialmente utile, in formazione lavoro e interinale) sono conteggiati in una tavola distinta.
- **Ministero della Salute (MdS).** Il 7 agosto 2026 è stato pubblicato il nuovo report "Personale delle ASL e degli Istituti di ricovero pubblici ed equiparati e delle case di cura private"[264] che raccoglie i dati relativi al personale delle strutture sanitarie, rilevati dal CA-RGS per il comparto sanitario e integrati da tabelle definite dal Ministero della Salute per rispondere alle esigenze conoscitive e gestionali del settore. Il report sostituisce le due precedenti pubblicazioni del Ministero della Salute: "Personale delle A.S.L. e degli Istituti di ricovero pubblici ed equiparati" [265] e "Il personale del sistema sanitario italiano"[266].

[264] Ministero della Salute. Ufficio di Statistica. Personale delle ASL e degli Istituti di ricovero pubblici ed equiparati e delle case di cura private. Disponibile a: www.salute.gov.it/new/sites/default/files/2026-08/Personale2024_05082026.pdf. Ultimo accesso: 30 settembre 2026.

[265] Ministero della Salute. Direzione Generale della Digitalizzazione, del Sistema Informativo Sanitario e della 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-delle-asl-e-degli-istituti-di-ricovero-pubblici-ed-equiparati/. Ultimo accesso: 30 settembre 2026.

[266] Ministero della Salute. Direzione Generale della Digitalizzazione, del Sistema Informativo Sanitario e della 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 2026.

- **ISTAT**. Il database ISTAT[267] 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 specialisti vengono riportate alcune specialità, mentre una quota rilevante è classificata come "altri medici specialisti". Sono inoltre riportati i dati relativi a 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 2023 e, pertanto, non è stato considerato per il presente Rapporto.
- **Struttura Interregionale Sanitari Convenzionati (SISAC)**. Riporta gli aggiornamenti annuali relativi al personale convenzionato: MMG, PLS e specialisti ambulatoriali[268].
- **Ministero dell'Università e della Ricerca (MUR).** Pubblica gli open data [269] sulla formazione post-laurea, inclusi i dati sugli iscritti alle Scuole di specializzazione.

Fonti internazionali. I confronti internazionali si basano sull'*OECD Data Explorer*[270], che utilizza le fonti riportate nel box 7.1[271] e classifica il personale sanitario, in particolare medici e infermieri, sulla base dei dati trasmessi da ISTAT. Tali dati non distinguono né la tipologia di contratto (es. CA-RGS), né la struttura presso cui esercitano i professionisti (es. Ministero della Salute). Di conseguenza, i benchmark internazionali consentono un confronto limitato al numero totale dei professionisti.

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 relative ai medici specialisti e agli altri medici generalisti e pediatri che non lavorano per il SSN. Sino al 2020 è stato 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: ciò spiega il netto incremento del numero dei medici registrato a partire dal 2021.
- Per tutti i dati, la data di riferimento è il 31 dicembre dell'anno citato.

[267] 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_SANIT_1,1.0. Ultimo accesso: 30 settembre 2026.

[268] Struttura Interregionale Sanitari Convenzionati - SISAC. Medicina Convenzionata - Numero medici al 1° gennaio 2025. Disponibile a: www.sisac.info/ActionPagina_296.do. Ultimo accesso: 30 settembre 2026.

[269] Ministero dell'Università e della Ricerca – MUR. Portale dei dati dell'istruzione superiore. Scuole di Specializzazione – Iscritti per anno. Disponibile a: https://dati-ustat.mur.gov.it/dataset/formazione-post-laurea/resource/eae74735-543c-49a6-9228-a801d3c81b50. Ultimo accesso: 30 settembre 2026.

[270] Organisation for Economic Co-operation and Development. OECD Data Explorer. Healthcare human resources. Last updated July 7, 2026. 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. Ultimo accesso: 30 settembre 2026.

[271] Organisation for Economic Co-operation and Development. OECD Health Statistics. 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 2026.

7.1.1. Confronto tra le fonti

Al fine di stimare, rispetto ai dati OCSE, il numero di medici e infermieri che lavorano nel SSN è stato effettuato un confronto tra le diverse fonti disponibili. In particolare, per i medici sono stati presi in considerazione i dipendenti pubblici, i medici convenzionati, i dipendenti delle strutture equiparate e private accreditate, nonché i medici inseriti in percorsi di formazione post-laurea (Scuole di Specializzazione, Corso di Formazione Specifica in Medicina Generale). Per gli infermieri sono stati considerati i dipendenti pubblici e quelli delle strutture equiparate e private accreditate.

Medici. La tabella 7.1 confronta il dato OCSE con quelli forniti da CA-RGS, Ministero della Salute, MUR, SISAC, oltre che con le stime GIMBE sul numero di borse finanziate per il Corso di Formazione Specifica in Medicina Generale.

Medici	OCSE	CA-RGS	MdS	SISAC	MUR	GIMBE
Specialisti[a]	263.424	-	-	-	-	-
Medici di Medicina Generale (MMG)	37.173	-	-	36.812	-	-
Altri medici generalisti	38.659	-	-	-	-	-
Dipendenti pubblici a tempo indeterminato del comparto sanità	-	108.243	-	-	-	-
SSN con contratto a tempo indeterminato	-	-	107.657	-	-	-
Dipendenti pubblici con contratto di lavoro flessibile[b] del comparto sanità	-	6.462	-	-	-	-
SSN con contratto di lavoro flessibile[b]	-	-	6.419	-	-	-
Specialisti convenzionati con il SSN	-	-	-	13.984	-	-
Pediatri di libera scelta (PLS)	-	-	-	6.284	-	-
Iscritti a scuole di specializzazione[c]	-	-	-	-	49.205	-
Iscritti al corso di formazione in medicina generale[d]	-	-	-	-	-	10.400
Universitari[e]	-	-	6.174	-	-	-
Strutture equiparate alle pubbliche[f,g]	-	-	9.015	-	-	-
Case di cura private convenzionate[g]	-	-	5.048	-	-	-
TOTALE	**339.256**	**114.705**	**134.313**	**57.080**	**49.205**	**10.400**

[a] I medici iscritti alle scuole di specializzazione e i PLS sono inclusi tra gli specialisti

[b] Con contratto a tempo determinato, formazione lavoro, interinale, lavoro socialmente utile (LSU)

[c] Elaborazione GIMBE su dati MUR

[d] Calcolato sulla base dei riparti del Fabbisogno Sanitario Nazionale per le coorti attive al 31/12/2024: 2021/2024 (riparto 2023), 2022/2025, 2023/2026 e 2024/2027 (riparto 2024), a cui sono state sommate le 2.700 borse finanziate con fondi PNRR. Numero iniziale dei bandi tenuto conto delle variazioni effettive laddove disponibile il dato aggiornato.

[e] Include personale con contratto a tempo determinato (1.026) e indeterminato (5.148)

[f] Policlinici Universitari Privati, IRCCS privati, Fondazioni private, Ospedali Classificati, Istituti privati qualificati Presidi USL, Enti di ricerca

[g] Con contratto a tempo indeterminato o determinato; non inclusi i medici con altra tipologia di rapporto di lavoro

Tabella 7.1. Medici: confronto tra le fonti analizzate (anno 2024)

Dal confronto tra le fonti emerge un gap rilevante tra il numero complessivo di medici e quello dei medici che lavorano nel SSN (dipendenti pubblici, convenzionati, strutture equiparate e private accreditate) o che sono inseriti in un percorso di formazione post-laurea. A fronte dei 339.256 medici riportati dall'OCSE, sommando quelli censiti dal Ministero della Salute, i medici convenzionati (n. 57.080), gli iscritti alle Scuole di Specializzazione (n. 49.205) e la stima del numero di borse finanziate per il Corso di Formazione Specifica in Medicina Generale (n. 10.400) si arriva complessivamente a 250.998 medici. Il divario rispetto al dato OCSE è pertanto pari a 88.258. Una stima prudenziale, perché dal numero di borse finanziate per il Corso di Formazione Specifica in Medicina Generale andrebbero sottratte le mancate accettazioni, le rinunce e gli abbandoni, oltre ai corsisti già titolari di un incarico e conteggiati nei MMG. L'entità del divario rispetto al dato OCSE conferma che in Italia non esiste una carenza di medici in termini assoluti, ma un progressivo e selettivo abbandono del SSN, che risulta sempre meno attrattivo.

Per interpretare il gap rispetto al dato OCSE, occorre inoltre considerare i 149 medici dipendenti a tempo indeterminato e determinato delle case di cura private non convenzionate e i 37.665 medici con altre tipologie di rapporto di lavoro censiti dal Ministero della Salute (tabella 7.2), operanti in strutture equiparate alle pubbliche e in case di cura private convenzionate e non convenzionate. Una quota di questi – sulla quale non sono disponibili dati puntuali – è conteggiata anche tra i medici del SSN, in presenza di un doppio ruolo laddove non esistano incompatibilità.

Medici con altro tipo di rapporto di lavoro[a]	N°
Strutture equiparate alle pubbliche[b]	5.116
Case di cura private convenzionate	27.265
Case di cura private non convenzionate	5.284
TOTALE	**37.665**

[a] Unità in servizio presso la struttura e dipendenti da altre istituzioni oppure a rapporto di collaborazione professionale coordinata e continuativa. È compreso il personale in servizio e quello in aspettativa con assegni o in congedo straordinario di cui alla L. 1204/71, ma non quello in aspettativa senza assegni.

[b] Policlinici Universitari privati, IRCCS privati, Fondazioni private, Ospedali Classificati, Istituti privati qualificati Presidi USL, Enti di ricerca

Tabella 7.2. Medici con altra tipologia di rapporto di lavoro censiti in strutture equiparate alle pubbliche, case di cura private convenzionate e non convenzionate
(Dati Ministero della Salute, 2024)

Partendo dal dato del Ministero della Salute, almeno 50.444 medici sono riconducibili a liberi professionisti che non operano nelle suddette strutture o che non svolgono attività clinica.

Infermieri. La tabella 7.3 compara il dato OCSE con quelli forniti da CA-RGS e Ministero della Salute.

Infermieri	OCSE	CA-RGS	MdS
Infermieri	407.750	-	-
Dipendenti pubblici a tempo indeterminato del comparto sanità	-	279.990	-
SSN con contratto a tempo indeterminato[a]	-	-	278.888
SSN con contratto a tempo determinato	-	-	6.622
Universitari[b]	-	-	1.251
Strutture equiparate alle pubbliche[c,d]	-	-	17.615
Case di cura private convenzionate[d]	-	-	23.398
TOTALE	**407.750**	**279.990**	**327.774**

[a] 272.912 infermieri, 5.259 infermieri pediatrici, 631 infermieri di famiglia e di comunità, 86 infermieri generici (figura professionale ad esaurimento)

[b] Include personale a tempo determinato e indeterminato; non sono inclusi gli infermieri contabilizzati tra i 22 Dirigenti delle Professioni Sanitarie

[c] Policlinici Universitari Privati, IRCCS privati, Fondazioni private, Ospedali Classificati, Istituti privati qualificati Presidi USL, Enti di ricerca

[d] Con contratto a tempo indeterminato e determinato; non sono inclusi gli altri tipi di rapporti di lavoro; si è fatto riferimento alle analisi MdS su tabella 1Cbis.

Tabella 7.3. Infermieri: confronto tra le fonti analizzate (anno 2024)

Anche per il personale infermieristico emerge un gap, seppur meno rilevante rispetto a quello dei medici, tra il numero complessivo di infermieri e quello degli infermieri effettivamente in servizio nel SSN: a fronte dei 407.750 infermieri riportati dall'OCSE, il Ministero della Salute ne censisce 327.774, con una differenza di 79.976 unità.

Per interpretare il gap rispetto al dato OCSE, occorre inoltre considerare i 1.520 infermieri dipendenti a tempo indeterminato e determinato delle case di cura private non convenzionate e i 3.306 infermieri con altre tipologie di rapporto di lavoro censiti dal Ministero della Salute (tabella 7.4), operanti in strutture equiparate alle pubbliche, case di cura private convenzionate e non convenzionate.

Infermieri con altro tipo di rapporto di lavoro[a]	N°
Strutture equiparate alle pubbliche[b]	594
Case di cura private convenzionate	2.409
Case di cura private non convenzionate	303
TOTALE	**3.306**

[a] Unità in servizio presso la struttura e dipendenti da altre istituzioni oppure a rapporto di collaborazione professionale coordinata e continuativa. È compreso il personale in servizio e quello in aspettativa con assegni o in congedo straordinario di cui alla L. 1204/71, ma non quello in aspettativa senza assegni. Si è fatto riferimento alle analisi MdS su tabella 1Cbis.

[b] Policlinici Universitari privati, IRCCS privati, Fondazioni private, Ospedali Classificati, Istituti privati qualificati Presidi USL, Enti di ricerca

Tabella 7.4. Infermieri con altra tipologia di rapporto di lavoro censiti in strutture equiparate alle pubbliche, case di cura private convenzionate e non convenzionate
(Dati Ministero della Salute, 2024)

Partendo dal dato del Ministero della Salute, almeno 75.150 infermieri sono riconducibili a liberi professionisti che non operano nelle suddette strutture o che non svolgono attività clinico-assistenziale.

7.2. Benchmark internazionali

Per inquadrare la dotazione, la valorizzazione economica e la capacità di ricambio del personale sanitario italiano nel contesto internazionale, sono stati analizzati i dati dell'*OECD Data Explorer*[272], aggiornati al 7 luglio 2026, che per il 2024 riportano, a seconda degli indicatori, dati provvisori o stimati per alcuni dei Paesi dell'area OCSE. Le differenze tra dati definitivi, provvisori e stimati sono illustrate nella nota metodologica riportata nel box 4.4.

L'analisi prende in esame il numero di medici e infermieri per 1.000 abitanti, il rapporto infermieri/medici, le retribuzioni – espresse in $ pro-capite a prezzi correnti e convertiti a parità di potere d'acquisto (cfr. § 4.3) – e il numero di laureati per 100.000 abitanti. I dati dell'Italia sono stati confrontati sia con quelli dei singoli Paesi dell'area OCSE, sia con la media OCSE e con quella dei Paesi europei appartenenti sia all'OCSE sia all'Unione Europea (media EU). Il confronto consente di valutare il posizionamento relativo dell'Italia rispetto agli altri paesi e di individuare eventuali punti di forza e criticità nelle diverse dimensioni considerate. Occorre tuttavia rilevare che la disponibilità e l'anno di riferimento dei dati possono differire tra i Paesi, così come le definizioni utilizzate, la copertura delle rilevazioni e le modalità di classificazione dei professionisti sanitari. Inoltre, le differenze nell'organizzazione dei sistemi sanitari, nei modelli assistenziali e nella distribuzione delle competenze professionali non consentono di identificare automaticamente condizioni di adeguatezza o inadeguatezza degli organici sulla base degli scostamenti dalle medie internazionali. Infine, non tutti i Paesi OCSE trasmettono l'intero dataset.

Il confronto con i Paesi OCSE restituisce un quadro fortemente sbilanciato tra componente medica e infermieristica (tabella 7.5).

		Italia	Media OCSE	Rank Italia
Medici	N° per 1.000 abitanti	5,8	4,0	2/34
	Retribuzione specialisti ($)	147.782	145.795	17/32
	Laureati per 100.000 abitanti	17,0	15,6	12/31
Infermieri	N° per 1.000 abitanti	6,9	9,7	24/33
	Retribuzione infermieri ospedalieri ($)	49.730	67.773	30/36
	Laureati per 100.000 abitanti	19,5	43,6	34/38
Rapporto infermieri/medici		1,2	2,4	30/33

Tabella 7.5. Medici e infermieri: confronto tra Italia e Paesi OCSE

[272] Organisation for Economic Co-operation and Development. OECD Data Explorer. Healthcare human resources. Last updated July 07, 2026. 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. Ultimo accesso: 30 settembre 2026.

L'Italia dispone di 5,8 medici per 1.000 abitanti, il 45% in più rispetto alla media OCSE di 4,0, collocandosi al secondo posto su 34 Paesi. Anche il numero di laureati in medicina è superiore alla media (+9%), mentre la retribuzione degli specialisti risulta sostanzialmente allineata (+1,4%), con l'Italia in posizione intermedia. Diametralmente opposto è il quadro relativo agli infermieri: la dotazione è inferiore del 29% alla media OCSE (6,9 vs 9,7 per 1.000 abitanti), la retribuzione degli infermieri ospedalieri è più bassa del 27% ($ 49.730 vs $ 67.773) e il numero di laureati non raggiunge neppure la metà della media (19,5 vs 43,6 per 100.000 abitanti; -55%). Di conseguenza, il rapporto infermieri/medici è pari a 1,2, esattamente la metà della media OCSE, collocando l'Italia al 30° posto su 33 Paesi che forniscono il dato.

Nel complesso, i dati documentano una marcata asimmetria nella composizione del personale sanitario: a fronte di una disponibilità complessiva di medici che colloca l'Italia ai primi posti a livello internazionale, il deficit infermieristico riguarda contemporaneamente consistenza degli organici, ricambio generazionale e livelli retributivi. Uno squilibrio che ostacola lo sviluppo dell'assistenza territoriale, la presa in carico della cronicità, la continuità assistenziale e i modelli organizzativi multiprofessionali. Va tuttavia precisato che l'elevato numero complessivo di medici in rapporto alla popolazione non compensa carenze rilevanti in alcune specialità, aree geografiche e settori del SSN, perché il dato aggregato non descrive la distribuzione né l'effettiva disponibilità per il servizio pubblico.

7.2.1. Numero di medici e infermieri

Medici. In Italia si registrano 5,8 medici ogni 1.000 abitanti, un valore superiore sia alla media OCSE (4) sia alla media EU (3,9). Questo colloca l'Italia in 2ª posizione tra i 34 paesi OCSE che forniscono il dato (figura 7.1).

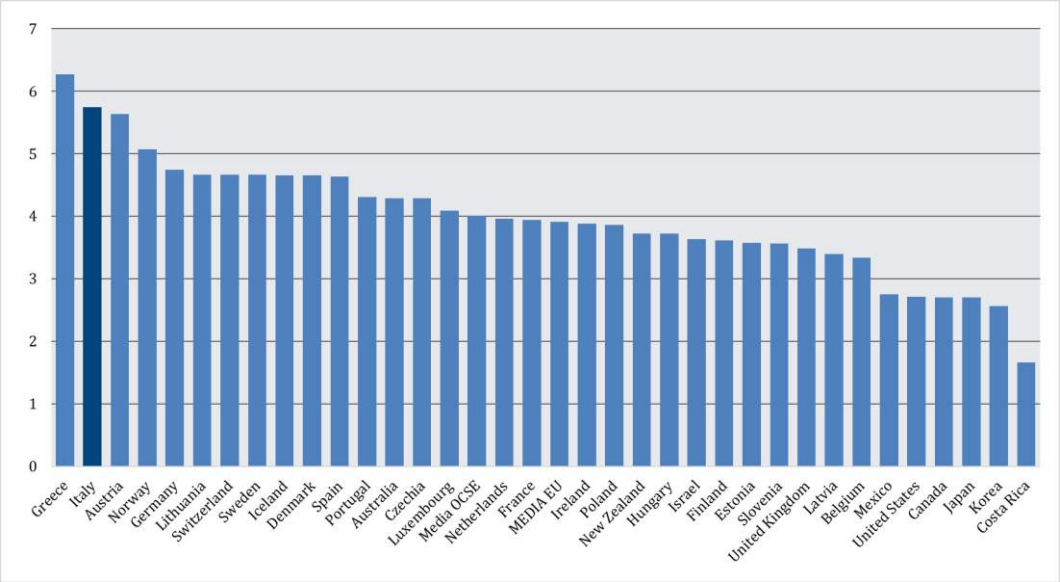


Figura 7.1. Medici per 1.000 abitanti
(dati OCSE, anno 2024 o più recente disponibile)

Infermieri. In Italia si contano 6,9 infermieri ogni 1.000 abitanti, un valore nettamente inferiore sia alla media OCSE (9,7) sia alla media EU (9,1). In Europa solo pochi Paesi registrano valori inferiori: Estonia (6,8), Polonia (6), Spagna (5,7), Ungheria (5,6), Lettonia (4,1) e Grecia (4,1). Al contrario, rispetto all'Italia la Germania (12,5) dispone di quasi il doppio degli infermieri per 1.000 abitanti e la Svizzera (19) quasi il triplo (figura 7.2).

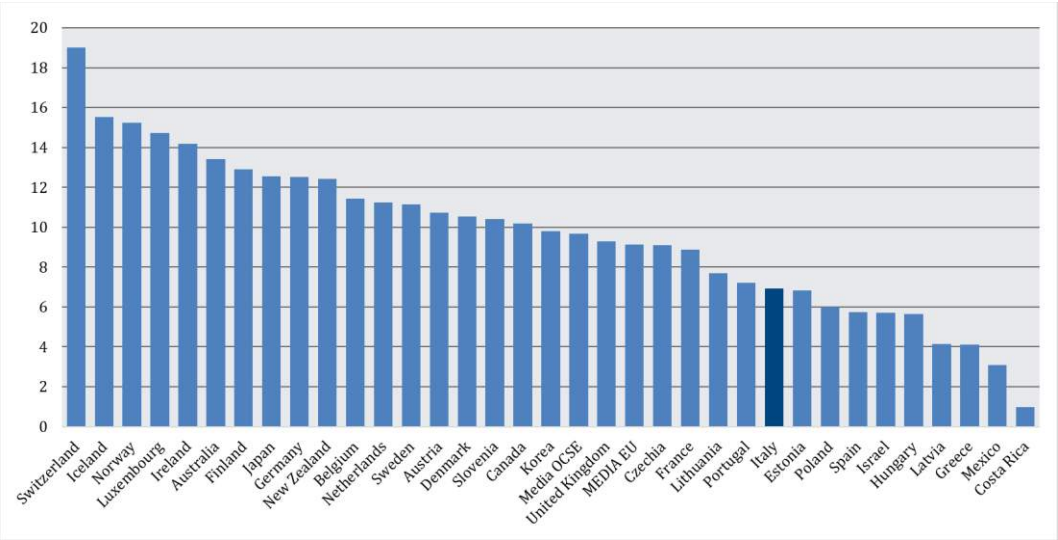


Figura 7.2. Infermieri per 1.000 abitanti
(dati OCSE, anno 2024 o più recente disponibile)

Rapporto infermieri/medici. In Italia il rapporto infermieri/medici è pari a 1,2, un valore nettamente inferiore sia alla media OCSE (2,4) sia alla media EU (2,3). In Europa l'Italia si colloca allo stesso livello di Spagna e Lettonia, davanti soltanto alla Grecia (0,7) (figura 7.3).

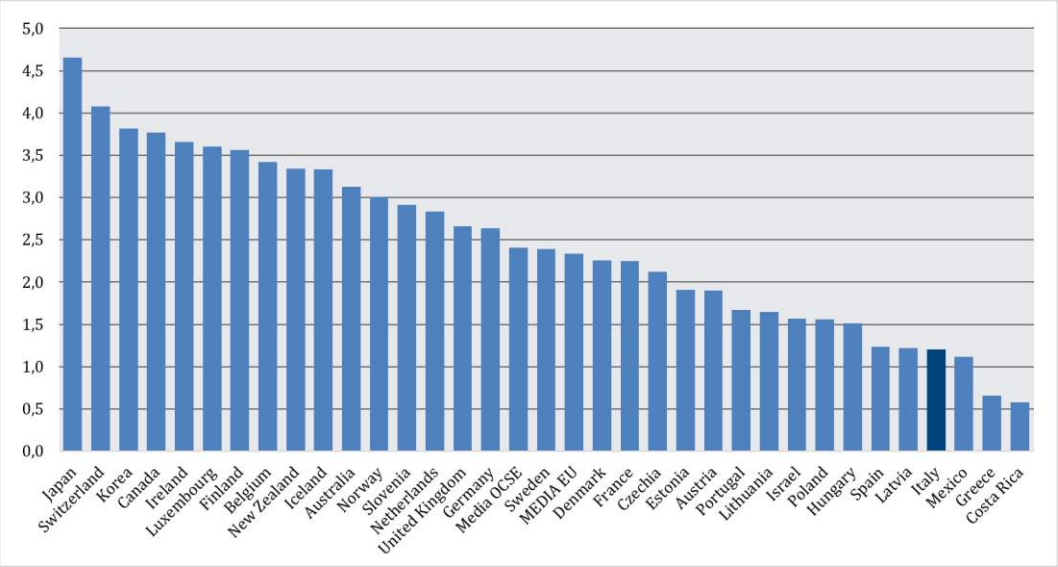


Figura 7.3. Rapporto infermieri/medici anno 2024
(dati OCSE, anno 2024 o più recente disponibile)

7.2.2. 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 "reddito annuo lordo medio, comprensivo dei contributi previdenziali e delle imposte sul reddito a carico del lavoratore". A parità di potere d'acquisto per i consumi privati, il valore per l'Italia è di $ 147.782 (figura 7.4), di poco superiore sia alla media OCSE ($ 145.795) sia alla media EU ($ 137.603). L'Italia si colloca su livelli simili alla Spagna ($ 149.622), ma rimane molto distante da altri Paesi europei, quali i Paesi Bassi ($ 270.471) e la Germania ($ 223.649). Nel 2024 la posizione dell'Italia migliora per due ragioni: la sottoscrizione, nel gennaio 2024,

del CCNL dell'Area Sanità 2019-2021 e la corresponsione, a partire dallo stesso mese, di un anticipo sugli aumenti previsti dal rinnovo contrattuale 2022-2024, pari a 6,7 volte il valore annuale dell'indennità di vacanza contrattuale, corrispondente al 3,35% dello stipendio tabellare.

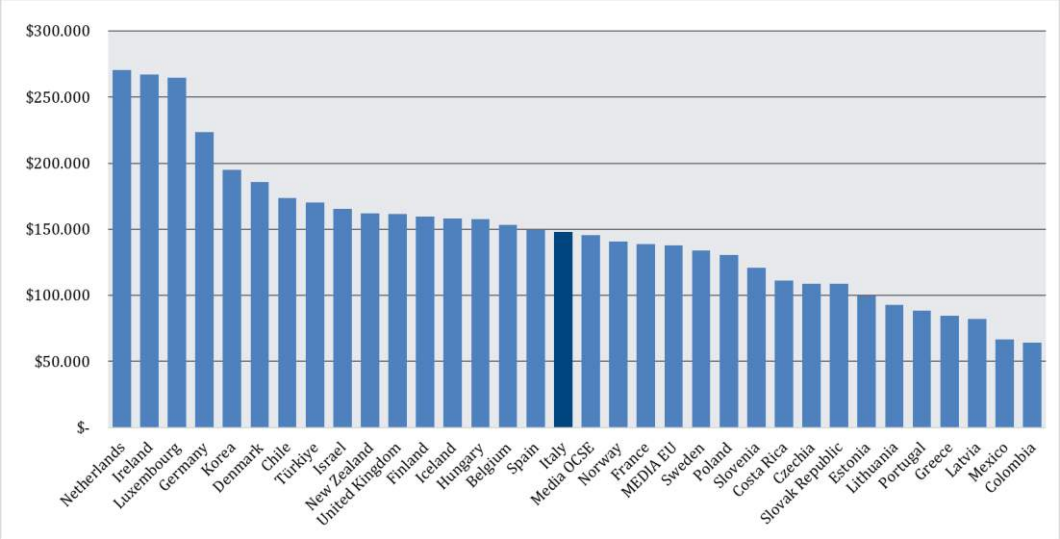


Figura 7.4. Retribuzione dei medici specialisti in $ PPP per consumi privati
(dati OCSE, anno 2024 o più recente disponibile)

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 d'acquisto per i consumi privati, il valore per l'Italia è pari a $ 49.730 (figura 7.5), nettamente inferiore sia alla media OCSE ($ 67.773) sia alla media EU ($ 70.743). Il divario risulta ancora più marcato rispetto ad altri Paesi europei quali i Paesi Bassi ($ 96.590), il Belgio ($ 93.402) e la Danimarca ($ 80.902).

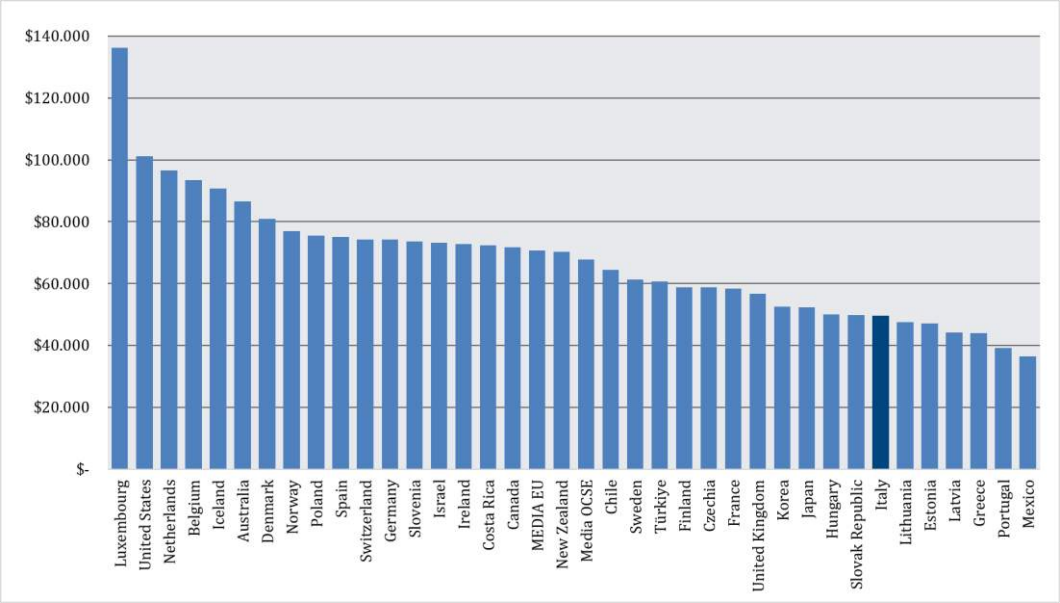


Figura 7.5. Retribuzione degli infermieri dipendenti ospedalieri in $ PPP per consumi privati
(dati OCSE, anno 2024 o più recente disponibile)

7.2.3. Laureati

Laureati in Medicina e Chirurgia. Nel 2024 in Italia si registrano 17 laureati in Medicina e Chirurgia per 100.000 abitanti, rispetto a 15,6 per 100.000 abitanti della media OCSE e 16,9 per 100.000 abitanti della media EU (figura 7.6). L'Italia si colloca così al 12° posto tra i 37 paesi OCSE che forniscono il dato.

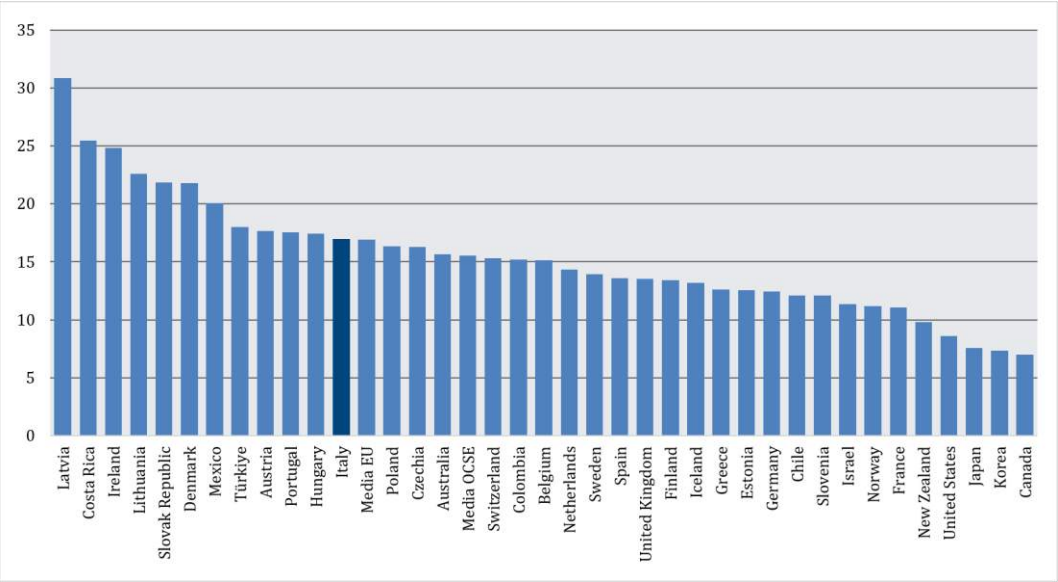


Figura 7.6. Laureati in Medicina e Chirurgia per 100.000 abitanti
(dati OCSE, anno 2024 o più recente disponibile)

Laureati in Infermieristica. Nel 2024 in Italia si registrano 19,5 laureati in Scienze Infermieristiche per 100.000 abitanti, un valore nettamente inferiore sia alla media OCSE (43,6) sia alla media EU (38,5). L'Italia si colloca così al quintultimo posto tra i 38 paesi OCSE che forniscono il dato, davanti soltanto a Messico (18,8), Lettonia (16,1), Lussemburgo (10,2) e Colombia (8,4) (figura 7.7).

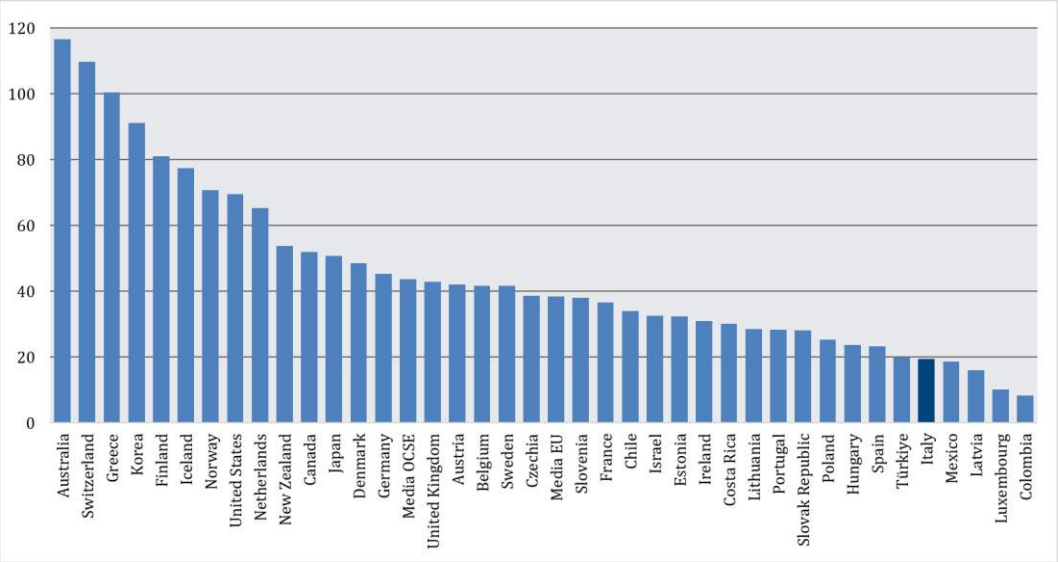


Figura 7.7. Laureati in Scienze Infermieristiche per 100.000 abitanti
(dati OCSE, anno 2024 o più recente disponibile)

7.3. Personale dipendente

Per l'analisi del personale dipendente, il presente Rapporto fa riferimento ai dati del CA-RGS[273], che includono esclusivamente il personale dipendente delle Pubbliche Amministrazioni a cui si applica il CCNL del comparto sanità (D. Lgs. 165/2001), indipendentemente dall'ente presso cui presta servizio. Per l'anno 2024 il CA-RGS contabilizza 713.976 unità di personale dipendente, ripartite in quattro macro-categorie (tabella 7.6).

Macro-categoria	N°
Personale non dirigente	577.446
Dirigenti sanitari (medici, odontoiatri, veterinari)	130.336
Dirigenti Professionali, Tecnici e Amministrativi	5.348
Altro personale	846
Totale	**713.976**

Tabella 7.6. Personale dipendente per macro-categoria
(dati CA-RGS, anno 2024)

Poiché fa riferimento al CCNL del comparto sanità, il CA-RGS include dipendenti che lavorano prevalentemente nelle strutture del SSN, ma anche personale impiegato presso altri enti (tabella 7.7).

Tipologia Istituzione	N°
Aziende Sanitarie	581.053
Aziende Ospedaliere integrate con l'Università	55.968
Istituti di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico	37.871
Policlinici Universitari	19.873
Agenzie per la Protezione dell'Ambiente	8.278
Istituti Zooprofilattici Sperimentali	3.824
Ex IPAB*	3.304
Altri Enti	1.786
Altri Enti regionali	1.528
Consorzi, associazioni, comprensori	325
Agenzie	166
Totale	**713.976**
*Istituzioni Pubbliche di Assistenza e Beneficenza	

Tabella 7.7. Personale dipendente per tipologia di istituzione
(dati CA-RGS, anno 2024)

[273] Ministero dell'Economia e delle Finanze - Dipartimento della Ragioneria Generale dello Stato. Conto annuale 2024. Disponibile a: https://contoannuale.rgs.mef.gov.it/it/web/sicosito/occupazione. Ultimo accesso: 30 settembre 2026.

Il CA-RGS consente inoltre di estrarre i dati per categoria di personale (tabella 7.8). In alcuni casi, la categoria corrisponde a una specifica professione (es. medici, farmacisti), mentre in altri fa riferimento alla posizione organizzativa (es. dirigenti, direttori generali). La categoria "Professionisti della salute e funzionari" raggruppa invece diverse professioni e posizioni organizzative.

Categoria	N°
Professionisti della salute e funzionari	399.807
Medici	108.243
Operatori	101.492
Assistenti	39.058
Personale di supporto	34.441
Psicologi	6.163
Veterinari	5.253
Biologi	4.789
Farmacisti	3.633
Dir. Ruolo Amministrativo	2.748
Profili Ruolo Ricerca Sanitaria	2.527
Dir. Ruolo Professionale	1.599
Dir. Ruolo Tecnico	1.001
Dirigenti Professioni Sanitarie	890
Fisici	854
Direttori Generali*	779
Chimici	351
Odontoiatri	160
Personale Di Elevata Qualificazione	121
Personale Contrattista	67
Totale	**713.976**

* Direttori Generali, Sanitari, Amministrativi e dei Servizi Sociali

Tabella 7.8. Personale dipendente per categoria professionale
(dati CA-RGS, anno 2024)

Di conseguenza, per ricavare dal CA-RGS il numero di professionisti sanitari per singola professione (tabella 7.9), si è fatto riferimento alla qualifica, che consente di identificare la professione anche nelle categorie in cui questa non è specificata.

Professione	N°
Infermieri*	279.990
Medici	108.243
Operatori socio-sanitari	81.777
Tecnici sanitari	38.648
Professioni sanitarie della riabilitazione	22.996
Ostetriche	12.459
Professioni sanitarie della prevenzione	10.249
Assistenti sociali	6.331
Psicologi	6.163
Veterinari	5.253
Biologi	4.789
Farmacisti	3.633
Altri professionisti sanitari	3.202
Fisici	854
Chimici	351
Odontoiatri	160
Altri professionisti socio-sanitari	63
Totale	**585.161**

*Non include gli infermieri contabilizzati tra gli 890 Dirigenti delle Professioni Sanitarie la cui professione non è identificabile nei dati CA-RGS.

Tabella 7.9. Personale sanitario dipendente per professione
(dati CA-RGS, anno 2024)

Infine, il CA-RGS consente di analizzare la distribuzione regionale del personale dipendente (tabella 7.10).

Regione	Personale
Abruzzo	16.373
Basilicata	6.875
Calabria	19.034
Campania	52.537
Emilia-Romagna	67.605
Friuli Venezia Giulia	20.795
Lazio	51.107
Liguria	25.115
Lombardia	108.382
Marche	20.310
Molise	3.021
Piemonte	58.106
Prov. Aut. di Bolzano	9.414
Prov. Aut. di Trento	8.524
Puglia	42.942
Sardegna	23.327
Sicilia	48.130
Toscana	55.043
Umbria	12.091
Valle d'Aosta	2.207
Veneto	63.038
TOTALE	**713.976**

Tabella 7.10. Personale dipendente per Regione
(dati CA-RGS, anno 2024)

Parametrando il personale dipendente alla popolazione ISTAT al 1° gennaio 2025, a livello nazionale si registrano 12,1 unità per 1.000 abitanti con un range che varia da 9 del Lazio a 18 della Valle d'Aosta (figura 7.8). 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;
- ad eccezione dell'Abruzzo, tutte le Regioni in Piano di rientro si collocano al di sotto della media nazionale, insieme alla Lombardia.

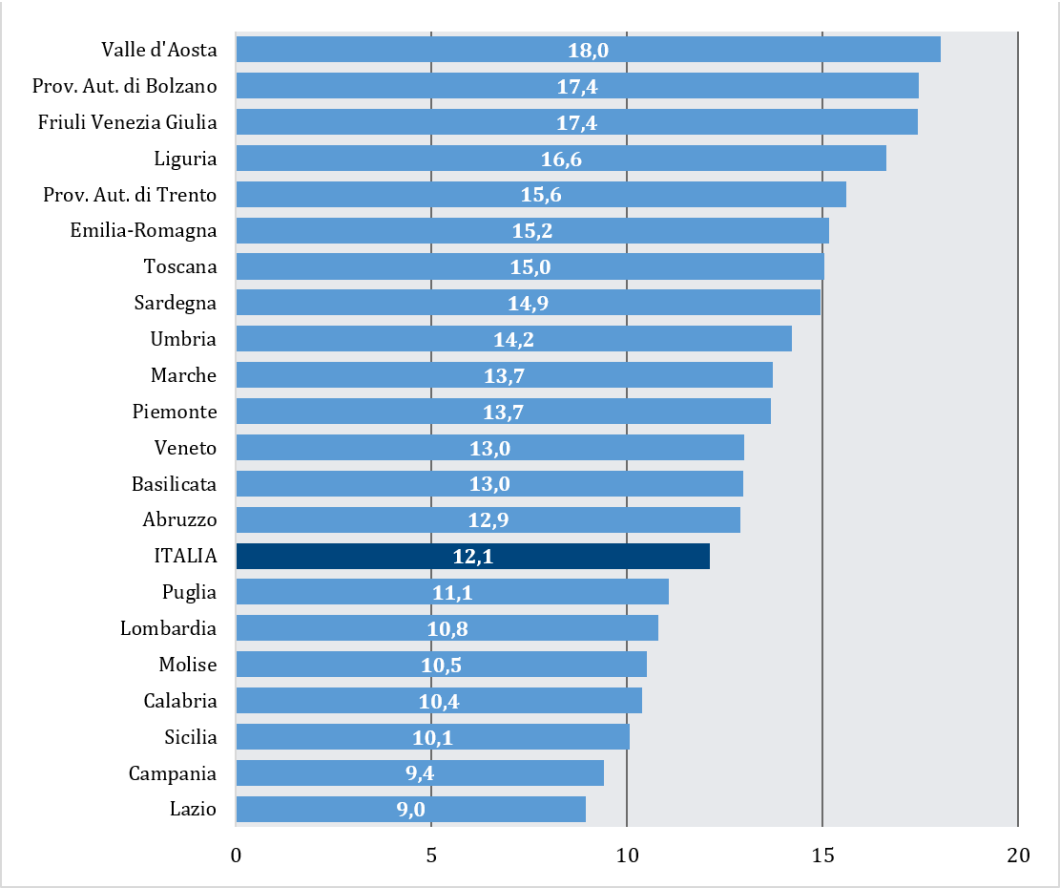


Figura 7.8. Personale dipendente per 1.000 abitanti per Regione
(dati CA-RGS, anno 2024)

Dal CA-RGS è possibile ricavare anche il trend del personale dipendente (figura 7.9).

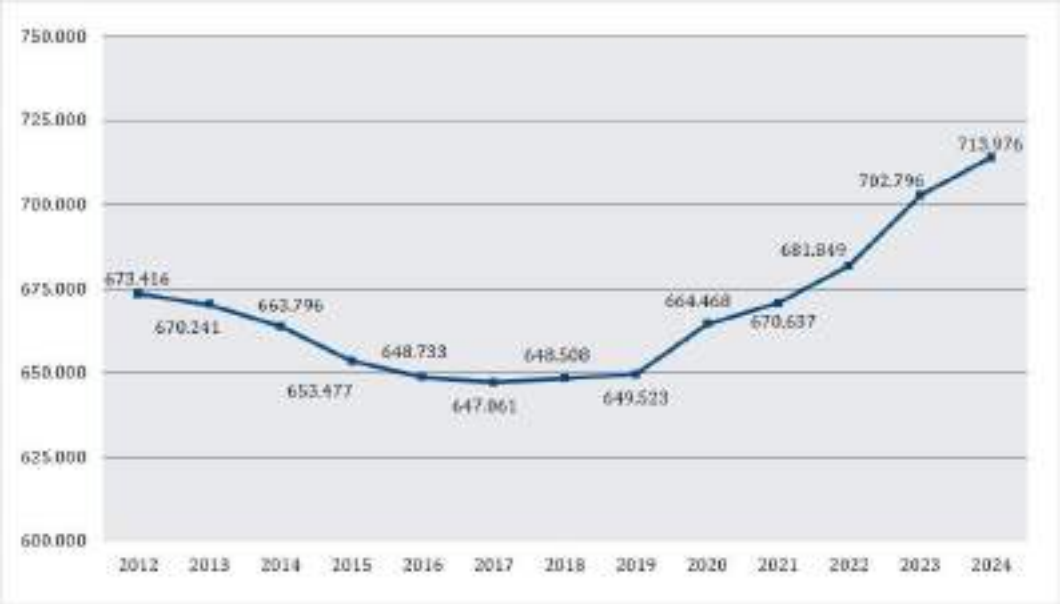


Figura 7.9. Personale dipendente delle Pubbliche Amministrazioni a cui si applica il CCNL del comparto sanità
(dati CA-RGS)

Dal 2012 al 2017 il personale dipendente delle Pubbliche Amministrazioni cui si applica il CCNL del comparto sanità ha registrato un calo di oltre 26.000 unità; nel biennio 2018-2019 si è poi sostanzialmente stabilizzato intorno a 650.000 dipendenti. Questa dinamica riflette le misure di contenimento delle assunzioni e della spesa per il personale introdotte a partire dal triennio 2005-2007 e successivamente consolidate. Gli enti del SSN, a differenza di altri comparti del pubblico impiego, non sono sottoposti a limiti assunzionali legati al turnover, ma a uno specifico vincolo di spesa.

Dal 2019 la tendenza si è invertita. L'aumento del personale, accentuatosi durante l'emergenza COVID-19 con un incremento di oltre 21.000 unità tra il 2019 e il 2021, è proseguito nel triennio 2022-2024 (+43.339 unità). Questa dinamica è riconducibile a diversi fattori: la nuova disciplina introdotta dall'articolo 11, comma 1, del DL 35/2019, che ha reso dinamico il limite regionale di spesa e progressivamente ampliato gli spazi assunzionali; le misure straordinarie di reclutamento previste dai DL 18/2020, 34/2020 e 104/2020; le procedure di stabilizzazione del personale precario previste dall'articolo 20 del D.Lgs. 75/2017 e dall'articolo 1, comma 268, lettera b), della L. 234/2021, più volte prorogate. Nel 2024 l'articolo 5 del DL 73/2024 ha ulteriormente riformato il meccanismo del limite di spesa. Alla crescita rilevata nello stesso anno può avere contribuito anche la facoltà di trattenere in servizio, entro i limiti previsti dalla normativa, dirigenti medici e sanitari e personale infermieristico. Il personale ha così raggiunto 713.976 unità, il valore più elevato dell'intero periodo considerato.

Il CA-RGS evidenzia inoltre dinamiche regionali eterogenee. Fino al 2019 la contrazione ha interessato soprattutto le Regioni sottoposte ai Piani di rientro, soggette a specifici vincoli assunzionali definiti nei programmi operativi. Anche nel biennio 2020-2021 gli incrementi percentuali registrati in queste Regioni sono stati inferiori rispetto a quelli delle altre; nel 2022, invece, le Regioni sottoposte a Piano di rientro hanno registrato un incremento quasi doppio rispetto alle altre. Considerando l'intero periodo 2015-2024, tuttavia, le dinamiche regionali restano eterogenee: Campania, Puglia ed Emilia-Romagna figurano tra le Regioni con gli incrementi più elevati, mentre Basilicata e Molise sono le sole a registrare una riduzione. La ripresa degli organici non ha quindi seguito un andamento omogeneo.

7.3.1. Medici

Secondo i dati del CA-RGS, nel 2024 i medici con CCNL del comparto sanità sono 108.243. Rapportando il dato alla popolazione ISTAT al 1° gennaio 2025, la media nazionale è pari a 1,84 medici per 1.000 abitanti, con un range che varia da 1,35 del Molise a 2,56 della Sardegna (figura 7.10).

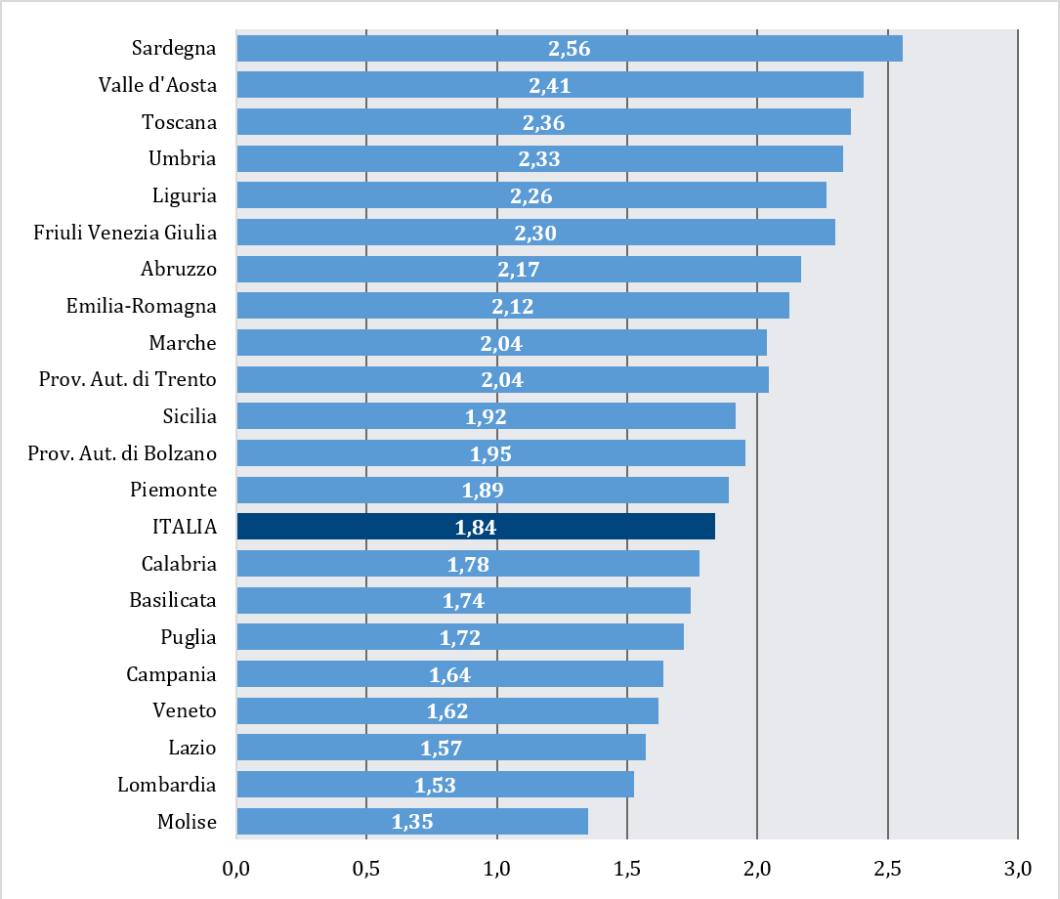


Figura 7.10. Medici dipendenti CCNL sanità per 1.000 abitanti per Regione
(dati CA-RGS, anno 2024)

7.3.2. Infermieri

Secondo il CA-RGS, nel 2024 gli infermieri con il CCNL del comparto sanità sono 279.990: il dato non include 890 Dirigenti delle Professioni Sanitarie per i quali, sulla base dei dati CA-RGS, non è stato possibile identificare la professione. Rapportando questi valori alla popolazione ISTAT al 1° gennaio 2025, la media nazionale è pari a 4,75 infermieri per 1.000 abitanti, con un range che varia da 3,75 della Lombardia a 6,78 della Liguria (figura 7.11). Ad eccezione di Abruzzo e Molise, tutte le Regioni in Piano di rientro si collocano al di sotto della media nazionale, evidenziando come la "stretta" sul personale abbia inciso in misura maggiore sul personale infermieristico rispetto a quello medico.

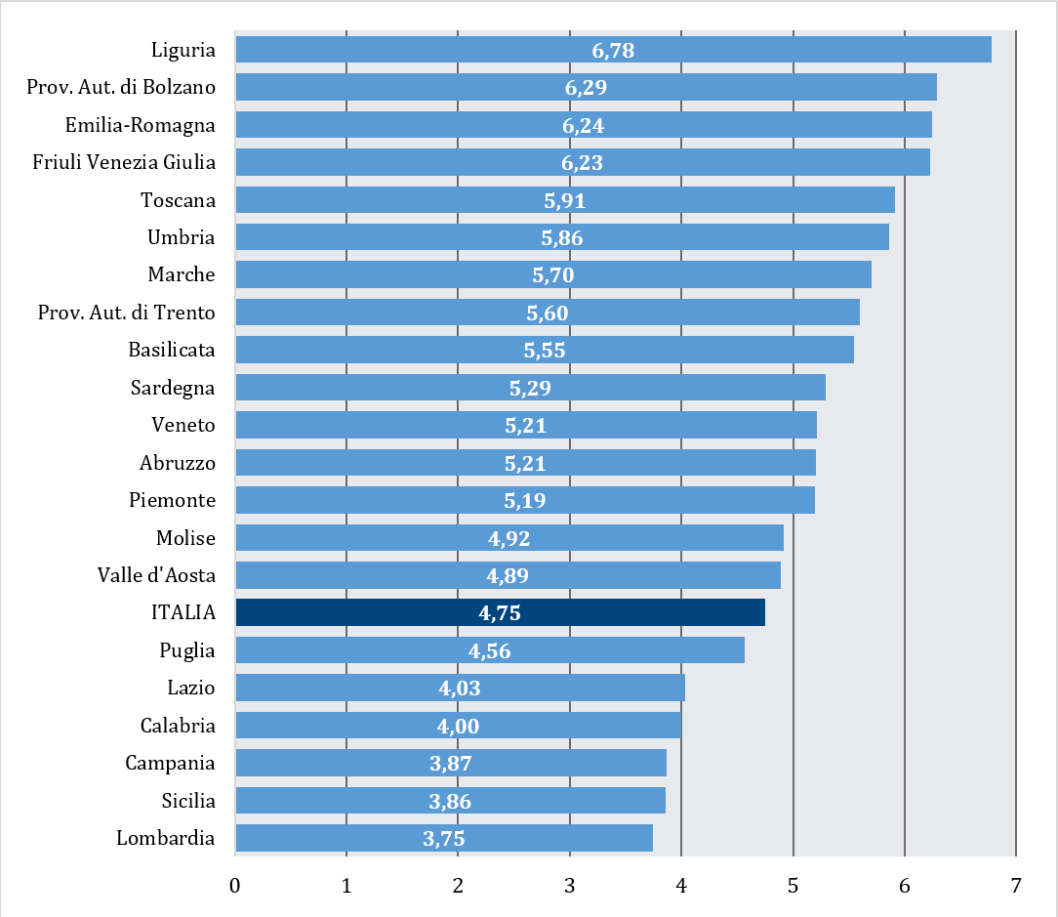


Figura 7.11. Infermieri dipendenti CCNL sanità per 1.000 abitanti per Regione
(dati CA-RGS, anno 2024)

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, documentato dai dati del Ministero dell'Università e della Ricerca (MUR). Se prima della pandemia il rapporto era pari a 1,6, a partire dall'anno accademico 2020-2021 si è progressivamente ridotto, fino a raggiungere quota 1,04 nel 2024/2025, quando il numero di candidati è risultato appena sufficiente a coprire i posti disponibili. Il rapporto è quindi sceso a 0,92 nel 2025/2026, per poi risalire a 1,06 nel 2026/2027 (figura 7.12).

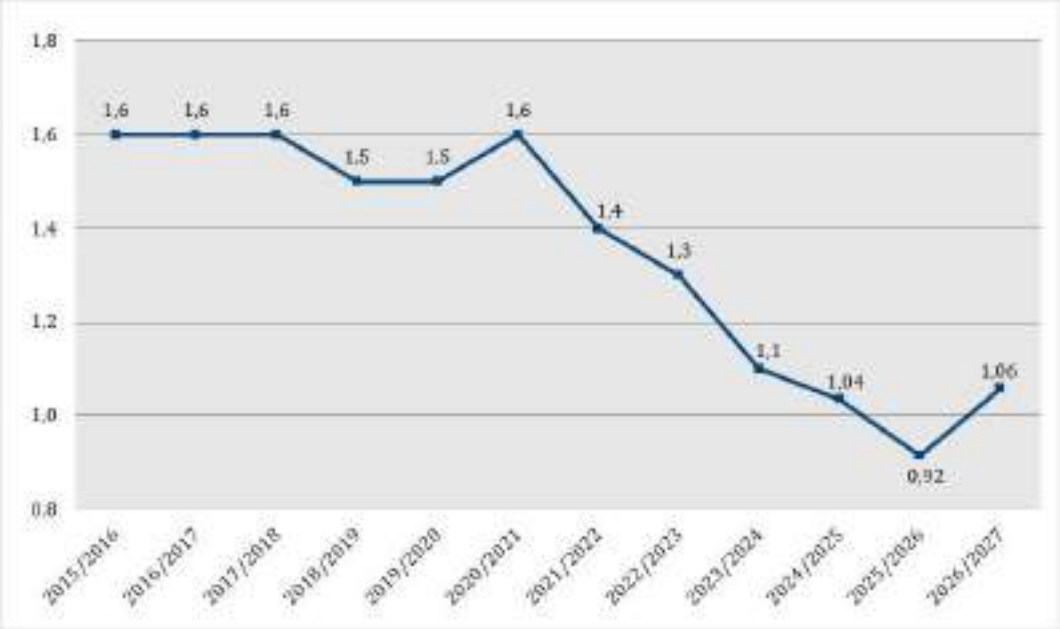


Figura 7.12. Corso di Laurea in Infermieristica: rapporto tra domande presentate e posti disponibili
(dati 2015/2016-2023/2024 Ministero della Salute[274,275]; dati 2024/2025-2025/2026[276] e 2026/2027[277] elaborazione A. Mastrillo su dati delle Università)

[274] Mainolfi M. Audizione nell'ambito dell'indagine conoscitiva in materia di riordino delle professioni sanitarie. Camera dei Deputati. XII Commissione Affari sociali. Roma, 29 gennaio 2025. Disponibile a: https://documenti.camera.it/leg19/documentiAcquisiti/COM12/Audizioni/leg19.com12.Audizioni.Memoria.PUBBLICO.ideGes.54981.29-01-2025-15-55-04.498.pdf. Ultimo accesso: 30 settembre 2026.

[275] Mainolfi M. Audizione nell'ambito dell'indagine conoscitiva in materia di riordino delle professioni sanitarie. Allegato tecnico. Camera dei Deputati. XII Commissione Affari sociali. Roma, 29 gennaio 2025. Disponibile a: https://documenti.camera.it/leg19/documentiAcquisiti/COM12/Audizioni/leg19.com12.Audizioni.Memoria.PUBBLICO.ideGes.54981.29-01-2025-15-55-38.058.pdf. Ultimo accesso: 30 settembre 2026.

[276] Mastrillo A. Conferenza Permanente delle Classi di Laurea e Laurea Magistrale delle Professioni Sanitarie. Report annuali sui dati di fabbisogno, posti programmati e attrattività delle lauree triennali e magistrali delle professioni sanitarie. Disponibile a: www.conferenzalaureeprofessionisanitarie.it/report-annuali. Ultimo accesso: 30 settembre 2026.

[277] Il Sole 24 Ore. Articolo: Professioni sanitarie, su del 17% le domande per l'ammissione. Mastrillo A Disponibile a: www.ilsole24ore.com/art/professioni-sanitarie-del-17percento-domande-l-ammissione-AJW1vtCB. Ultimo accesso: 30 settembre 2026.

Secondo una recente analisi condotta sui dati delle Università italiane e del MUR, il Corso di Laurea in Infermieristica risulta tra i meno attrattivi tra le 22 professioni sanitarie, con un rapporto domande/posti[278] disponibili pari a 1,1, a fronte di una media di 1,98. Il dato assume particolare rilevanza considerando che i posti messi a bando per Infermieristica (20.672) rappresentano oltre il 50% del totale previsto per tutte le professioni sanitarie (tabella 7.11).

Corsi di Laurea triennali per professione sanitaria	Domande presentate	Posti disponibili	Rapporto domande/posti
Fisioterapista	25.147	4.086	6,15
Logopedista	5.707	1.150	4,96
Ostetrica	4.380	1.350	3,24
Tecnico di Radiologia	6.155	1.949	3,16
Dietista	1.756	618	2,84
Terapista dell'età neuro evolutiva	1.251	460	2,72
Igienista dentale	2.798	1.070	2,61
Tecnico di neurofisiopatologia	351	214	1,64
Podologo	192	123	1,56
Osteopata	711	490	1,45
Tecnico di riabilitazione psichiatrica	739	564	1,31
Tecnico di fisiopatologia cardiocircolatoria	381	329	1,16
Tecnico di Laboratorio	1.908	1.652	1,15
Ortottista	385	362	1,06
Infermiere	21.907	20.672	1,06
Tecnico di prevenzione lavoro	748	901	0,83
Educatore professionale	532	834	0,64
Tecnico ortopedico	134	213	0,63
Tecnico audioprotesista	139	284	0,49
Terapista occupazionale	122	258	0,47
Tecnico di audiometria	42	103	0,41
Assistente sanitario	178	502	0,35
TOTALE	**75.663**	**38.184**	**1,98**

Tabella 7.11. Corso di Laurea delle professioni sanitarie: domande di iscrizione, posti disponibili, rapporto tra domande di iscrizione e posti disponibili

(dati elaborazione A. Mastrillo su dati delle Università [279])

[278] Il Sole 24 Ore. Articolo: Professioni sanitarie, su del 17% le domande per l'ammissione. Mastrillo A Disponibile a: www.ilsole24ore.com/art/professioni-sanitarie-del-17percento-domande-l-ammissione-AJW1vtCB. Ultimo accesso: 30 settembre 2026.

[279] Il Sole 24 Ore. Articolo: Professioni sanitarie, su del 17% le domande per l'ammissione. Mastrillo A Disponibile a: www.ilsole24ore.com/art/professioni-sanitarie-del-17percento-domande-l-ammissione-AJW1vtCB. Ultimo accesso: 30 settembre 2026.

7.3.3. Rapporto infermieri/medici

Secondo il CA-RGS, nel 2024 il rapporto nazionale infermieri/medici tra il personale dipendente con CCNL del comparto sanità è pari a 2,59, con un range che varia da 2,01 della Sicilia a 3,64 del Molise (figura 7.13).

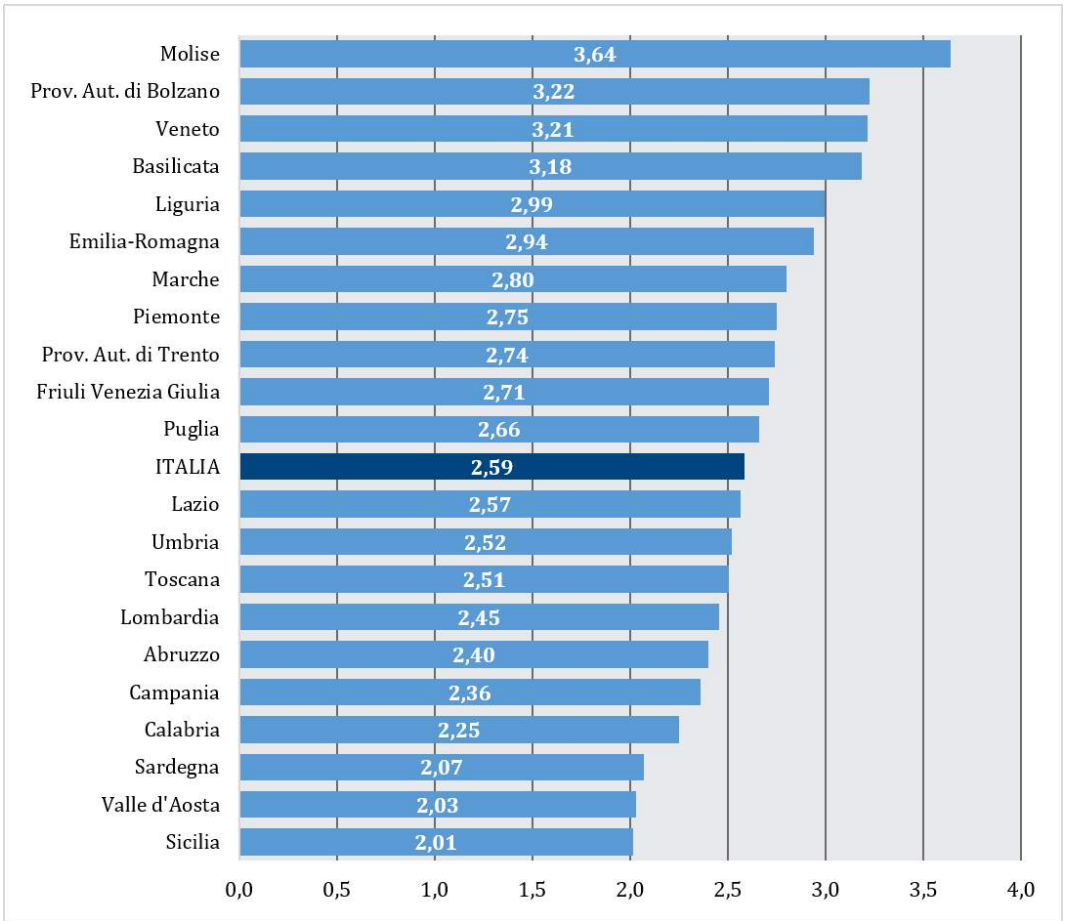


Figura 7.13. Rapporto infermieri/medici dipendenti con CCNL sanità per Regione
(dati CA-RGS, anno 2024)

Se nel calcolo del rapporto nazionale infermieri/medici si aggiungono ai medici dipendenti (n. 108.243) i 57.080 medici convenzionati, il valore scende da 2,59 a 1,69, avvicinandosi al dato di 1,2 riportato dall'OCSE (§ 7.2.1).

7.4. Medici specialisti

Nell'aprile 2026 il Ministero della Salute ha reso disponibile, in collaborazione con l'ISTAT e il Consorzio Gestione Anagrafica Professioni Sanitarie (Co.Ge.A.P.S.), una nuova banca dati sui medici specialisti[280].

La banca dati riporta, per tutte le specializzazioni mediche riconosciute, il numero di specialisti attivi nel sistema sanitario pubblico e privato, classificati in base alla specializzazione prevalente esercitata e aggregati per area (medica, chirurgica e dei servizi). Sono inoltre disponibili dati sulla distribuzione per genere, classi di età e Regione in cui viene svolta l'attività lavorativa. La banca dati include tutti gli specialisti, indipendentemente dal rapporto di lavoro: dipendenti pubblici, ambulatoriali convenzionati, liberi professionisti, etc.

Nel 2024 esercitano in Italia quasi 217 mila medici specialisti, pari a 368 ogni 100.000 abitanti. Quasi la metà (45,9%) opera nell'area medica, il 27,5% nell'area dei servizi e il 26,6% in quella chirurgica. Nell'area medica le specializzazioni più rappresentate sono Malattie dell'apparato cardiovascolare e Medicina interna; nell'area dei servizi Anestesia, rianimazione, terapia intensiva e del dolore e Radiodiagnostica; nell'area chirurgica Ginecologia e ostetricia e Chirurgia generale.

Tra le 50 specializzazioni, le dieci più numerose riuniscono 112.038 medici, pari al 51,7% del totale. All'estremo opposto, 20 discipline contano meno di 2.000 specialisti ciascuna per un totale di 19.078 medici (8,8%). Il dato aggregato per area nasconde quindi differenze considerevoli tra le singole discipline. Considerando le due specializzazioni più rappresentate in ciascuna area, queste comprendono il 47,6% degli specialisti nell'area dei servizi (28.431 medici), il 40,8% in quella chirurgica (23.505) e il 25,5% nell'area medica (25.393). La minore concentrazione di specialisti nell'area medica va letta anche alla luce del diverso numero di discipline nelle tre aree: 22 nell'area medica, 15 in quella dei servizi e 13 in quella chirurgica. Complessivamente, le sei specializzazioni con oltre 10.000 professionisti raccolgono da sole 77.329 medici (35,7%). Questi dati descrivono il peso numerico delle discipline, ma non consentono, di per sé, di identificare eccedenze o carenze di specialisti, che dipendono dai bisogni assistenziali, dalle modalità di erogazione delle prestazioni e dalla distribuzione dei professionisti nei diversi territori.

Il profilo degli specialisti presenta differenze marcate anche per genere ed età. Le donne rappresentano il 46,3% del totale, ma l'area chirurgica incide per il 19,2% tra le donne e per il 32,9% tra gli uomini. L'età media è di 58 anni per gli uomini e 51 per le donne; gli specialisti con almeno 60 anni rappresentano rispettivamente il 55,1% e il 28,5%. Questi divari, analizzati per specializzazione e Regione, sono rilevanti per valutare le prospettive di ricambio nei prossimi anni.

La tabella 7.12 riporta, per ciascuna specializzazione, il numero di medici in valore assoluto e per 100.000 abitanti.

[280] Ministero della Salute. Medici specialisti, nuova banca dati Ministero della Salute e ISTAT. 8 aprile 2026. Disponibile a: www.salute.gov.it/new/it/news-e-media/notizie/medici-specialisti-nuova-banca-dati-ministero-della-salute-e-istat. Ultimo accesso: 30 settembre 2026.

Area	Specializzazioni	Numero	Tasso per 100.000 abitanti
Servizi	Anestesia, rianimazione, terapia intensiva e del dolore	16.478	27,9
Medica	Malattie dell'apparato cardiovascolare	14.896	25,3
Chirurgica	Ginecologia e ostetricia	12.577	21,3
Servizi	Radiodiagnostica	11.953	20,3
Chirurgica	Chirurgia generale	10.928	18,5
Medica	Medicina interna	10.497	17,8
Medica	Psichiatria	9.583	16,3
Chirurgica	Ortopedia e traumatologia	9.274	15,7
Medica	Pediatria (esclusi i pediatri di libera scelta)	8.358	14,2
Chirurgica	Oftalmologia	7.494	12,7
Servizi	Igiene e medicina preventiva	6.959	11,8
Medica	Neurologia	6.935	11,8
Servizi	Medicina del lavoro	6.406	10,9
Medica	Medicina di emergenza - urgenza	5.804	9,8
Servizi	Medicina fisica e riabilitazione	5.060	8,6
Chirurgica	Otorinolaringoiatria	4.665	7,9
Medica	Dermatologia e venereologia	4.614	7,8
Medica	Geriatria	4.518	7,7
Medica	Endocrinologia	4.474	7,6
Medica	Oncologia medica	4.445	7,5
Chirurgica	Urologia	3.972	6,7
Medica	Nefrologia	3.951	6,7
Medica	Gastroenterologia	3.927	6,7
Medica	Malattie dell'apparato respiratorio	3.623	6,1
Medica	Ematologia	3.565	6,0
Servizi	Medicina legale	3.310	5,6
Medica	Neuropsichiatria infantile	2.965	5,0
Medica	Malattie infettive e tropicali	2.311	3,9
Chirurgica	Chirurgia vascolare	2.125	3,6
Servizi	Anatomia patologica	2.072	3,5
Servizi	Patologia clinica e biochimica clinica	1.948	3,3
Chirurgica	Chirurgia plastica, ricostruttiva ed estetica	1.878	3,2
Medica	Reumatologia	1.646	2,8
Servizi	Radioterapia	1.549	2,6
Chirurgica	Neurochirurgia	1.492	2,5
Medica	Medicina dello sport e dell'esercizio fisico	1.437	2,4
Medica	Allergologia e immunologia clinica	1.145	1,9
Servizi	Medicina nucleare	1.099	1,9
Servizi	Scienza dell'alimentazione	1.066	1,8
Chirurgica	Cardiochirurgia	1.001	1,7
Chirurgica	Chirurgia maxillo-facciale	877	1,5
Servizi	Farmacologia e tossicologia clinica	713	1,2
Chirurgica	Chirurgia toracica	699	1,2
Medica	Medicina e cure palliative	594	1,0
Chirurgica	Chirurgia pediatrica	587	1,0
Servizi	Microbiologia e virologia	432	0,7
Servizi	Genetica medica	411	0,7
Servizi	Audiologia e foniatria	244	0,4
Medica	Medicina termale	175	0,3
Medica	Medicina di comunità e delle cure primarie	85	0,1
TOTALE		**216.817**	**367,8**

Tabella 7.12. Medici specialisti: numero assoluto e tasso per 100.000 abitanti
(dati Ministero della Salute, anno 2024)

Il concorso annuale per l'accesso alle Scuole di specializzazione in medicina per l'anno accademico 2026/2027 ha bandito 14.631 posti, un numero sostanzialmente in linea con i 14.483 posti dell'anno precedente. Di questi, ne sono stati assegnati 13.104 (90%)[281]. Il 60,7% delle specializzazioni (31 su 51) ha raggiunto il 100% delle assegnazioni, ma permane una ridotta attrattività per alcune discipline fondamentali per il funzionamento del SSN: Chirurgia generale (75%), Medicina d'emergenza-urgenza (66%), Chirurgia toracica (65%), Nefrologia (72%), Radioterapia (58%), Medicina di comunità e delle cure primarie (56%) e Medicina e cure palliative (61%). Altre quattro specialità risultano ancora largamente "disertate", con percentuali di assegnazione inferiori al 50%: Farmacologia e tossicologia clinica (34%), Statistica sanitaria e biometria (45%) e le specialità di laboratorio, quali Patologia clinica e biochimica clinica (36%) e Microbiologia (17%) (tabella 7.13).

Il tasso di assegnazione passa dall'85% dell'anno 2025/2026 al 90% del 2026/2027. Gli incrementi più rilevanti si registrano per Medicina nucleare, che passa dal 45% all'83% (+38 punti percentuali), Radioterapia dal 35% al 58%, Medicina di comunità e delle cure primarie dal 36% al 56%. Microbiologia e virologia è l'unica specializzazione a registrare una riduzione, dal 20% al 17%.

L'analisi delle preferenze dei primi 1.000 assegnatari evidenzia una forte concentrazione verso alcune discipline: Dermatologia e venereologia (100%), Oftalmologia (51%) e Chirurgia plastica ricostruttiva ed estetica (48%). Al contrario, 12 specializzazioni non hanno ricevuto alcuna preferenza tra i primi 1.000 assegnatari: Audiologia e foniatria, Chirurgia Vascolare, Farmacologia e Tossicologia Clinica, Genetica medica, Medicina di comunità e delle cure primarie, Medicina e Cure Palliative, Medicina termale, Microbiologia e virologia, Patologia Clinica e Biochimica Clinica, Scienza dell'alimentazione, Statistica sanitaria e Biometria, Urologia.

Dall'analisi congiunta dei dati sui medici specialisti attivi e sulle assegnazioni dei contratti di formazione specialistica emerge un dato rilevante: alcune delle specialità meno diffuse sono anche tra quelle meno attrattive per i giovani medici. In particolare, registrano meno di 4 specialisti per 100.000 abitanti Chirurgia toracica, Farmacologia e tossicologia clinica, Medicina di comunità e delle cure primarie, Medicina e cure palliative, Microbiologia e virologia, Patologia clinica e biochimica clinica, Radioterapia. Queste specialità si collocano anche agli ultimi posti per percentuale di assegnazione dei contratti di formazione specialistica, con valori sempre inferiori al 70% (tabella 7.13).

[281] Minerva M. Associazione Liberi Specializzandi (ALS). Specializzazioni mediche, copertura al 90%. Ma quasi la metà dei primi 1.000 candidati sceglie solo tre discipline. Ecco le più e le meno richieste. Quotidiano Sanità, 30 settembre 2026. Disponibile a: www.quotidianosanita.it/studi-e-analisi/specializzazioni-mediche-copertura-al-90-ma-quasi-la-met-dei-primi-1-000-candidati-sceglie-solo-tre-discipline-ecco-le-pi-e-le-meno-richieste/. Ultimo accesso: 30 settembre 2026.

Scuola di Specializzazione	N. di contratti disponibili	N. di contratti assegnati	% assegnazione
Pediatria	822	822	100%
Radiodiagnostica	672	672	100%
Malattie dell'apparato cardiovascolare	588	588	100%
Psichiatria	562	562	100%
Igiene e medicina preventiva	532	532	100%
Ginecologia ed Ostetricia	522	522	100%
Ortopedia e traumatologia	481	481	100%
Medicina fisica e riabilitativa	383	383	100%
Neurologia	334	334	100%
Oncologia medica	301	301	100%
Urologia	275	275	100%
Malattie dell'apparato respiratorio	241	241	100%
Neuropsichiatria infantile	230	230	100%
Oftalmologia	214	214	100%
Endocrinologia e malattie del metabolismo	209	209	100%
Malattie dell'apparato digerente	202	202	100%
Medicina del lavoro	191	191	100%
Otorinolaringoiatria	171	171	100%
Medicina legale	162	162	100%
Neurochirurgia	134	134	100%
Dermatologia e venereologia	131	131	100%
Chirurgia Vascolare	115	115	100%
Reumatologia	114	114	100%
Chirurgia plastica ricostruttiva ed estetica	100	100	100%
Medicina dello sport e dell'esercizio fisico	83	83	100%
Allergologia ed immunologia clinica	78	78	100%
Scienza dell'alimentazione	66	66	100%
Chirurgia pediatrica	60	60	100%
Chirurgia maxillo facciale	56	56	100%
Audiologia e foniatria	36	36	100%
Medicina termale	8	8	100%
Cardiochirurgia	105	102	97%
Genetica medica	73	70	96%
Medicina interna	822	769	94%
Geriatria	358	327	91%
Anestesia Rianimazione Terapia Intensiva e del dolore	1449	1297	90%
Ematologia	216	193	89%
Medicina nucleare	83	69	83%
Anatomia patologica	172	142	83%
Malattie Infettive e Tropicali	236	191	81%
Chirurgia Generale	646	487	75%
Nefrologia	342	246	72%
Medicina d'emergenza urgenza	985	649	66%
Chirurgia Toracica	81	53	65%
Medicina e Cure Palliative	165	100	61%
Radioterapia	149	86	58%
Medicina di comunità e delle cure primarie	130	73	56%
Statistica sanitaria e Biometria	51	23	45%
Patologia Clinica e Biochimica Clinica	268	96	36%
Farmacologia e Tossicologia Clinica	116	39	34%
Microbiologia e virologia	111	19	17%
TOTALE	**14.631**	**13.104**	**90%**

Tabella 7.13. Contratti di Scuola di Specializzazione Medica assegnati al 30 settembre 2026
(dati Associazione Liberi Specializzandi)

7.5. Medici di Medicina Generale

Ogni persona iscritta al SSN ha diritto a un medico di medicina generale (MMG) – c.d. medico di famiglia – tramite il quale può accedere a tutti i servizi e alle 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 ed è riconducibile a diversi fattori concomitanti: inadeguata programmazione del fabbisogno, pensionamenti anticipati e ridotta attrattività della professione. Questi fattori determinano un carico eccessivo di assistiti per singolo medico e una progressiva desertificazione delle aree disagiate. In molti contesti diventa così difficile, se non impossibile, trovare un MMG nei pressi del proprio domicilio, con rilevanti disagi per i cittadini e potenziali rischi per la salute. Per meglio comprendere le cause del fenomeno e stimarne le dimensioni, 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 a livello regionale. Le analisi hanno incontrato due principali ostacoli. Innanzitutto, i 21 differenti Accordi Integrativi Regionali introducono un'ampia variabilità nel massimale di assistiti per MMG, con conseguente rischio di sovra- 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.

7.5.1. Criticità

Massimale di assistiti. L'ACN fissa a 1.500 il numero massimo di assistiti per MMG, con la possibilità di aumentarlo fino a 1.800 in casi particolari e, tramite deroghe locali, anche oltre (es. fino a 2.000 nella Provincia autonoma di Bolzano). Ulteriori deroghe sono previste in presenza di cittadini senza MMG o per iscrizioni temporanee (es. cittadini extracomunitari senza permesso di soggiorno, non residenti). Parallelamente, alcune condizioni possono ridurre il numero di assistiti per MMG: la scelta volontaria di limitare il numero di pazienti, lo svolgimento di incarichi in altri servizi (es. continuità assistenziale), il periodo di avvio dell'attività professionale e l'esercizio della professione in zone disagiate.

Quadro demografico. Negli ultimi quarant'anni la quota di residenti di età ≥65 anni è quasi raddoppiata: dal 12,9% (7,29 milioni) nel 1985 al 24,7% (14,58 milioni) nel 2025. Ancora più marcato l'aumento degli over 80, la cui prevalenza è più che triplicata: dal 2,5% (1,4 milioni) nel 1985 al 7,8% (4,58 milioni) nel 2025. Le previsioni ISTAT confermano questa tendenza: nel 2035 gli over 65 rappresenteranno il 30% della popolazione (17,36 milioni) e gli over 80 il 9,3% (5,39 milioni); nel 2055 saliranno rispettivamente al 34,5% (18,34 milioni) e al 15% (7,98 milioni)[282] (figura 7.14).

[282] Istituto Nazionale di Statistica. Demografia in cifre. Disponibile a: https://demo.istat.it. Ultimo accesso: 30 settembre 2026.

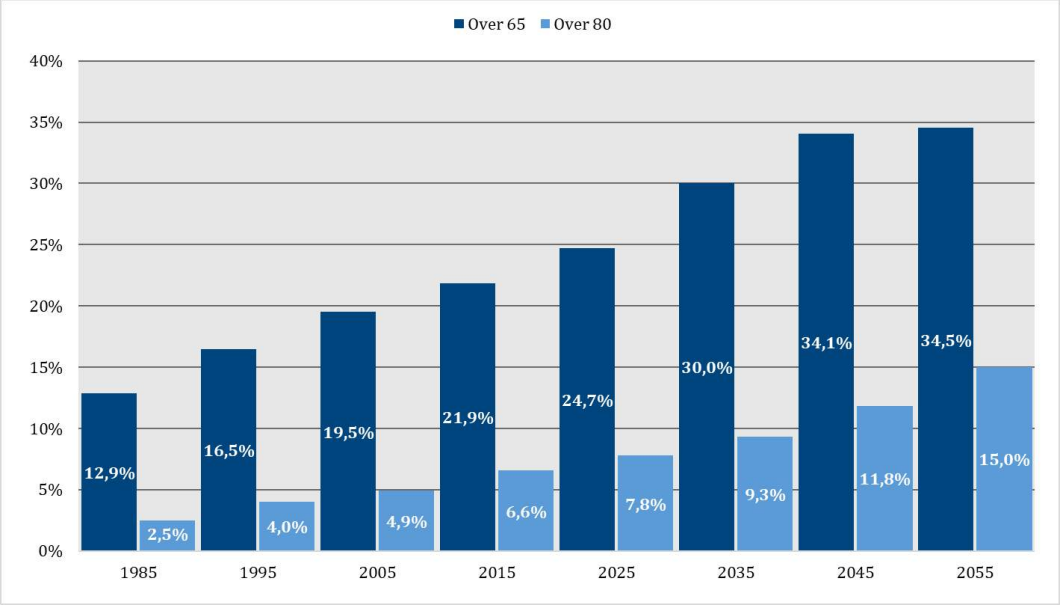


Figura 7.14. Over 65 e over 80 sul totale della popolazione
(dati ISTAT)

Inoltre, i dati ISTAT sullo stato di salute della popolazione[283] documentano che nel 2025 11,2 milioni di over 65 (75,6%) erano affetti da almeno una malattia cronica, di cui 8 milioni (53,9%) con due o più cronicità. L'invecchiamento della popolazione e l'aumento delle malattie croniche determinano bisogni assistenziali molto più complessi rispetto al passato. Di conseguenza, un massimale di 1.500 assistiti per MMG, adeguato al quadro demografico sino agli anni Novanta, oggi riduce il tempo da dedicare ai pazienti, aumenta i carichi di lavoro e genera inevitabili ripercussioni su accessibilità e qualità dell'assistenza.

Ambiti territoriali carenti. L'ACN sottoscritto nel gennaio 2026 ha confermato l'innalzamento del rapporto ottimale già definito nel 2024, passando da un MMG ogni 1.000 residenti a uno ogni 1.200. Questo parametro viene utilizzato per individuare le cosiddette "zone carenti", ovvero le aree in cui il numero di MMG è insufficiente rispetto al fabbisogno della popolazione. La modifica rappresenta di fatto un espediente che sottostima sulla carta la carenza di medici di famiglia: aumentando il rapporto ottimale, cresce infatti il numero di cittadini che devono restare senza medico affinché un territorio venga formalmente riconosciuto come "zona carente" e possa quindi essere attivato un bando.

Pensionamenti. Secondo i dati forniti dalla Federazione Italiana dei Medici di Medicina Generale (FIMMG), tra il 2025 e il 2028 ben 8.180 MMG hanno raggiunto o raggiungeranno il limite di età per il pensionamento, fissato a 70 anni salvo deroghe. Il numero di pensionamenti varia in maniera significativa tra le Regioni: dai 10 della Valle d'Aosta ai 1.147 della Campania (figura 7.15).

[283] Istituto Nazionale di Statistica. 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/IT1,83_63_DF_DCCV_AVQ_PERSONE_205,1.0. Ultimo accesso: 30 settembre 2026.

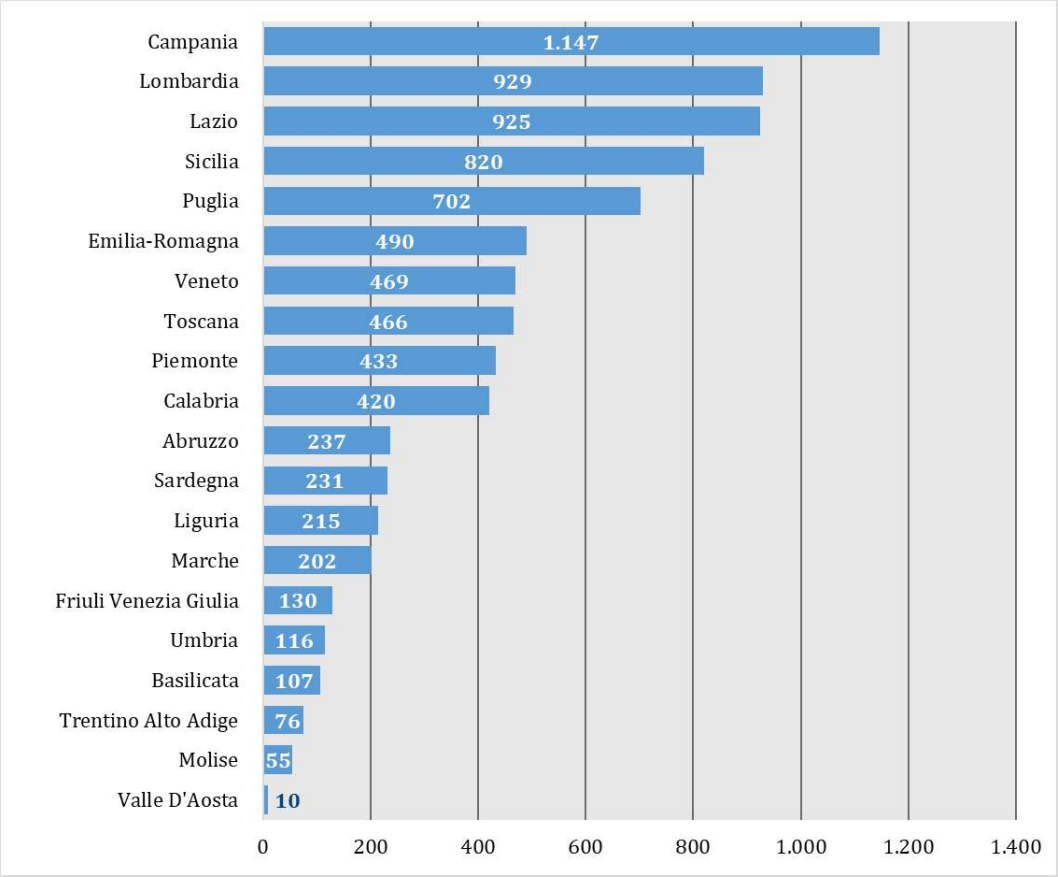


Figura 7.15. MMG che entro il 2028 raggiungeranno l'età di pensionamento di 70 anni
(dati FIMMG)

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, largamente insufficiente a compensare i pensionamenti attesi. Successivamente il numero è aumentato sino a 4.362 borse nel 2021, grazie alla sovrapposizione di due finanziamenti straordinari: 3.277 borse stanziate dal DL Calabria (2019-2022) e 2.700 finanziate con fondi PNRR (2021-2023). Dal 2022 il numero di borse ha ripreso a diminuire, stabilizzandosi intorno a 2.600 nel 2023 e nel 2024, per poi scendere a 2.228 nel 2025, con una riduzione di 395 borse (-15,1%) (figura 7.16).

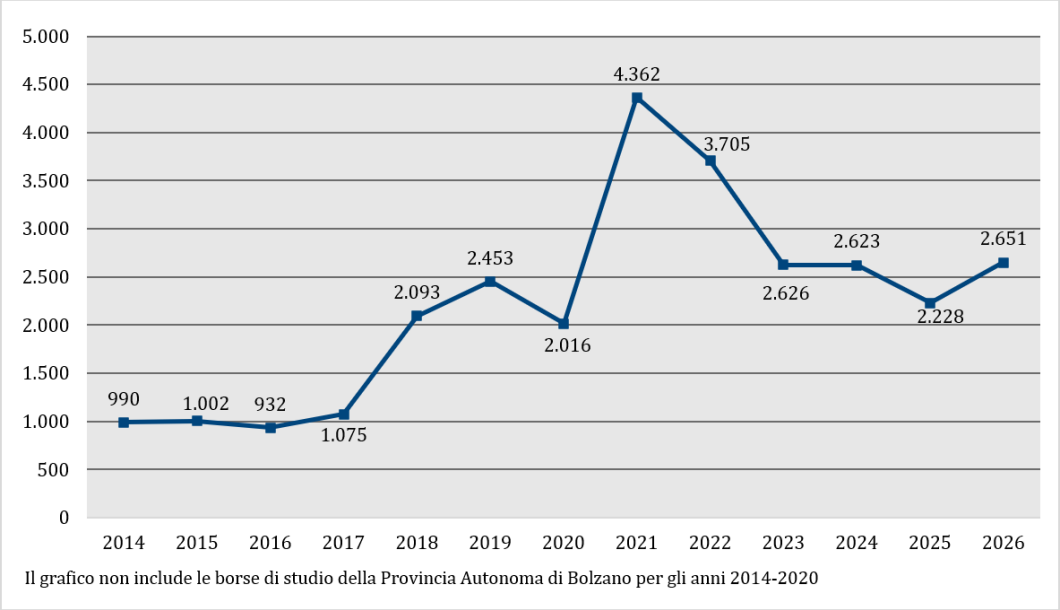


Figura 7.16. Numero di borse di studio finanziate per il Corso di Formazione Specifica in Medicina Generale
(dati Agenas, MUR)

I dati relativi al concorso per il triennio 2026-2029 mostrano una netta inversione di tendenza a livello nazionale: secondo la FIMMG, a fronte di 2.651 posti disponibili sono state presentate 5.965 domande, più del doppio rispetto ai posti. Il dato complessivo nasconde però rilevanti differenze territoriali: nella Provincia autonoma di Bolzano sono state presentate solo 13 domande per 30 posti e in Piemonte 288 per 300 posti, mentre in Valle d'Aosta il numero delle domande coincide con quello dei posti disponibili. In numerose altre Regioni, al contrario, le domande superano ampiamente i posti disponibili (tabella 7.14).

Regione	Differenza	Differenza %
Prov. Aut. di Bolzano	-17	-57%
Piemonte	-12	-4%
Valle d'Aosta	0	0%
Prov. Aut. di Trento	+8	+20%
Basilicata	+11	+30%
Lombardia	+161	+33%
Marche	+34	+35%
Toscana	+157	+79%
Friuli Venezia Giulia	+40	+100%
Puglia	+158	+107%
Veneto	+209	+109%
Liguria	+75	+115%
Sardegna	+80	+133%
Umbria	+54	+180%
Lazio	+400	+200%
Sicilia	+388	+211%
Molise	+27	+225%
Emilia-Romagna	+440	+238%
Abruzzo	+101	+246%
Calabria	+160	+267%
Campania	+840	+350%
ITALIA	**+3.314**	**+125%**

Tabella 7.14. Corso di Formazione Specifica in Medicina Generale 2026-2029: n° di partecipanti al bando vs n° di borse finanziate
(dati FIMMG)

Secondo la FIMMG, il forte incremento delle domande a livello nazionale deve comunque essere interpretato con cautela, perché potrebbe essere stato favorito sia dall'aumento del numero di laureati sia dalla sovrapposizione temporale con il concorso per le Scuole di Specializzazione. La Federazione ha quindi ribadito la necessità di rendere maggiormente attrattiva la medicina generale, garantendo ai giovani medici certezze professionali e un adeguato riconoscimento del ruolo nel SSN[284,285]. Sul versante degli squilibri territoriali, FIMMG Formazione aveva già proposto di riallocare le risorse destinate alle borse rimaste non assegnate, prevedendo anche la possibilità di compensazioni tra Regioni[286].

[284] Federazione Italiana Medici di Medicina Generale - FIMMG. Corso di formazione specifica in medicina generale: 5.965 domande per 2.651 posti. Comunicato stampa. Roma, 31 luglio 2026. Disponibile a: https://old.fimmg.org/it/Comunicati_Stampa/art/6345-corso-di-formazione-specifica-in-medicina-generale-5-965-domande-per-2-651-posti/. Ultimo accesso: 30 settembre 2026.

[285] Federazione Italiana Medici di Medicina Generale (FIMMG). Medici di famiglia, boom di domande. Comunicato stampa. Roma, 3 agosto 2026. Disponibile a: https://old.fimmg.org/it/News/art/6346-medici-di-famiglia-boom-di-domande/. Ultimo accesso: 30 settembre 2026.

[286] FIMMG Formazione. Alla mancata assegnazione delle borse si aggiunge il problema delle regioni con più candidati che posti. Comunicato stampa. Roma, 23 ottobre 2024. Disponibile a: www.fimmg.org/it/News/art/5793/. Ultimo accesso: 30 settembre 2026.

7.5.2. Stima della carenza di MMG

Gap 2019-2024. I dati SISAC documentano una progressiva riduzione del numero di MMG tra il 2019 e il 2024 in tutte le Regioni, con l'unica eccezione della Provincia autonoma di Bolzano (+2,4%). Complessivamente, nell'arco di sei anni, il numero di MMG in Italia è diminuito di 5.197 unità (-12,4%), passando da 42.009 a 36.812. Le differenze regionali sono molto marcate: il calo maggiore si registra in Sardegna (-40,3%), quello più contenuto nella Provincia autonoma di Trento (-1,5%) (figura 7.17).

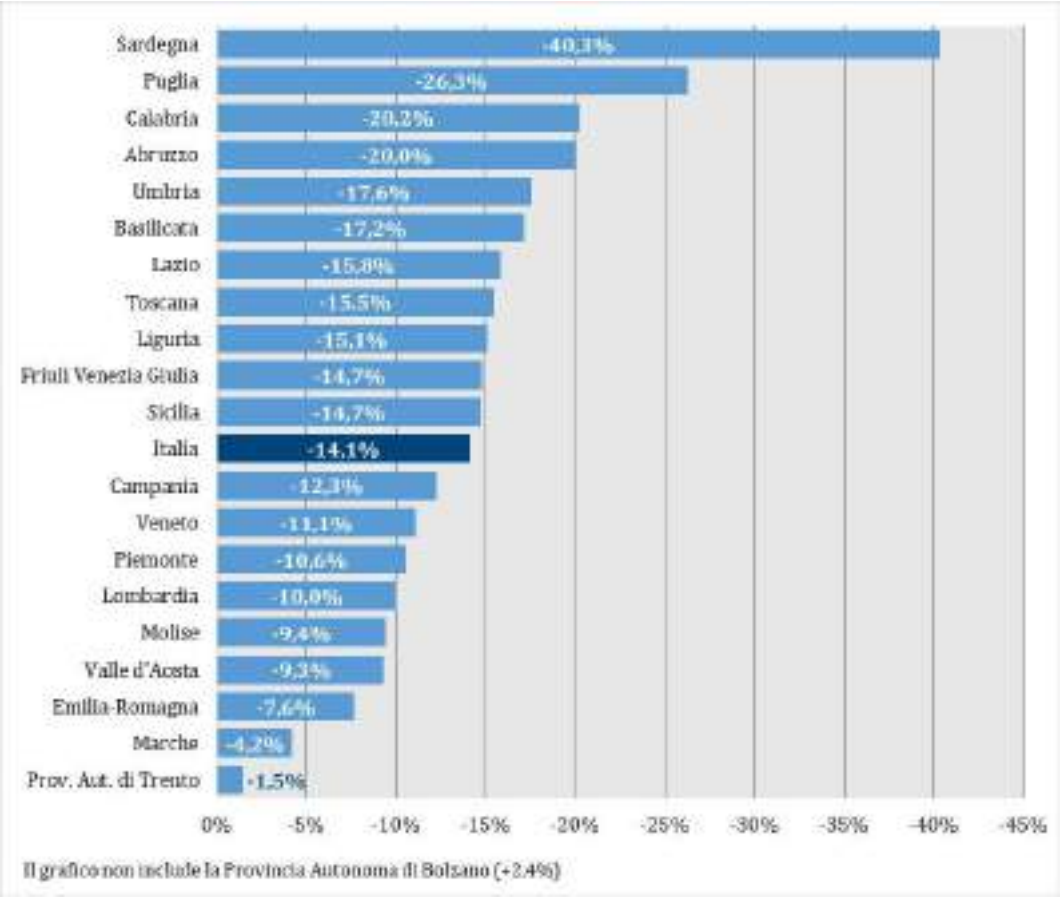


Figura 7.17. Riduzione percentuale del numero di MMG: 2024 vs 2019
(elaborazione GIMBE su dati SISAC)

Numero di assistiti per MMG. Secondo i dati SISAC, al 1° gennaio 2025 i 36.812 MMG avevano in carico oltre 50,9 milioni di assistiti, con una media di 1.383 assistiti per medico e marcate differenze regionali: dai 1.153 del Molise ai 1.533 della Lombardia (figura 7.18).

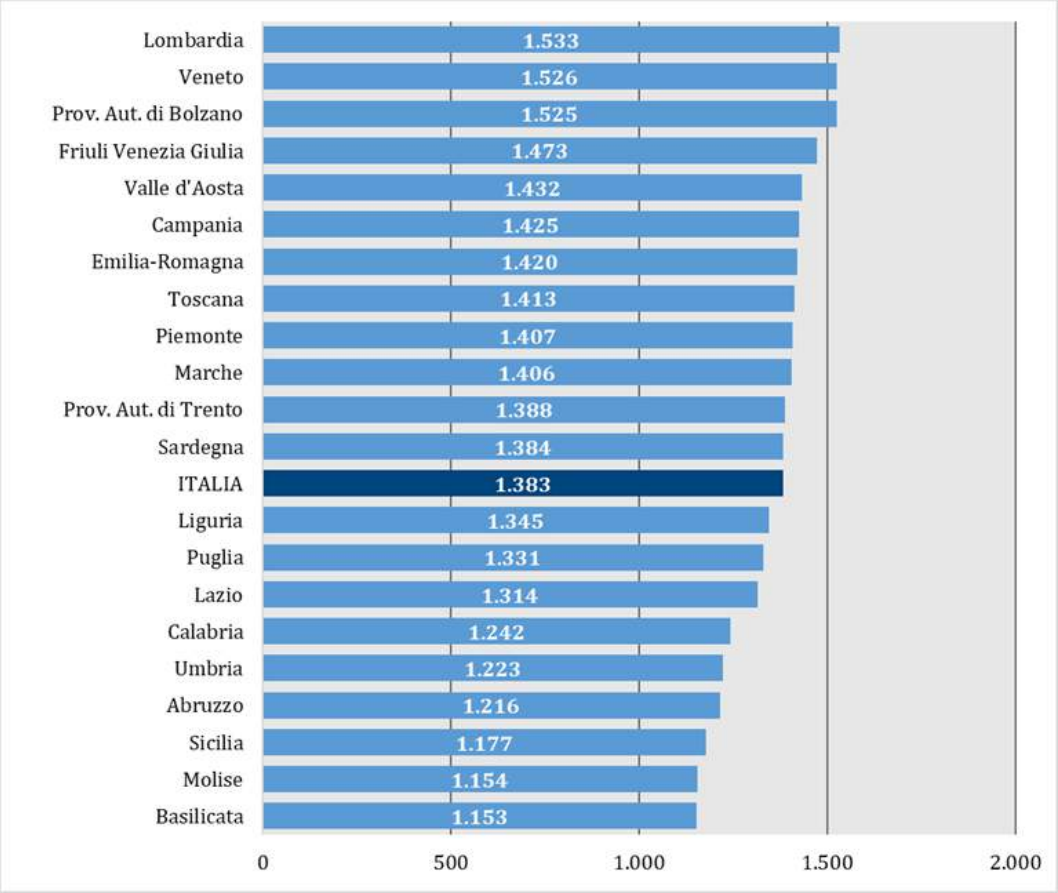
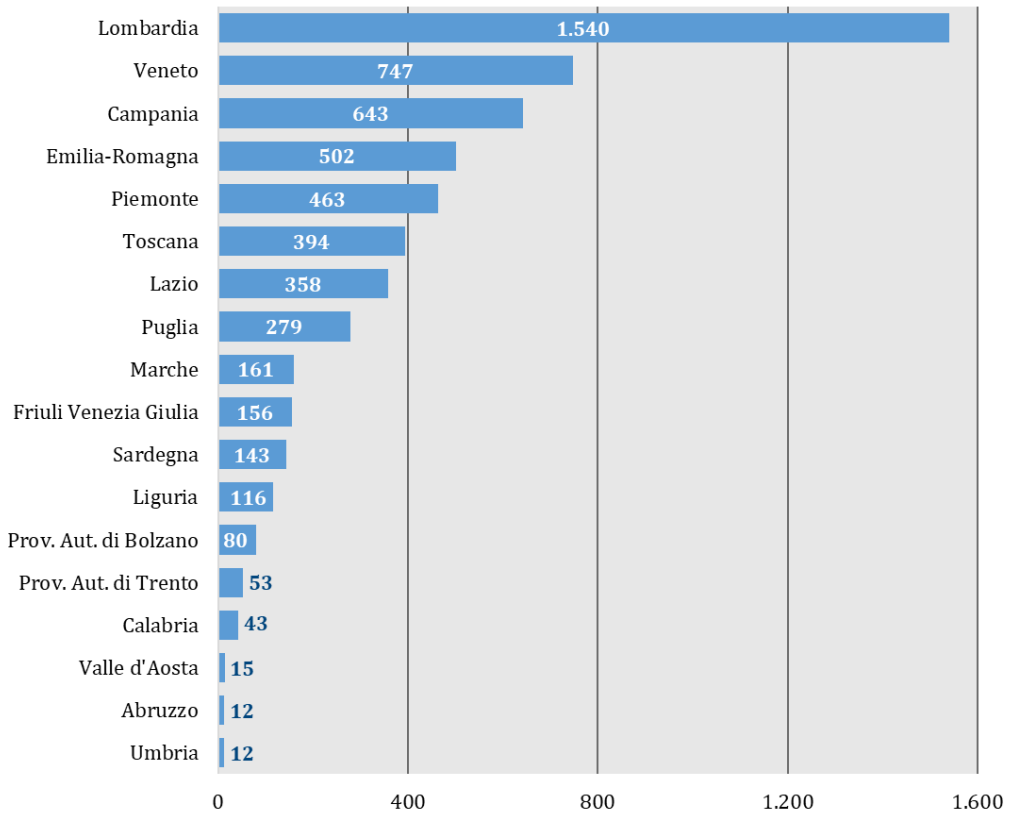


Figura 7.18. Numero medio di assistiti per MMG al 1° gennaio 2025
(elaborazione GIMBE su dati SISAC)

Tuttavia, il quadro reale è verosimilmente ancora più critico di quanto suggeriscano questi numeri. Con livelli di saturazione così elevati, infatti, si riduce la possibilità di esercitare il principio della libera scelta e diventa sempre più difficile trovare un MMG disponibile vicino al proprio domicilio. Una criticità che non riguarda più soltanto le aree a bassa densità abitativa, come le zone montane e rurali dove i bandi vanno spesso deserti, ma interessa ormai anche molte grandi città.

Stima della carenza di MMG al 1° gennaio 2025. Per garantire una distribuzione omogenea e capillare dei medici di famiglia, tenendo conto della densità abitativa, della prossimità degli ambulatori e dell'esercizio della libera scelta, la Fondazione GIMBE ha assunto come riferimento il rapporto ottimale di 1 MMG ogni 1.200 assistiti. Sulla base dei dati SISAC al 1° gennaio 2025, la carenza complessiva è stimata in 5.716 MMG, distribuiti in 18 Regioni e Province autonome. Stima richiamata dalla Conferenza delle Regioni e delle Province autonome nell'ambito delle proprie valutazioni sulla medicina generale[287]. Le situazioni più critiche si registrano in quasi tutte le grandi Regioni: Lombardia (-1.540), Veneto (-747), Campania (-643), Emilia-Romagna (-502), Piemonte (-463), Toscana (-394) e Lazio (-358). Non si rilevano invece carenze in Basilicata, Molise e Sicilia (figura 7.19).

[287] Conferenza delle Regioni e delle Province autonome. Documento delle Regioni e delle Province autonome per l'indagine conoscitiva sull'attuazione dei Livelli essenziali di assistenza e sull'erogazione delle prestazioni sanitarie nelle Regioni. Roma, 23 luglio 2026. Disponibile a: www.regioni.it/download/news/664723. Ultimo accesso: 30 settembre 2026.



Il grafico esclude Basilicata, Molise e Sicilia che hanno una media di assistiti per MMG inferiore a 1.200 e pertanto non registrano carenze di MMG al 1° gennaio 2025

Figura 7.19. Stima del numero di MMG mancanti al 1° gennaio 2025
(elaborazione GIMBE su dati SISAC)

Considerato che le stime sono calcolate sulla media regionale, non si può tuttavia escludere che, anche nelle Regioni in cui non emerge una carenza di MMG, vi siano ambiti territoriali o singole aree prive di MMG.

Ricambio generazionale al 2028. Anche nell'ipotesi che tutti i MMG andassero in pensione a 70 anni e tutte le borse di studio finanziate tra il 2022 e il 2025 fossero assegnate e portate a termine, le nuove leve non riuscirebbero comunque a compensare i pensionamenti attesi entro il 2028 e le carenze stimate al 1° gennaio 2025, con un gap di oltre 2.700 MMG. Trattandosi dello scenario più ottimistico, è verosimile che nel 2028 il divario sia ancora più ampio. Da un lato, infatti, sempre più MMG scelgono di ritirarsi prima dei 70 anni; dall'altro il numero di medici che completa il percorso formativo è inferiore a quello delle borse finanziate, perché non tutte vengono assegnate e almeno il 20% degli iscritti abbandona il corso.

Negli ultimi anni per fronteggiare la carenza di MMG, Governo e Regioni hanno adottato diverse misure di carattere temporaneo: innalzamento dell'età pensionabile fino a 72 anni, deroghe al massimale di assistiti, possibilità, per gli iscritti al Corso di Formazione in Medicina Generale, di acquisire fino a 1.000 assistiti. Misure che contribuiscono a garantire nell'immediato la continuità dell'assistenza, ma non affrontano le cause strutturali della crisi della medicina generale. Il dibattito sul suo futuro, a lungo polarizzato sulla contrapposizione tra dipendenza e convenzione, si è progressivamente orientato verso il mantenimento del rapporto convenzionale, accompagnato da una maggiore integrazione dei MMG nell'organizzazione dell'assistenza territoriale.

In questa direzione, l'ACN 2022-2024 e il successivo ACN "stralcio", approvato il 23 giugno 2026, hanno definito un quadro più strutturato per l'integrazione dei medici convenzionati nelle Case della Comunità, disciplinandone la partecipazione al nuovo modello dell'assistenza territoriale. Parallelamente, il DdL delega sulle professioni sanitarie prevede la ridefinizione del percorso formativo della medicina generale attraverso la trasformazione del corso regionale di formazione in scuola di specializzazione. Resta inoltre aperto il più ampio percorso legislativo di riordino dell'assistenza territoriale e ospedaliera, destinato a rendere strutturale il modello organizzativo sviluppato con il PNRR.

Questi interventi segnano un avanzamento rispetto agli anni precedenti, ma non configurano ancora una riforma organica della medicina generale. La priorità non è infatti soltanto definire la natura del rapporto di lavoro, ma ripensare complessivamente il ruolo del medico di famiglia: dalla formazione all'organizzazione del lavoro, dall'integrazione multiprofessionale alla continuità con l'intera rete dei servizi territoriali e ospedalieri. Sul versante del ricambio generazionale, i dati più recenti mostrano tuttavia un cambiamento rilevante: se negli anni precedenti il problema principale era rappresentato dall'insufficiente numero di candidati rispetto alle borse disponibili, per il triennio formativo 2026-2029 si registra una ripresa delle domande, seppure con rilevanti differenze regionali. Questo segnale positivo non consente tuttavia di considerare superata la crisi di attrattività della medicina generale: il numero di candidati non coincide con quello dei medici che inizieranno e completeranno il percorso formativo e permangono forti squilibri territoriali. Tenendo conto di queste dinamiche, al 2028 le nuove leve non saranno comunque sufficienti a compensare le carenze attuali e i pensionamenti attesi. Nel frattempo, cresce il numero di persone senza medico di famiglia, con conseguenze sull'accesso al SSN e sulla continuità dell'assistenza, soprattutto per anziani e persone fragili.

7.6. Pediatri di Libera Scelta

Il pediatra di libera scelta (PLS) – c.d. pediatra di famiglia – è il medico responsabile della tutela della salute di bambini e ragazzi tra 0 e 13 anni. Sin dalla nascita, a ciascun bambino deve essere assegnato un PLS, condizione indispensabile per accedere ai servizi e alle prestazioni inclusi nei LEA e garantiti dal SSN[288]. Oggi la carenza dei PLS riguarda l'intero territorio nazionale, con situazioni caratterizzate da criticità burocratiche e organizzative delle ASL, da pediatri con un numero molto elevato di assistiti e, in molti casi, dall'impossibilità per le famiglie di iscrivere i propri figli a un PLS, con potenziali rischi per la salute, in particolare dei bambini più piccoli e 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 a livello regionale. È tuttavia necessario chiarire due aspetti. In primo luogo, le stime delle carenze sono state elaborate su base regionale, perché la reale necessità di PLS viene definita dalle ASL in relazione agli ambiti territoriali carenti. In secondo luogo, le stime sul ricambio generazionale sono rese incerte dalla difficoltà di prevedere quanti nuovi specialisti in pediatria sceglieranno effettivamente di esercitare come PLS.

[288] Ministero della Salute. Assistenza sanitaria distrettuale. Disponibile a: www.salute.gov.it/new/it/tema/statistiche-sanitarie/assistenza-sanitaria-distrettuale/. Ultimo accesso: 30 settembre 2026.

7.6.1. Criticità

Fasce di età. Sino al compimento del 6° anno di età, i bambini devono essere obbligatoriamente assistiti da un PLS; tra i 6 e i 13 anni compresi i genitori possono invece scegliere tra il PLS e il medico di medicina generale (MMG). Al compimento del 14° anno, l'assistenza del PLS termina automaticamente, salvo proroghe fino ai 16 anni in caso di patologie croniche o disabilità documentate. Secondo i dati ISTAT, al 1° gennaio 2025 i bambini nella fascia 0-5 anni, per i quali l'iscrizione al PLS è obbligatoria, erano oltre 2,4 milioni. Superavano invece i 4 milioni i minori tra 6 e 13 anni, che potrebbero essere seguiti dal PLS o dal MMG, in base alle preferenze dei genitori e alla disponibilità locale di professionisti.

Quadro demografico. Il progressivo calo delle nascite sta modificando in modo significativo la platea degli assistiti dei PLS. I dati ISTAT documentano infatti una costante riduzione del numero di bambini di 0-5 anni, fascia per la quale l'iscrizione al PLS è obbligatoria: tra il 1° gennaio 2019 e il 1° gennaio 2025 si registrano circa 420 mila assistiti in meno per i PLS (figura 7.20). La riduzione della popolazione 0-5 anni ha determinato, su scala nazionale, una contrazione del fabbisogno teorico di PLS di circa 500 unità nel periodo considerato. Tuttavia, il calo demografico non si traduce immediatamente in una riduzione proporzionale del carico assistenziale. Nel 2024 si sono registrati in Italia 370.444 nuovi nati, mentre 566.971 adolescenti hanno compiuto 14 anni. Considerato che l'82,9% dei bambini e ragazzi tra 6 e 13 anni risulta ancora iscritto ai PLS, si stima che nel 2024 oltre 470 mila assistiti siano transitati dai pediatri ai medici di medicina generale. A fronte di circa 370 mila nuovi nati iscritti ai PLS, il saldo 2024 per la pediatria di libera scelta è quindi negativo per circa 100 mila assistiti.

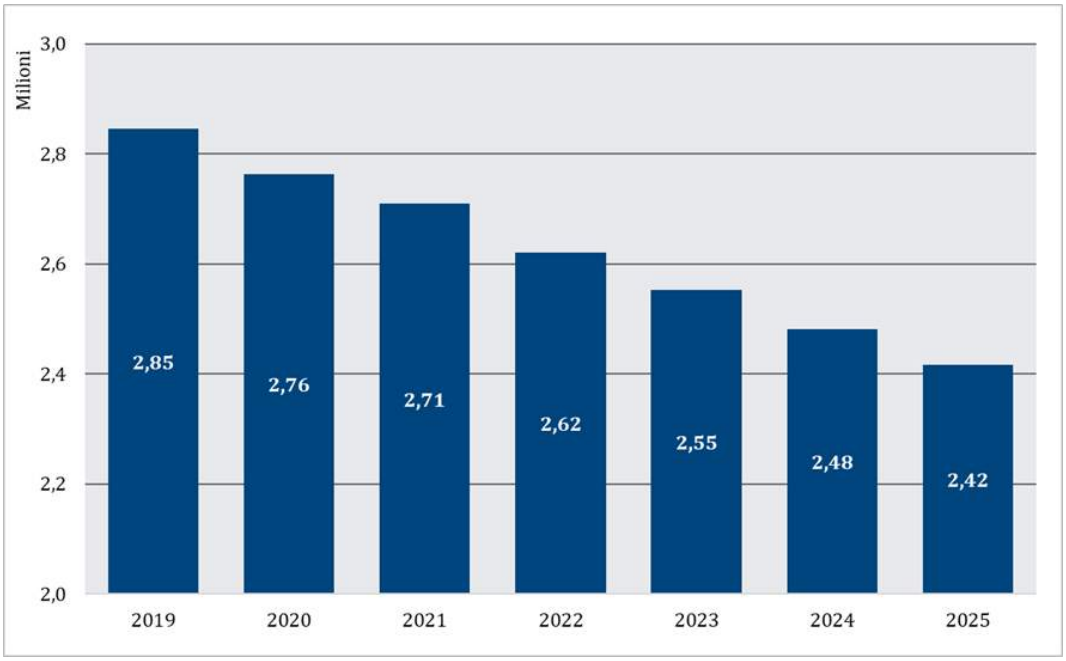


Figura 7.20. Popolazione residente in Italia fascia 0-5 anni
(elaborazione GIMBE su dati ISTAT)

Massimale di assistiti. L'ultimo Accordo Collettivo Nazionale (ACN), in vigore dal 18 marzo 2026, ha confermato il limite massimo di 1.000 assistiti per ciascun PLS già stabilito dal precedente accordo. Le deroghe sono consentite solo temporaneamente e in presenza di particolari criticità organizzative o carenze territoriali. Oltre i 1.000 assistiti, l'unica eccezione

ammessa riguarda l'iscrizione dei fratelli di bambini già in carico allo stesso pediatra. Il vero nodo, tuttavia, è che con la grave carenza di oltre 5.700 MMG (§ 7.5.2) molti ragazzi che escono dall'assistenza pediatrica al compimento dei 14 anni rischiano di non trovare un MMG disponibile. Di conseguenza, le deroghe ai massimali diventano sempre più frequenti, alimentando un circolo vizioso che aumenta il sovraccarico dei PLS e riduce la qualità e l'accessibilità dell'assistenza pediatrica.

Ambiti territoriali carenti. L'inserimento di nuovi pediatri nel SSN avviene dopo che la Regione, o un soggetto da essa individuato, ha identificato gli ambiti territoriali carenti, ovvero le aree in cui è necessario rafforzare l'assistenza pediatrica e garantire una presenza più capillare degli studi dei PLS. Secondo l'ultimo ACN, il fabbisogno viene calcolato sulla base del rapporto ottimale di 1 PLS ogni 850 bambini, o frazione superiore a 450. Nel calcolo si considera la popolazione residente di età inferiore a 14 anni, sottraendo i bambini tra 6 e 13 anni già iscritti a un MMG. In assenza di accordi integrativi regionali, si assume che il 70% della popolazione tra 6 e 13 anni possa essere assistita dai PLS. Con il nuovo ACN, il fabbisogno di PLS viene stimato in modo più aderente alla realtà assistenziale, perché considera anche i bambini tra 6 e 13 anni effettivamente seguiti dai pediatri, in precedenza esclusi dal computo. Questo consente di programmare il numero dei PLS sulla base degli assistiti effettivamente in carico e non della sola popolazione 0-5 anni.

Pensionamenti. Secondo i dati 2025 forniti dalla Federazione Italiana dei Medici Pediatri (FIMP), tra il 2025 e il 2029 raggiungeranno il limite di età per il pensionamento, fissato a 70 anni salvo deroghe, 1.547 PLS: dai 218 PLS della Campania ai 2 PLS in Valle d'Aosta (figura 7.21).

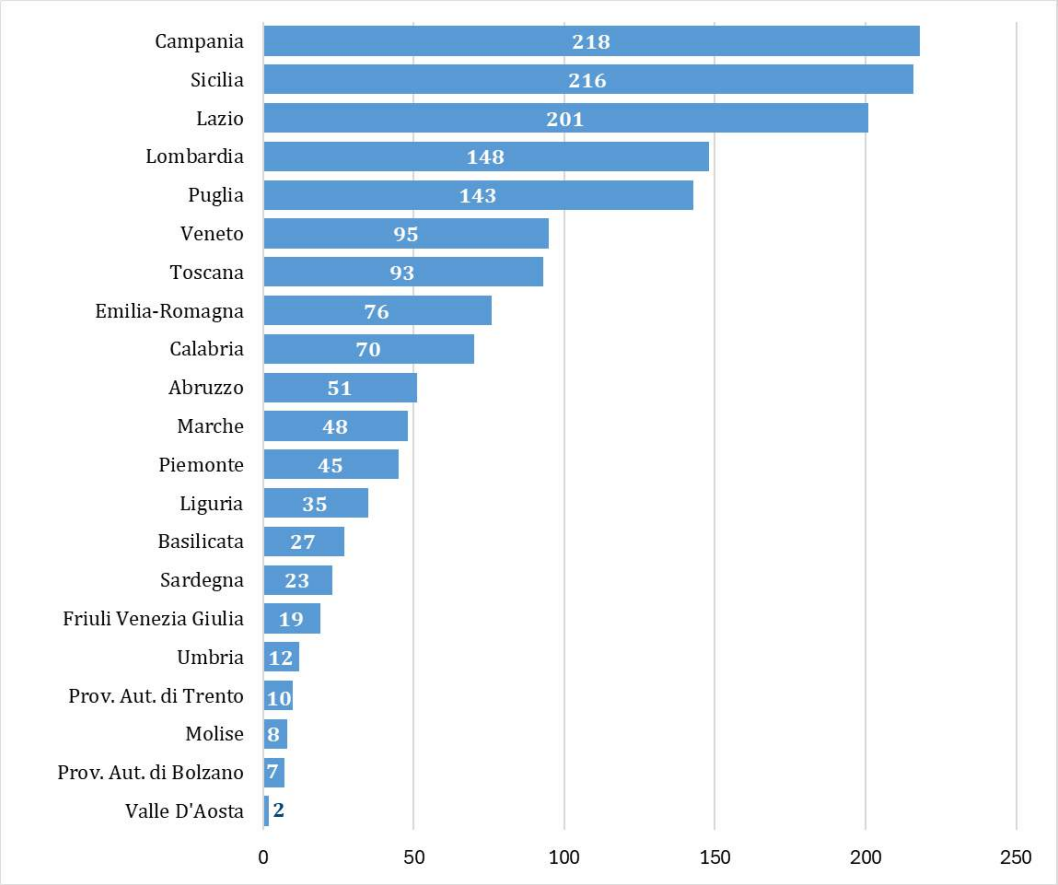


Figura 7.21. PLS che entro il 2029 raggiungono l'età di pensionamento di 70 anni
(dati FIMP)

Nuovi PLS. Il numero di borse di studio per le Scuole di Specializzazione in Pediatria, rimasto stabile per circa un decennio, è aumentato in maniera significativa negli ultimi anni: dalle 496 borse dell'anno accademico 2017/2018 alle 854 del 2024/2025, con un picco di 973 nell'anno accademico 2020/2021. Tuttavia, non è possibile prevedere quanti specialisti in pediatria sceglieranno di esercitare come PLS anziché intraprendere la carriera ospedaliera. Di conseguenza, non è possibile stabilire se le nuove leve saranno sufficienti a garantire un adeguato ricambio generazionale, omogeneo tra le Regioni, né a colmare le carenze già esistenti (figura 7.22).

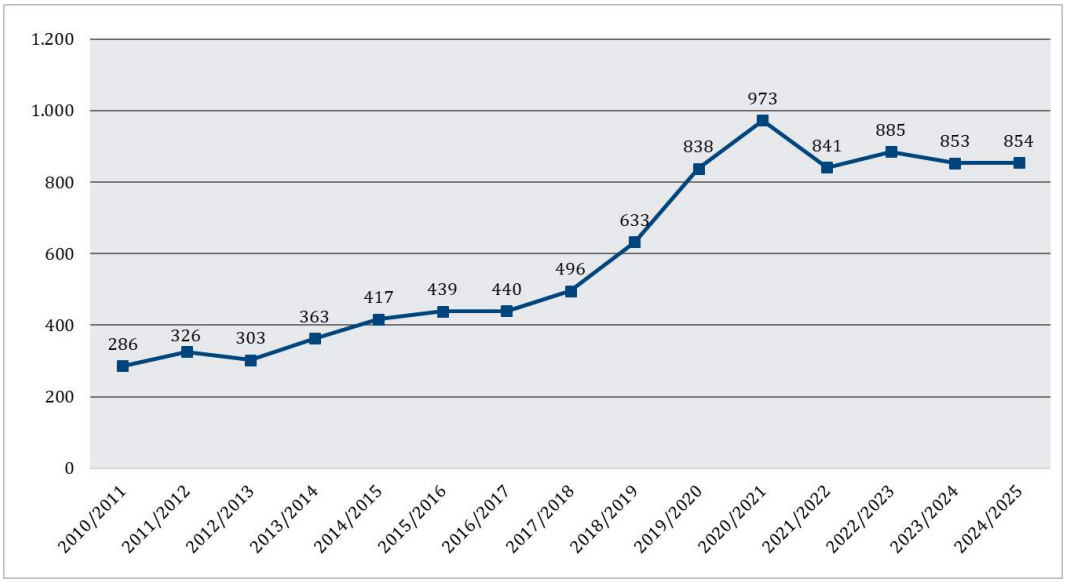


Figura 7.22. Numero di borse di studio ministeriali per le Scuole di Specializzazione in Pediatria (dati MUR)

7.6.2. Stima della carenza di PLS

Numero di assistiti per PLS. Le rilevazioni SISAC[289] indicano che al 1° gennaio 2025 erano attivi 6.284 PLS, con quasi 5,8 milioni di assistiti: il 41,9% nella fascia 0-5 anni (2,42 milioni) e il 58,1% nella fascia 6-13 anni (3,35 milioni). Complessivamente, l'82,9% della popolazione di età compresa tra 6 e 13 anni risulta seguita da un PLS, con marcate differenze regionali: dal 94% della Toscana al 56,3% della Sardegna (figura 7.23).

[289] Struttura Interregionale Sanitari Convenzionati - SISAC. Medicina Convenzionata - Assistenza sanitaria convenzionata. Disponibile a: www.sisac.info/ActionPagina_296.do. Ultimo accesso: 30 settembre 2026.

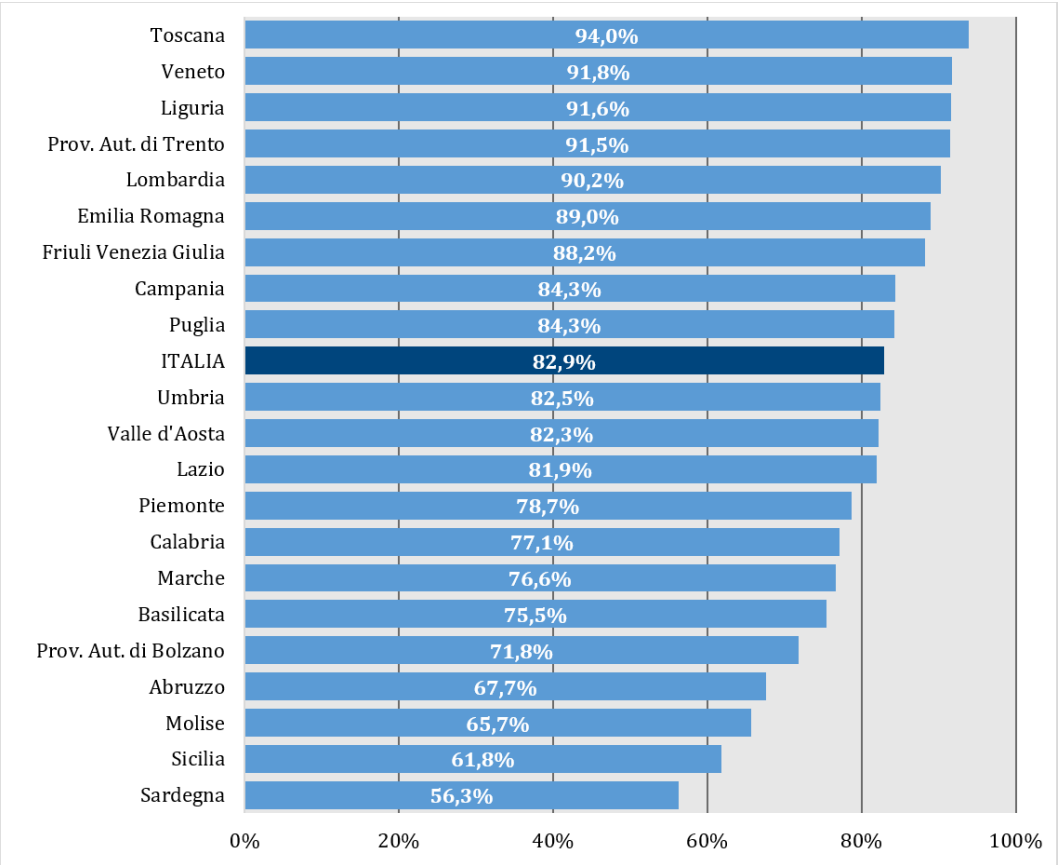


Figura 7.23. Percentuale della popolazione 6-13 anni in carico ai PLS
(dati SISAC al 1° gennaio 2025)

In termini assoluti, la media nazionale è di 917 assistiti per PLS. Superano il massimale di 1.000 assistiti il Piemonte (1.126), la Provincia autonoma di Bolzano (1.114) e il Veneto (1.018). Con questi livelli di saturazione il principio della libera scelta rischia di rimanere solo sulla carta: in molte aree del Paese trovare un pediatra disponibile sta diventando sempre più difficile, se non impossibile. E il problema non riguarda più soltanto le zone montane o periferiche, ma anche molte grandi città. La realtà assistenziale può pertanto essere molto più critica di quanto suggeriscano le medie regionali (figura 7.24).

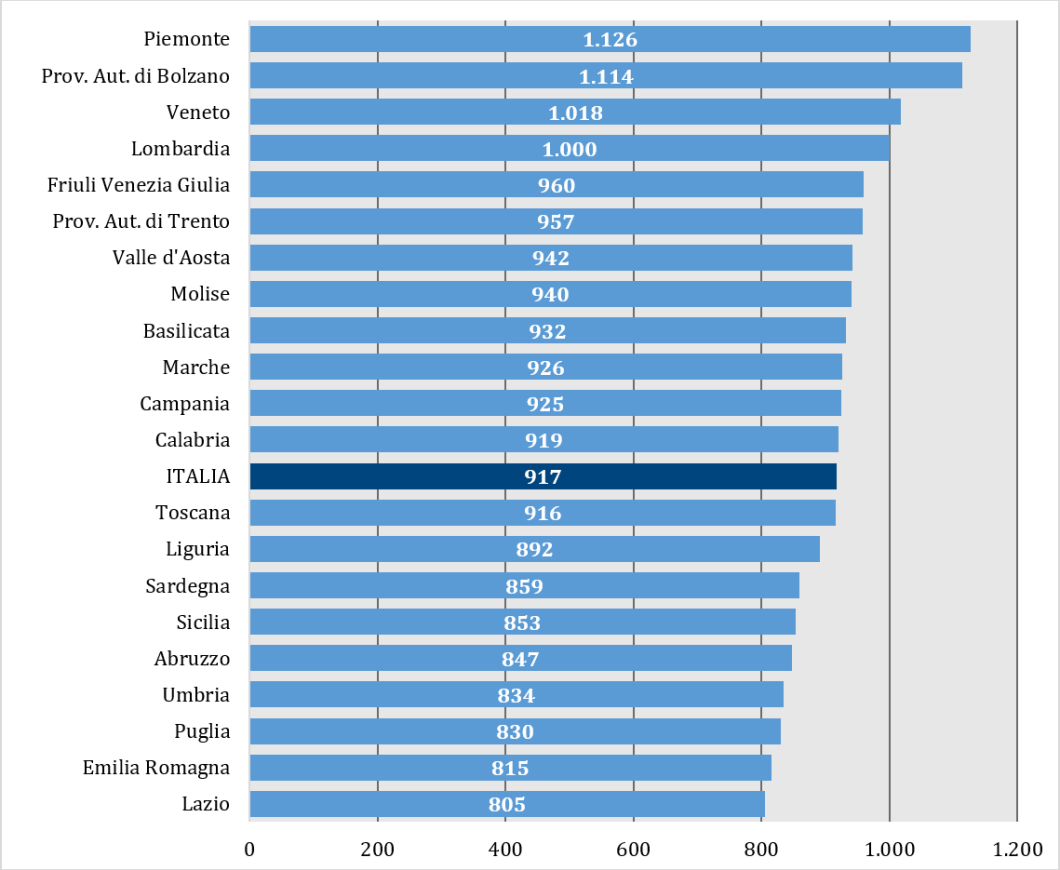
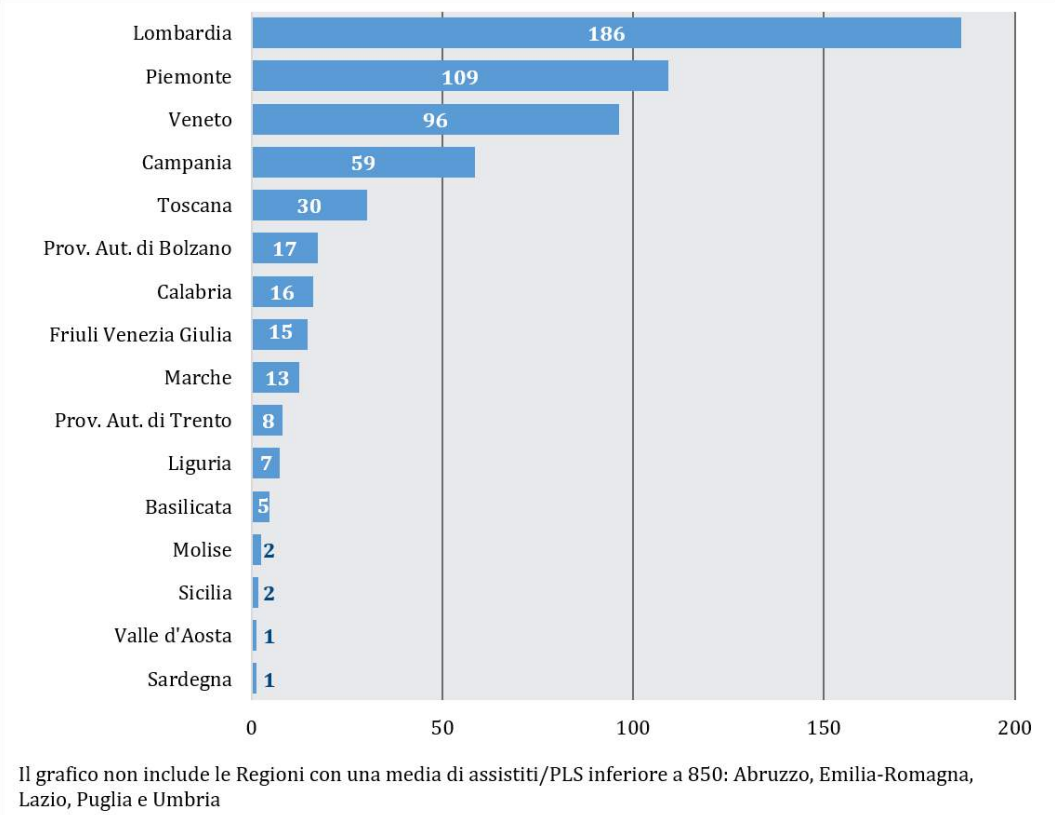


Figura 7.24. Numero medio di assistiti per PLS
(dati SISAC al 1° gennaio 2025)

Trend 2019-2024. Secondo i dati SISAC al 1° gennaio 2020 i PLS in attività erano 7.373, ovvero 1.089 in più rispetto al 1° gennaio 2025. La riduzione del 14,8% dei pediatri di famiglia supera quella della popolazione pediatrica e conferma che il fenomeno non può essere ricondotto alla sola dinamica demografica. Alla diminuzione dei PLS in attività si associa infatti l'elevata quota di bambini e ragazzi tra 6 e 13 anni che rimangono in carico ai pediatri, anche per le difficoltà di iscrizione a un MMG.

Stima della carenza di PLS al 1° gennaio 2025. Questa stima fotografa il fabbisogno di PLS a livello regionale, ma non permette di individuare le singole zone carenti, che dipendono da variabili locali come densità abitativa, distribuzione della popolazione pediatrica, caratteristiche geografiche e accessibilità degli ambulatori. Per garantire qualità dell'assistenza, prossimità degli studi e reale libertà di scelta, la Fondazione GIMBE ha assunto come riferimento il rapporto ottimale di 1 PLS ogni 850 assistiti utilizzando le rilevazioni SISAC al 1° gennaio 2025. La carenza complessiva è stimata in 497 PLS, con marcati squilibri regionali. Il 78,7% delle carenze si concentra infatti in tre sole grandi Regioni del Nord, tutte in peggioramento rispetto al 1° gennaio 2024: Lombardia (186), Piemonte (109) e Veneto (96). Al contrario, in cinque Regioni – Abruzzo, Emilia-Romagna, Lazio, Puglia e Umbria – non si rilevano carenze, poiché il numero medio di assistiti per PLS è inferiore a 850. Anche questo dato risulta in peggioramento rispetto al 1° gennaio 2024, quando le Regioni senza carenze erano nove. Inevitabilmente, la carenza stimata sulla base della media regionale può sottostimare eventuali carenze locali anche molto rilevanti, soprattutto nelle aree interne, montane e a bassa densità abitativa, ma ormai sempre più frequenti anche nelle grandi città metropolitane (figura 7.25).



Il grafico non include le Regioni con una media di assistiti/PLS inferiore a 850: Abruzzo, Emilia-Romagna, Lazio, Puglia e Umbria

Figura 7.25. Stima del numero di PLS mancanti
(elaborazione GIMBE su dati SISAC al 1° gennaio 2025)

Evoluzione della riforma. Nel corso del 2026 il percorso di riordino della pediatria di libera scelta è proseguito su più direttrici. Il 18 marzo 2026 è stato sottoscritto il nuovo ACN della pediatria di libera scelta, mentre la disciplina dei PLS, insieme a quella dei MMG, è prevista nell'ambito della più ampia riforma dell'assistenza territoriale e ospedaliera, con l'obiettivo di rafforzarne il ruolo nell'assistenza territoriale. Il modello delineato dal DM 77/2022 conferma, inoltre, il ruolo dei PLS nelle équipe multiprofessionali e il loro raccordo con le Case della Comunità, nell'ambito della programmazione distrettuale. Nonostante il calo delle nascite, Lombardia, Piemonte e Veneto continuano a registrare rilevanti carenze di PLS. La distribuzione dei pediatri sul territorio è inoltre fortemente condizionata da variabili locali e richiede una programmazione più accurata, basata su stime affidabili del numero di specialisti che intraprendono effettivamente la carriera di PLS e sulle proiezioni demografiche. Parallelamente, il completamento della riforma dell'assistenza territoriale richiede modelli organizzativi capaci di integrare stabilmente i PLS nelle équipe multiprofessionali e nella rete delle Case della Comunità, valorizzando la trasformazione digitale e garantendo al tempo stesso una presenza capillare sul territorio. Nel complesso, i provvedimenti adottati nel 2026 rappresentano un avanzamento sul piano contrattuale e organizzativo, ma non risolvono il nodo strutturale della disponibilità e della distribuzione dei PLS. Qualsiasi ampliamento della popolazione assistita dovrebbe pertanto essere preceduto da una valutazione del suo impatto sul fabbisogno di professionisti, sui carichi di lavoro, sui costi e sulla qualità dell'assistenza pediatrica.

7.7. Spesa per il personale sanitario

Nel periodo 2012-2025, la spesa per il personale sanitario è stata una delle componenti maggiormente sacrificate. In termini percentuali, la quota destinata al personale dipendente e convenzionato è scesa dal 39,7% del 2012 al 36,9% del 2025, toccando il minimo storico del 36,4% nel 2022. La contrazione è stata particolarmente marcata tra il 2013 (39,5%) e il 2017 (37,3%); dopo aver raggiunto il 36,8% nel 2020, la quota è ulteriormente diminuita nel 2021 (36,5%) e nel 2022 (36,4%), per poi registrare una lieve ripresa a partire dal 2023 (36,6%). In termini assoluti, dopo una progressiva riduzione da € 43,1 miliardi nel 2012 a € 41,8 miliardi nel 2016, la spesa per il personale dipendente e convenzionato è tornata a crescere, raggiungendo € 52,2 miliardi nel 2025 (figura 7.26).

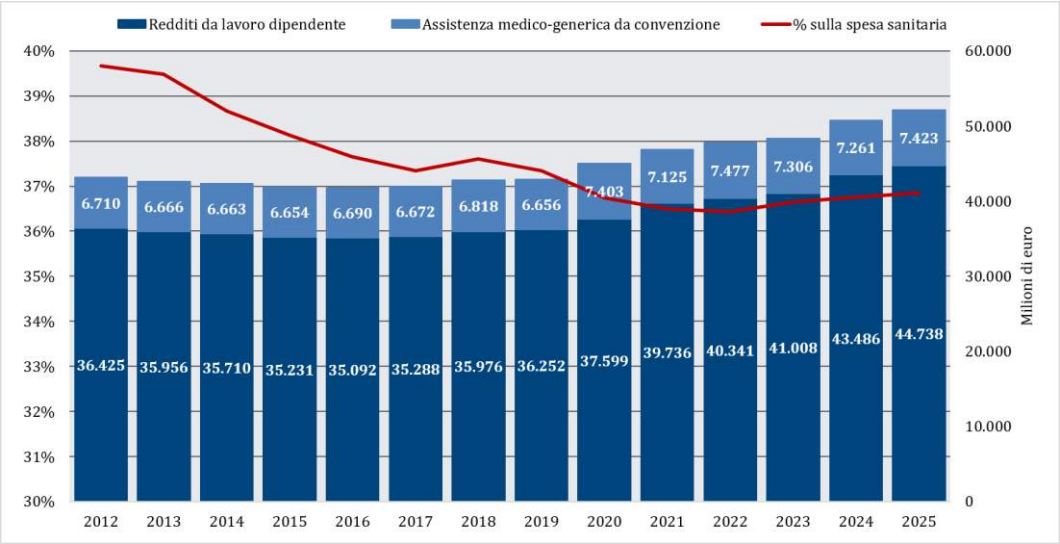


Figura 7.26. Spesa sanitaria per redditi da lavoro dipendente e assistenza medico-generica da convenzione (dati ISTAT)

L'entità della riduzione della spesa per il personale sanitario emerge da una simulazione che ipotizza di mantenere costante, nel periodo 2012-2025, la quota di spesa destinata al personale dipendente e convenzionato registrata nel 2012 (39,7%). In questo scenario, la minore spesa cumulativa nel periodo 2012-2025 ammonta a € 36,82 miliardi, di cui € 23,9 miliardi nel solo periodo 2020-2025 (figura 7.27).

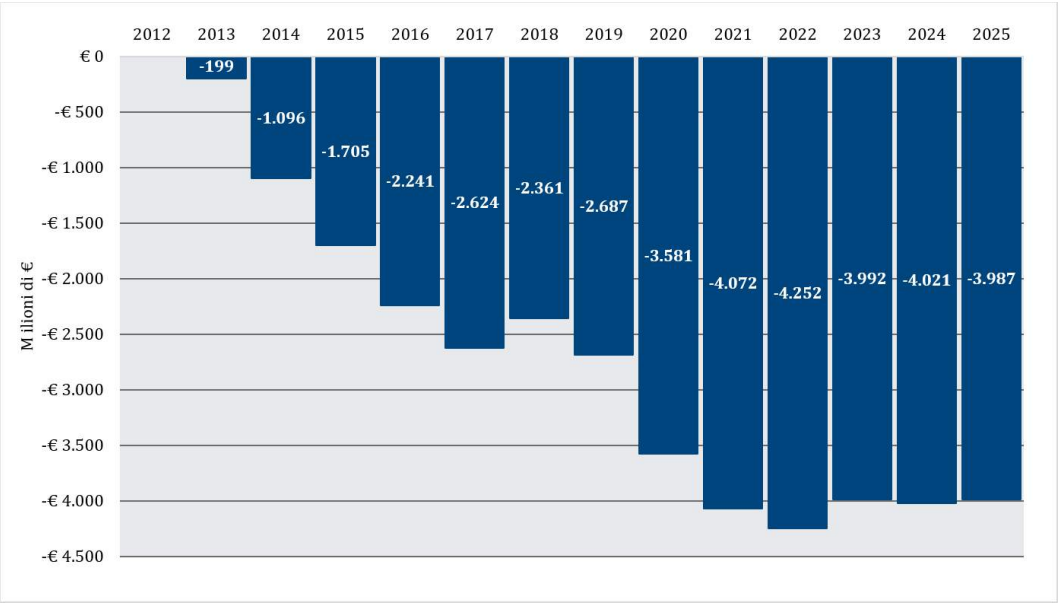


Figura 7.27. Riduzione assoluta della spesa sanitaria pubblica per il personale dipendente e convenzionato parametrandola al 39,7% sulla spesa sanitaria totale
(elaborazione GIMBE dati ISTAT)

7.7.1. Personale dipendente

In termini percentuali sulla spesa sanitaria pubblica, la quota destinata al personale dipendente è scesa progressivamente dal 33,5% del 2012 al 31,4% del 2017, per poi rimanere sostanzialmente stabile sino al 2019. Nel triennio 2020-2022 oscilla sui valori minimi del periodo (30,7-30,9%), mentre dal 2023 è tornata a crescere, raggiungendo il 31,6% nel 2025, un valore comunque inferiore di 1,9 punti percentuali rispetto al 2012 (figura 7.28).

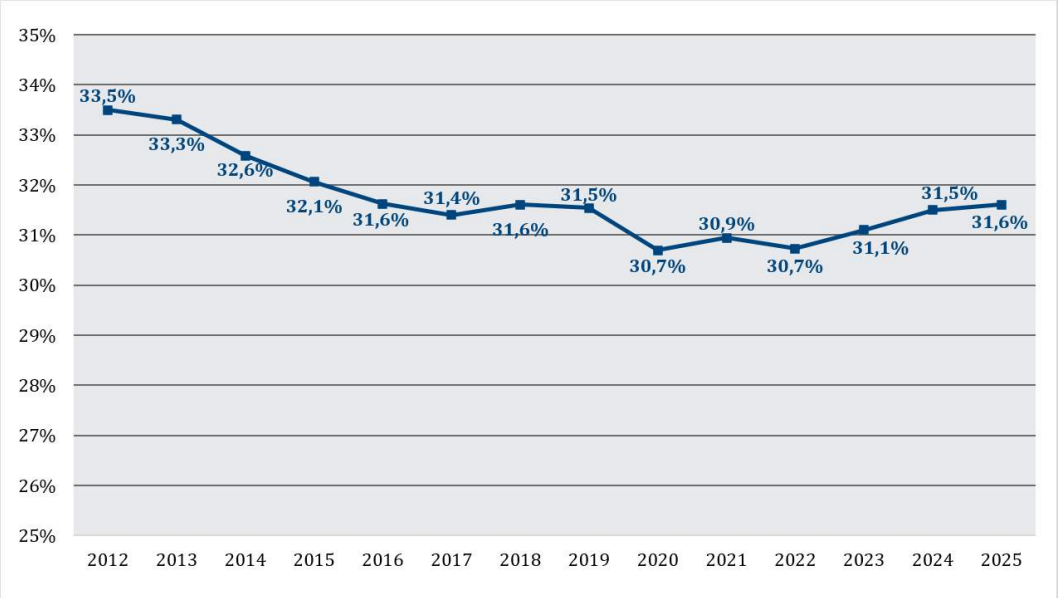


Figura 7.28. Spesa sanitaria per redditi da lavoro dipendente
(dati ISTAT, percentuale sul totale della spesa sanitaria)

Se la quota di spesa per il personale dipendente fosse rimasta ai livelli del 2012, quando rappresentava circa un terzo della spesa sanitaria pubblica, nel periodo 2012-2025 la minore

spesa cumulativa ammonterebbe a € 30,5 miliardi, di cui € 18,9 miliardi solo tra il 2020 e il 2025. Un dato che documenta la pesantissima penalizzazione economica subita dal personale dipendente del SSN (figura 7.29).

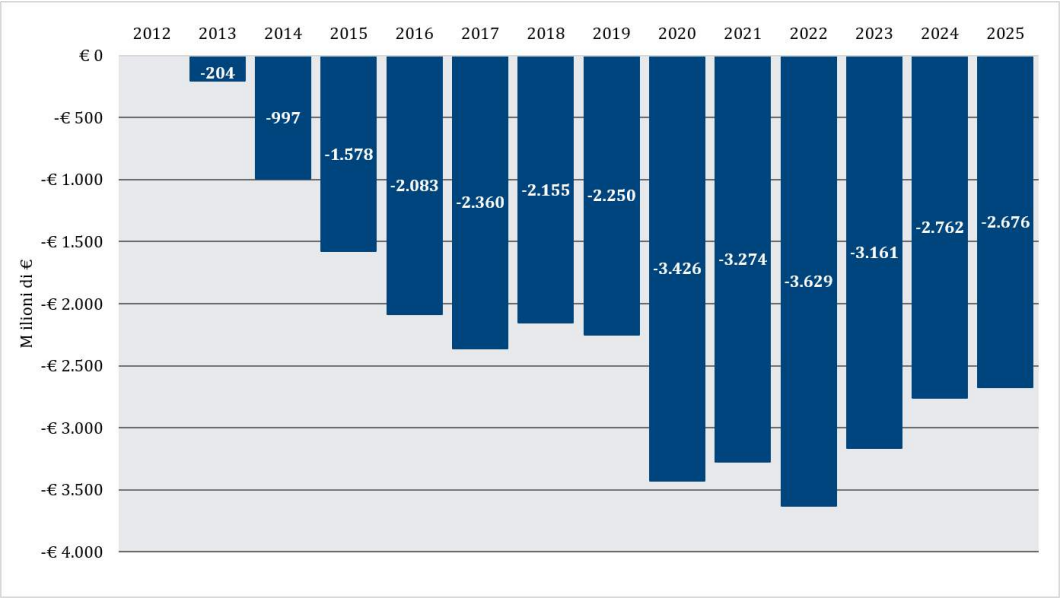


Figura 7.29. Riduzione assoluta della spesa sanitaria per il personale dipendente parametrandola al 33,5% della spesa sanitaria pubblica
(elaborazione GIMBE dati ISTAT)

Parametrando i dati del CA-RGS relativi alla spesa sanitaria 2024 per il personale dipendente alla popolazione residente ISTAT al 1° gennaio 2024, la spesa pro-capite è pari a € 717, con marcate differenze regionali: da € 1.592 nella Provincia autonoma di Bolzano a € 578 nel Lazio (figura 7.30). La distribuzione regionale riflette quella già osservata per il numero di dipendenti per 1.000 abitanti (§ 7.3).

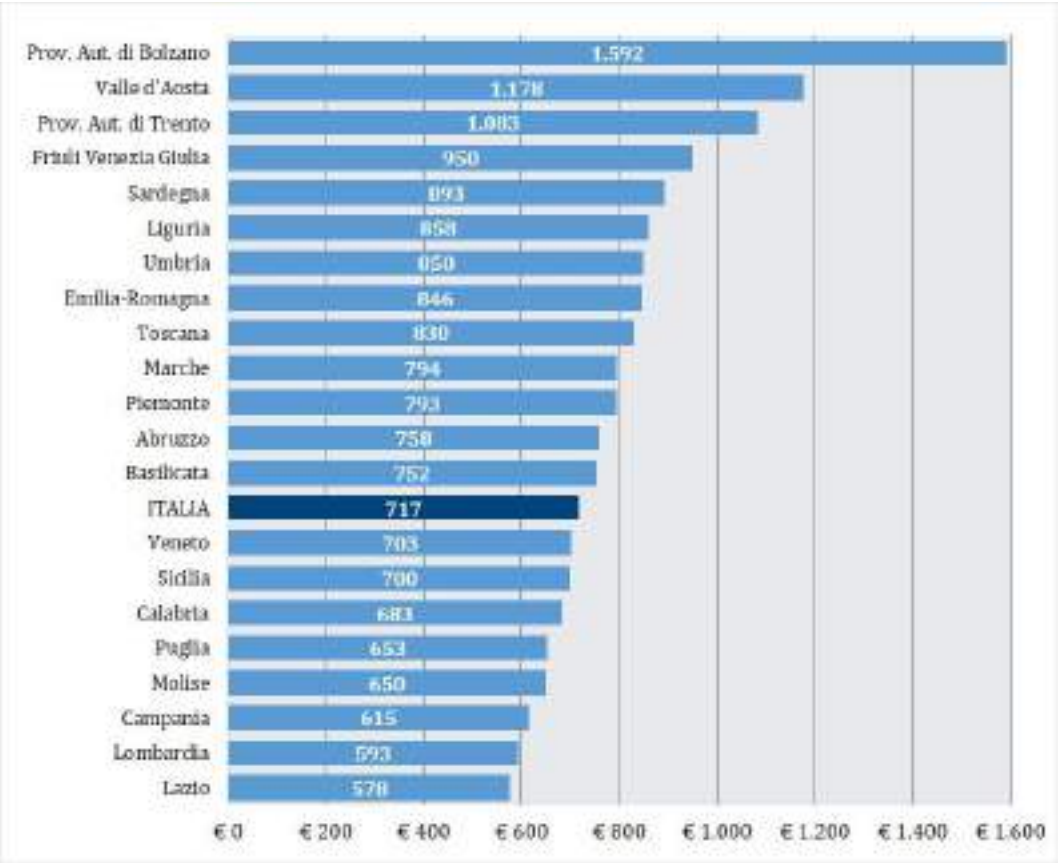


Figura 7.30. Spesa pro-capite per il personale dipendente SSN
(dati CA-RGS e ISTAT, anno 2024)

Mettendo in relazione, per il 2024, le unità di personale dipendente con la spesa sanitaria pubblica per il personale dipendente, il costo medio per unità di personale a livello nazionale è pari a € 59.242, con un range che varia da € 51.555 della Liguria a € 90.875 della Provincia autonoma di Bolzano (figura 7.31). Tutte le Regioni in Piano di rientro, ad eccezione dell'Abruzzo, presentano valori superiori alla media nazionale.

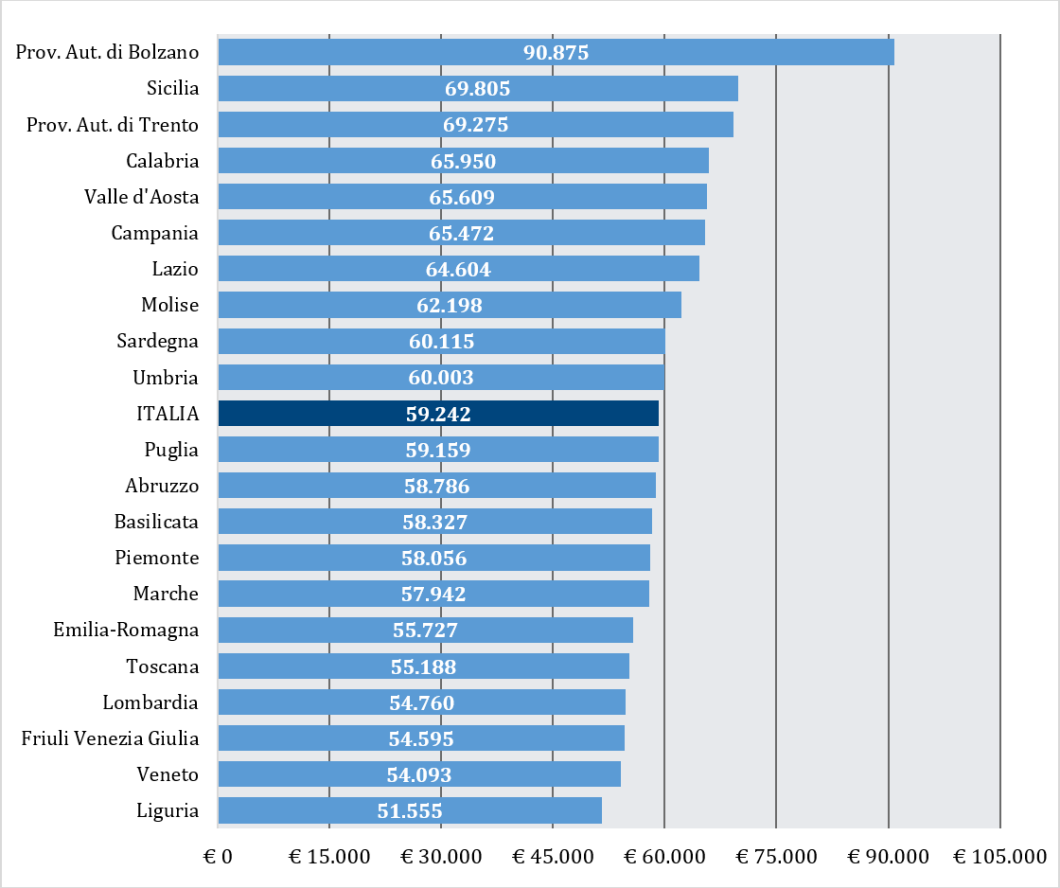


Figura 7.31. Spesa per unità di personale dipendente del SSN
(dati CA-RGS, 2024)

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 elementi di grande interesse (figura 7.32):

- Nel quadrante in alto a sinistra si collocano le Regioni con una spesa per unità di personale inferiore alla media nazionale e una dotazione di personale per 1.000 abitanti superiore alla media. Vi rientrano le tre Regioni con i punteggi LEA più elevati: Emilia-Romagna, Veneto, Toscana.
- Nel quadrante in basso a destra si collocano le Regioni con una spesa per unità di personale superiore alla media nazionale e una dotazione di personale per 1.000 abitanti inferiore alla media. Vi rientrano tutte le Regioni che nel 2024 erano 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 la spesa per unità di personale sia per la dotazione di personale per 1.000 abitanti. Vi rientrano quattro Regioni a statuto speciale e l'Umbria, Regione di piccole dimensioni. La posizione della Provincia autonoma di Bolzano è verosimilmente riconducibile alle maggiori retribuzioni legate all'indennità del bilinguismo.
- Nel quadrante in basso a sinistra si colloca nettamente solo la Lombardia, dove sia la spesa per unità di personale sia la dotazione di personale per 1.000 abitanti risultano ampiamente inferiori alla media nazionale: un dato che documenta in maniera inequivocabile il disinvestimento nel personale del SSN.

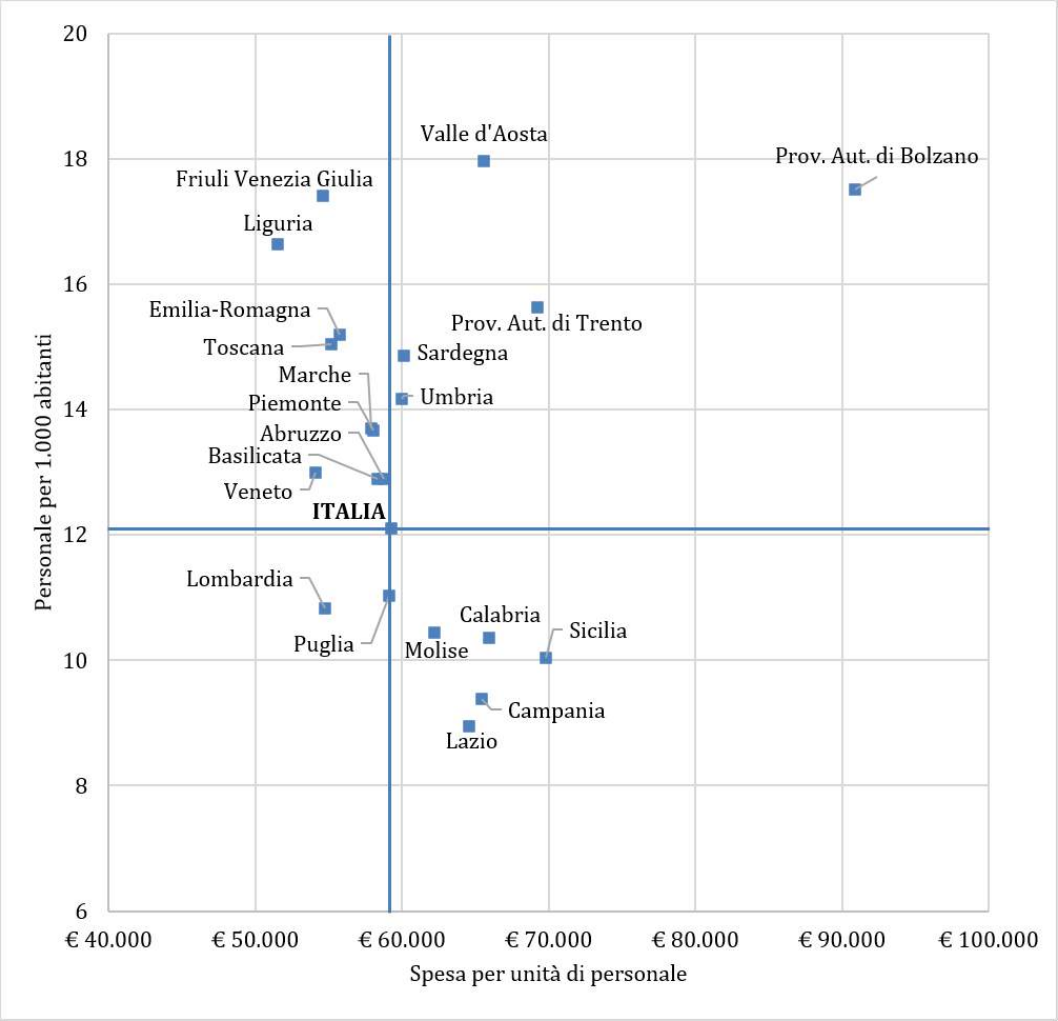


Figura 7.32. Personale dipendente del SSN per 1.000 abitanti e spesa per unità di personale
(Dati CA-RGS, 2024)

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 riconducibile sia alla riduzione delle posizioni apicali, sia ad un più elevato rapporto tra professioni sanitarie e medici, che consente di contenere i costi garantendo al tempo stesso una maggiore dotazione di personale per l'erogazione dell'assistenza sanitaria.

7.7.2. 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 5,2% nel 2025 (figura 7.33).

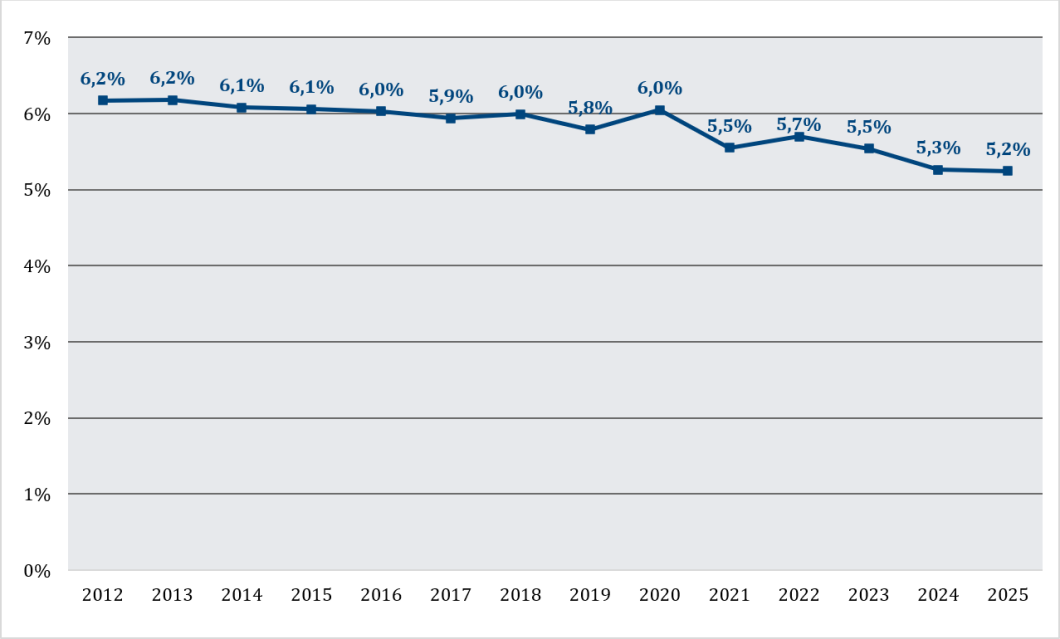


Figura 7.33. Spesa sanitaria per personale convenzionato
(dati ISTAT, percentuale sul totale della spesa sanitaria)

Se la quota di spesa per il personale convenzionato fosse rimasta ai livelli del 2012 (6,2%), nel periodo 2012-2025 la minore spesa cumulativa ammonterebbe a € 6,26 miliardi, di cui € 4,98 miliardi nel solo periodo 2020-2025 (figura 7.34).

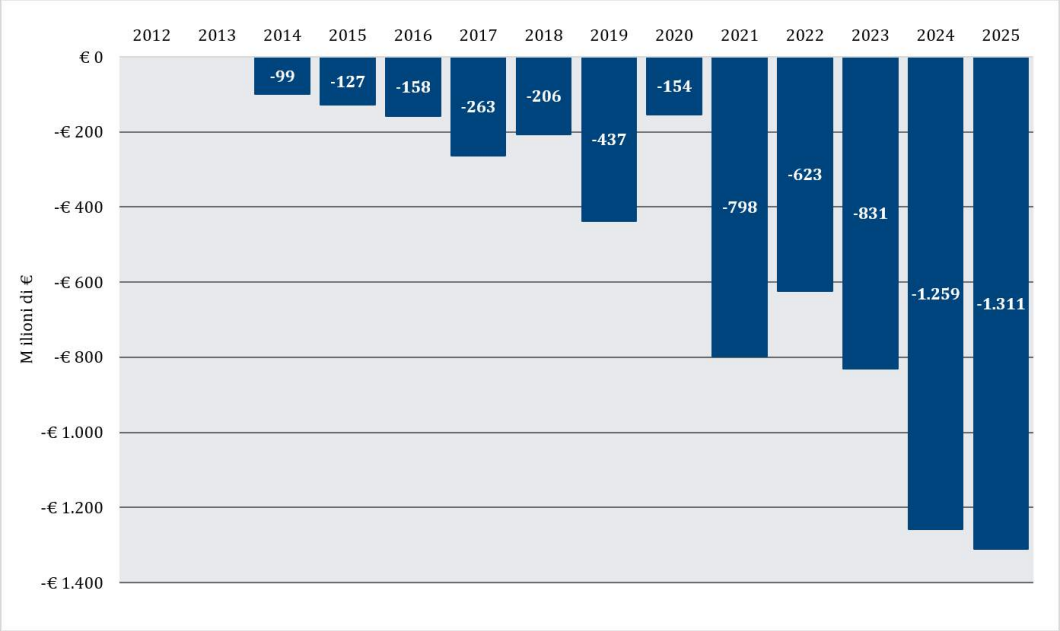


Figura 7.34. Riduzione assoluta della spesa sanitaria per il personale convenzionato parametrandola al 6,2% della spesa sanitaria pubblica
(elaborazione GIMBE su dati ISTAT)

7.7.3. Fornitura di personale sanitario (c.d. "gettonisti")

La carenza di personale sanitario, unita ai vincoli di spesa per il personale dipendente imposti alle Regioni, 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 contabilizzati tra le 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 2025[290], relativa al periodo 2019-2024, la spesa contabilizzata per contratti e adesioni ad accordi quadro/convenzioni per servizi di fornitura di "gettonisti", già consistente nel 2019 (€ 183,2 milioni), è aumentata sensibilmente nel 2021 (€ 283,9 milioni), si è mantenuta sostanzialmente stabile nel biennio 2022-2023 ed è balzata a € 457,5 milioni nel 2024 (figura 7.35).

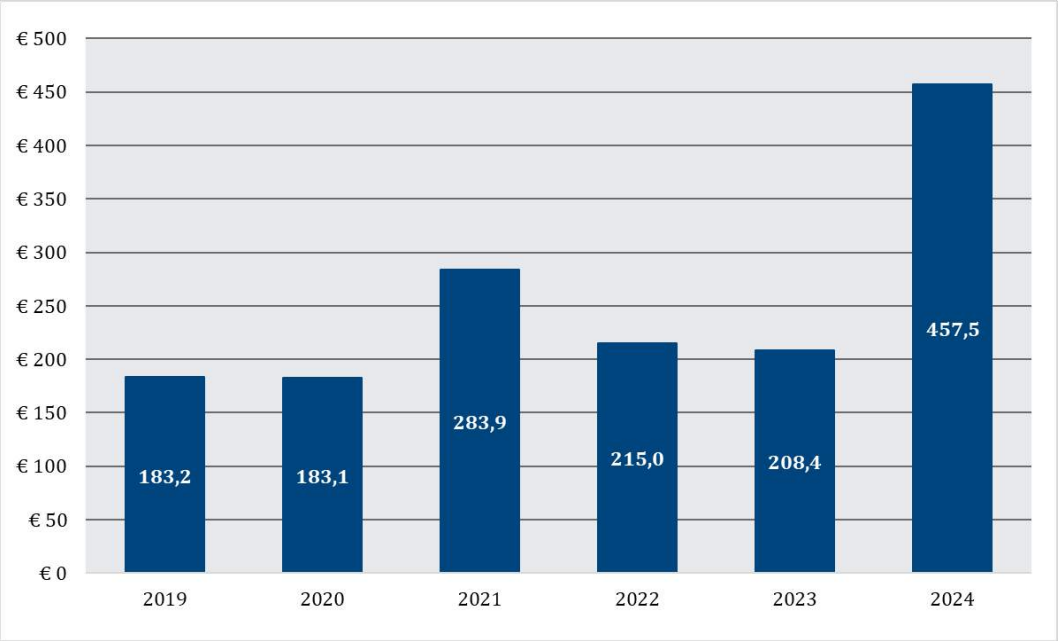


Figura 7.35. Spesa per contratti e adesione ad accordi quadro/convenzioni per servizi di fornitura di personale sanitario (c.d. "gettonisti")
(dati ANAC, 2025)

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 identificare la tipologia di professionista richiesta, poiché nei relativi appalti viene utilizzato il codice generico del *Common Procurement Vocabulary* (CPV) europeo riferito ai "servizi di fornitura di personale" (figura 7.36).

[290] Autorità Nazionale Anticorruzione (ANAC). Relazione Annuale 2025. Camera dei Deputati: Roma, 20 maggio 2025. Disponibile a: www.anticorruzione.it/-/relazione.annuale.2025. Ultimo accesso: 30 settembre 2026.

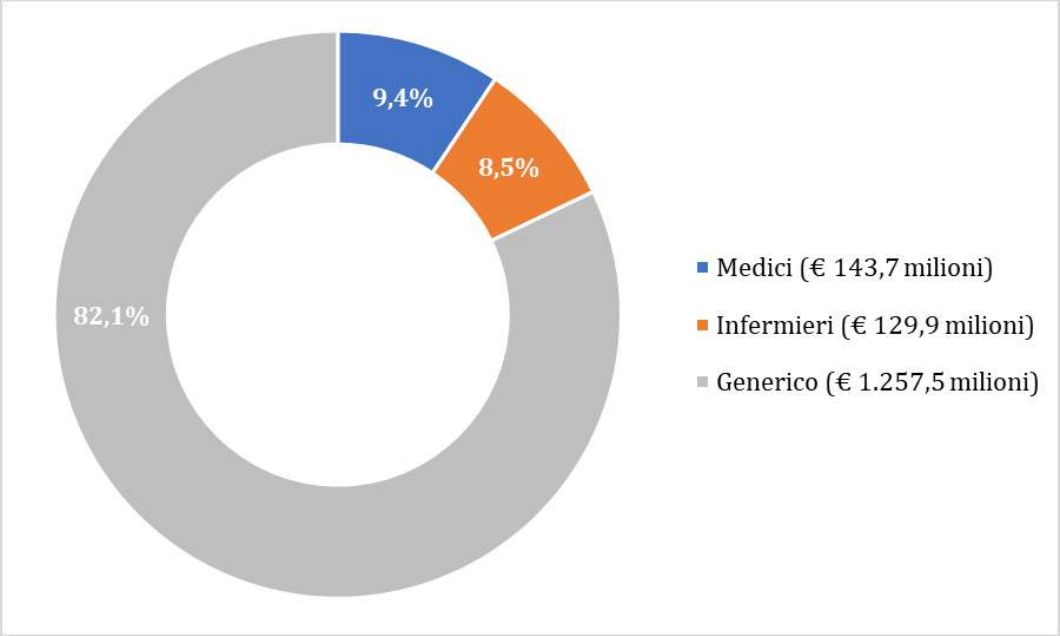


Figura 7.36. Spesa 2019-2024 per contratti e adesione ad accordi quadro/convenzioni per servizi di fornitura di personale sanitario per CPV (c.d. "gettonisti")
(dati ANAC, 2025)

Il DL 34/2023 ha introdotto specifici vincoli al ricorso, da parte degli enti del SSN, a soggetti esterni per l'affidamento di servizi medici e infermieristici, consentendolo solo in caso di necessità e urgenza, una sola volta e senza possibilità di rinnovo, per una durata massima di 12 mesi. Il DM 17 giugno 2024 ha successivamente definito le relative linee guida. Secondo il Report ANAC pubblicato nel giugno 2026[291], il fenomeno ha continuato a interessare il SSN anche nel biennio 2024-2025. I dati del nuovo Report, tuttavia, non sono direttamente cumulabili con quelli delle precedenti rilevazioni ANAC, a causa delle modifiche intervenute nella metodologia di estrazione e classificazione dei contratti. Nel biennio 2024-2025 la domanda del SSN di servizi di fornitura di personale medico e infermieristico (tabella 7.15) ha raggiunto € 1,06 miliardi, passando da € 496 milioni nel 2024 a € 568 milioni nel 2025 (+15%). Nel 2025 gli affidamenti riconducibili specificamente ai medici "a gettone" sono aumentati del 62% in valore economico rispetto al 2024; sono cresciuti anche quelli classificati con il codice generico "servizi di fornitura di personale" (+15%), mentre si è ridotta la domanda specificamente riferita agli infermieri (-48%).

Servizi di fornitura di personale	2024	2025	Variazione (%)
Medico	31	50	+62%
Infermieristico	24	13	-48%
Personale (generico)	441	506	+15%
TOTALE	**496**	**568**	**+15%**
Dati in milioni di €			

Tabella 7.15. Importo dei contratti di servizi di fornitura di personale per CPV
(dati ANAC)

[291] Autorità Nazionale Anticorruzione – ANAC. Report "Domanda del SSN di servizi di fornitura di personale medico e infermieristico (cc.dd. «Gettonisti») nel contesto giuridico del Decreto-legge n. 34/2023 e del Decreto del Ministero della Salute 17 giugno 2024". Roma, giugno 2026. Disponibile a: www.anticorruzione.it/documents/91439/391257415/Domanda+SSN+servizi+fornitura+personale+medico+e+infermieristico+-+Report+06.2026.pdf. Ultimo accesso: 30 settembre 2026.

Analizzando la tipologia di procedura per la scelta del miglior contraente (tabella 7.16), nel 2025, in termini di valore economico, prevalgono gli affidamenti diretti (€ 289,73 milioni) in netto aumento rispetto al 2024 (+59%), seguiti dalle procedure aperte (€ 246,24 milioni), caratterizzate da un importo medio notevolmente superiore a quello degli affidamenti diretti. Le procedure negoziate e le altre tipologie di affidamento hanno invece un valore residuale.

Tipologia di procedura utilizzata	2024	2025	Variazione (%)
Affidamento diretto	182,23	289,73	+59%
Procedura negoziata	35,89	32,1	-11%
Procedura aperta	275,36	246,24	-11%
Altro	2,41	0,14	-94%
TOTALE	**495,89**	**568,21**	**+15%**
Dati in milioni di €			

Tabella 7.16. Importo dei contratti di servizi di fornitura di personale per tipologia di procedura
(dati ANAC)

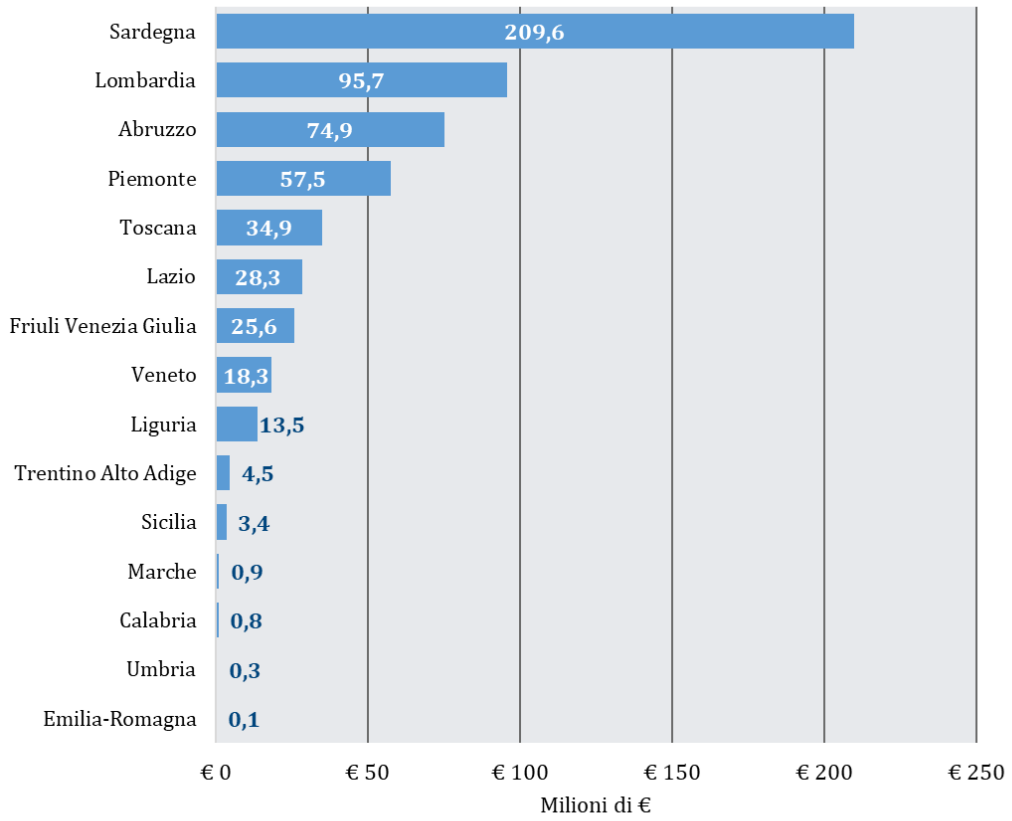
La tabella 7.17 riporta, per ciascuna Regione, il valore dei servizi di fornitura di personale per gli anni 2024-2025.

Regione	2024	2025	Differenza
Abruzzo	3,81	74,93	71,12
Basilicata	4,81	0	-4,81
Calabria	0,63	0,78	0,15
Campania	0	0	0
Emilia-Romagna	29	0,12	-28,88
Friuli Venezia Giulia	17,72	25,61	7,89
Lazio	8,4	28,3	19,9
Liguria	0	13,49	13,49
Lombardia	111,71	95,68	-16,03
Marche	0,96	0,9	-0,06
Molise	0	0	0
Piemonte	99,24	57,54	-41,7
Puglia	0	0	0
Sardegna	119,38	209,56	90,18
Sicilia	11,3	3,36	-7,94
Toscana	28,36	34,87	6,51
Trentino Alto Adige	2	4,49	2,49
Umbria	0,57	0,29	-0,28
Valle d'Aosta	45,07	0	-45,07
Veneto	12,92	18,3	5,38
TOTALE	**495,88**	**568,22**	**72,34**
Dati in milioni di €			

Tabella 7.17. Importo dei contratti di servizi di fornitura di personale per Regione
(dati ANAC)

L'andamento del valore economico dei contratti di fornitura di personale tra il 2024 e il 2025 presenta una marcata eterogeneità regionale: 8 Regioni hanno ridotto gli importi, fino ad azzerarli in alcuni casi (Basilicata, Valle d'Aosta), mentre altre 9 li hanno incrementati rispetto all'anno precedente, con gli aumenti più rilevanti in Abruzzo e Sardegna. Campania, Molise e Puglia non hanno invece richiesto servizi di fornitura di personale per gli anni 2024-2025.

La figura 7.37 riporta, per ciascuna Regione, il valore dei servizi di fornitura di personale per l'anno 2025.



Per Basilicata, Campania, Molise, Puglia e Valle d'Aosta non sono riportati importi per l'acquisizione di servizi di fornitura di personale sanitario

Figura 7.37. Valore dei servizi di fornitura di personale nell'anno 2025
(dati ANAC)

Nel 2025 il ricorso ai "gettonisti" risulta molto eterogeneo tra le Regioni, con valori particolarmente elevati in Sardegna (€ 209,6 milioni), Lombardia (€ 95,7 milioni), Abruzzo (€ 74,9 milioni) e Piemonte (€ 57,5 milioni) che assorbono complessivamente il 77% del valore dei contratti. Il rimanente 23% si distribuisce tra altre 11 Regioni tra cui Toscana (€ 34,9 milioni), Lazio (€ 28,3 milioni) e Friuli Venezia Giulia (€ 25,6 milioni). In Basilicata, Campania, Molise, Puglia e Valle d'Aosta non risultano importi per la fornitura di personale sanitario.

L'ANAC rende disponibili anche i dati relativi al primo trimestre del 2026, in cui il valore economico dei contratti si attesta a € 12 milioni, rispetto ai € 200,4 milioni nello stesso periodo del 2025, con procedure attive in sole 7 Regioni (Abruzzo, Lombardia, Marche, Piemonte, Puglia, Toscana e Umbria). La stessa Autorità sottolinea tuttavia che il dato non consente ancora di delineare una consolidata inversione di tendenza.

Di particolare interesse è l'analisi delle tipologie contrattuali utilizzate dalle stazioni appaltanti del SSN. In termini di valore economico, l'81% (€ 9,7 milioni) è rappresentato da contratti d'appalto derivanti da accordi quadro e convenzioni precedentemente stipulati, senza successivo confronto competitivo, mentre il restante 19% (€ 2,3 milioni) è riconducibile ad altre tipologie contrattuali. Quanto alle procedure di affidamento, gli affidamenti diretti (€ 10,5 milioni) rappresentano l'87,5% del totale, mentre le procedure negoziate senza previa pubblicazione di un bando di gara sono il 12,5% (€ 1,5 milioni).

Nel complesso, il report ANAC conferma che il ricorso ai "gettonisti", nato come risposta emergenziale e progressivamente divenuto strutturale, continua a essere utilizzato dalle Aziende sanitarie per garantire la continuità dei servizi in presenza di carenze di personale. Il fenomeno riflette criticità profonde nella programmazione e le crescenti difficoltà del SSN nel reclutare e trattenere professionisti. Il suo superamento richiede interventi strutturali capaci di restituire attrattività al lavoro nel SSN e di programmare i fabbisogni secondo le necessità assistenziali, evitando che il ricorso a personale esterno diventi una modalità ordinaria. Tuttavia, una riduzione del ricorso ai "gettonisti" non accompagnata da misure efficaci per reclutare e trattenere il personale può compromettere la copertura dei turni, soprattutto in alcune specialità (emergenza-urgenza *in primis*), nelle aree più decentrate e nei periodi di maggiore pressione assistenziale o minore disponibilità di personale. Per i Direttori Generali delle Aziende sanitarie si tratta di una criticità difficilmente sostenibile, perché l'impossibilità di garantire la copertura dei turni può compromettere la continuità di servizi essenziali, con rischi per i pazienti e conseguenti profili di responsabilità.

7.8. Considerazioni conclusive

Dalle analisi effettuate si possono trarre le seguenti considerazioni:

- Il nuovo report pubblicato dal Ministero della Salute nell'agosto 2026 amplia il patrimonio informativo disponibile e consente di aggiornare al 2024 le analisi sul personale. Restano tuttavia rilevanti criticità: le fonti adottano perimetri e classificazioni differenti, non permettono di ricostruire in modo univoco e tempestivo la reale "forza lavoro" impegnata nell'erogazione dei LEA e non consentono sempre di distinguere contratti, strutture di impiego e attività effettivamente svolte. È pertanto necessario un sistema informativo nazionale integrato, interoperabile e costantemente aggiornato, capace di sostenere la programmazione dei fabbisogni per professione, disciplina e territorio.
- Dopo la contrazione registrata tra il 2012 e il 2017, dal 2019 il personale dipendente è tornato a crescere, fino a raggiungere nel 2024 713.976 unità, il valore più elevato della serie analizzata. La ripresa, sostenuta dalle misure straordinarie adottate durante la pandemia, dalle stabilizzazioni e dal progressivo ampliamento degli spazi assunzionali, non è stata tuttavia omogenea tra le Regioni né ha compensato il disinvestimento economico. L'aumento degli organici registrato negli ultimi anni non può quindi essere interpretato come il superamento della crisi del personale, che rimane caratterizzata da rilevanti squilibri professionali e territoriali. Nel 2025 la quota della spesa sanitaria destinata al personale dipendente e convenzionato rimane inferiore di 2,8 punti percentuali rispetto al 2012; nella simulazione che mantiene costante la quota del 2012, la minore spesa cumulativa nel periodo 2012-2025 ammonta a € 36,82 miliardi.

- L'Italia non presenta una carenza di medici in termini assoluti: con 5,8 medici per 1.000 abitanti si colloca al secondo posto tra i Paesi OCSE che forniscono il dato e al di sopra della media OCSE. Il dato aggregato, tuttavia, non descrive la reale disponibilità di medici per il SSN: persistono carenze selettive in alcune specialità, aree geografiche e servizi, mentre numerose discipline essenziali registrano una bassa assegnazione dei contratti di formazione specialistica. La priorità non è quindi aumentare indiscriminatamente i posti al corso di laurea in Medicina e Chirurgia, ma programmare la formazione sulla base dei fabbisogni e rendere nuovamente attrattivo il lavoro nel SSN. A conferma della crescente difficoltà del SSN nel trattenere i medici ospedalieri, nel 2025 le dimissioni volontarie dei medici ospedalieri hanno superato i pensionamenti[292].
- Il deficit infermieristico è invece strutturale e interessa tutte le dimensioni analizzate. L'Italia dispone di 6,9 infermieri per 1.000 abitanti, il 29% in meno della media OCSE; registra retribuzioni ospedaliere inferiori del 27% e 19,5 laureati per 100.000 abitanti, meno della metà della media OCSE. A livello nazionale il rapporto tra domande e posti disponibili per il corso di laurea in Infermieristica si è ridotto sino a valori prossimi all'unità, mentre quasi tutte le Regioni in Piano di rientro presentano dotazioni inferiori alla media nazionale. Senza interventi su attrattività, condizioni di lavoro, sviluppo professionale e valorizzazione delle competenze, l'aumento dell'offerta formativa non potrà tradursi automaticamente in un incremento degli infermieri disponibili per il SSN.
- La medicina generale attraversa una crisi che combina riduzione degli organici, pensionamenti e squilibri territoriali. Tra il 2019 e il 2024 i MMG sono diminuiti di 5.197 unità (-12,4%); al 1° gennaio 2025 la carenza è stimata in 5.716 medici e 8.180 MMG hanno raggiunto o raggiungeranno il limite di età tra il 2025 e il 2028. Il forte aumento delle domande per il triennio formativo 2026-2029 rappresenta un segnale positivo, ma non garantisce né l'effettivo ingresso e completamento del percorso formativo né una distribuzione coerente con i fabbisogni regionali. Le misure temporanee adottate per assicurare la continuità assistenziale non sostituiscono una riforma organica che integri formazione, ruolo professionale, lavoro multiprofessionale e partecipazione alla rete territoriale.
- Anche la pediatria di libera scelta presenta carenze e marcati squilibri territoriali. Tra il 2019 e il 2024 i PLS sono diminuiti di 1.089 unità (-14,8%), più della popolazione pediatrica; al 1° gennaio 2025 ne mancano 497, concentrati per il 78,7% in Lombardia, Piemonte e Veneto. Il calo delle nascite riduce il fabbisogno teorico, ma non elimina la pressione assistenziale determinata dall'elevata quota di bambini tra 6 e 13 anni ancora in carico ai PLS e dalle difficoltà di accesso ai MMG. Qualsiasi estensione dell'assistenza pediatrica sino ai 18 anni deve pertanto essere preceduta da una valutazione dell'impatto su fabbisogni, distribuzione dei professionisti, carichi di lavoro, costi e qualità dell'assistenza.
- Il ricorso ai "gettonisti" resta un indicatore delle difficoltà del SSN nel garantire stabilmente la copertura di alcuni servizi. Nel biennio 2024-2025 la domanda di servizi di fornitura di personale medico e infermieristico ha raggiunto € 1,06 miliardi e nel 2025 è aumentata del 15%, con marcate differenze regionali e una forte crescita degli affidamenti diretti. Il crollo rilevato nel primo trimestre 2026 non consente ancora di documentare un'inversione di tendenza. Il superamento delle esternalizzazioni richiede quindi un percorso graduale,

[292] Anaao Assomed. Studio. Radiografia della sanità pubblica (2015-2025). Roma, 2 ottobre 2026. Disponibile a: www.anaao.it/public/aaa_4361512_studioanaaodemografiamedica_2ottobre26.pdf. Ultimo accesso: 2 ottobre 2026.

accompagnato da misure efficaci per reclutare e trattenere il personale, evitando di compromettere la continuità dei servizi essenziali.

- L'abolizione del tetto di spesa prevista dal DL 73/2024 non è di per sé sufficiente a ricostruire gli organici. La sua effettiva applicazione richiede che divengano pienamente operativi criteri omogenei per la definizione dei fabbisogni, che le Regioni adottino una programmazione coerente e che siano disponibili risorse adeguate nell'ambito del FSN. In caso contrario, permane il rischio che proprio le Regioni con maggiori vincoli economici e carenze di personale dispongano di minori margini assunzionali, ampliando ulteriormente i divari territoriali.

In conclusione, la crisi del personale sanitario non deriva da un'unica carenza numerica, ma dall'interazione tra programmazione inadeguata, squilibri professionali e territoriali, ridotta attrattività del lavoro nel SSN, condizioni di lavoro gravose e insufficiente valorizzazione economica e professionale. Liste di attesa, sovraffollamento dei pronto soccorso, difficoltà di accesso a MMG e PLS e ritardi nello sviluppo dell'assistenza territoriale ne rappresentano le conseguenze più evidenti. Per questo il Piano di Rilancio del SSN (§ 10) prevede di rilanciare le politiche sul capitale umano attraverso la programmazione dei fabbisogni, la valorizzazione economica e professionale, lo sviluppo delle carriere, l'innovazione dei modelli di lavoro e la partecipazione dei professionisti al governo clinico e alla valutazione dei risultati. Senza interventi strutturali e adeguatamente finanziati sul personale, il SSN non potrà garantire in modo uniforme ed equo il diritto alla tutela della salute.

CAPITOLO 8
La Missione Salute del PNRR

Il Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza[293] (PNRR) nella versione originaria si articolava in 6 Missioni e 16 Componenti. Presentato alla Commissione europea il 30 aprile 2021 e formalmente approvato il 13 luglio 2021, il PNRR (denominato "Italia Domani") ha assegnato all'Italia un finanziamento iniziale di € 191,5 miliardi tra sovvenzioni e prestiti. A seguito delle successive revisioni, la dotazione vigente del Piano, ora articolato in 7 Missioni, ammonta a € 194,4 miliardi. Alla Missione 6 Salute sono stati destinati € 15,63 miliardi, pari all'8,16% della dotazione iniziale.

La Missione 6 Salute si articola in due Componenti:

- **M6C1.** Reti di prossimità, strutture e telemedicina per l'assistenza sanitaria territoriale, con una dotazione di € 7,75 miliardi, finalizzata al rafforzamento dell'assistenza di prossimità e domiciliare attraverso la riorganizzazione dell'assistenza territoriale, lo sviluppo delle Case della Comunità, delle Centrali Operative Territoriali, degli Ospedali di Comunità e della telemedicina.
- **M6C2.** Innovazione, ricerca e digitalizzazione del Servizio Sanitario Nazionale (SSN), con una dotazione di € 7,88 miliardi, che comprende gli interventi per l'ammodernamento tecnologico e digitale degli ospedali, il potenziamento del Fascicolo Sanitario Elettronico e delle infrastrutture per la gestione dei dati, la sicurezza delle strutture ospedaliere, la ricerca biomedica e lo sviluppo delle competenze del personale sanitario. La Componente 2 comprende due principali linee di intervento: aggiornamento tecnologico e digitale; formazione, ricerca scientifica e trasferimento tecnologico.

Ciascuna Componente include diversi investimenti, in alcuni casi articolati in sub-investimenti.

L'attuazione del PNRR è monitorata attraverso milestone e target: le prime identificano risultati qualitativi associati all'attuazione di riforme e investimenti, mentre i secondi individuano risultati quantitativi misurabili attraverso specifici indicatori. Ai fini del presente Rapporto, l'analisi si concentra sulle milestone e sui target europei, rilevanti ai fini della verifica dell'attuazione del Piano e dell'erogazione delle relative rate.

8.1. Rimodulazioni e revisioni della Missione Salute

Rispetto al disegno originario, la Missione 6 Salute è stata interessata da successive revisioni che hanno modificato la distribuzione delle risorse tra le due Componenti, numerosi target quantitativi e i criteri per considerarli conseguiti.

Rimodulazione finanziaria. La dotazione finanziaria complessiva della Missione 6 è rimasta invariata rispetto al piano originario (€ 15,63 miliardi). La revisione del PNRR approvata dal Consiglio dell'Unione europea l'8 dicembre 2023 ha tuttavia comportato una riallocazione di €

[293] Governo Italiano. Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza "Italia Domani". Disponibile a: www.italiadomani.gov.it/content/dam/sogei-ng/documenti/PNRR%20Aggiornato.pdf. Ultimo accesso: 30 settembre 2026.

750 milioni dalla Componente 2 alla Componente 1 (tabella 8.1): in particolare, sono state incrementate le risorse destinate ai 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 8.1. Missione 6: rimodulazione del finanziamento

Rimodulazioni quantitative. Il 24 novembre 2023 la Commissione europea ha espresso valutazione positiva sulla revisione del Piano [294]; la revisione è stata successivamente approvata dal Consiglio dell'Unione europea l'8 dicembre 2023 con le seguenti modifiche (tabella 8.2):

- riduzione del numero di Case della Comunità (-312), Centrali Operative Territoriali (-120), Ospedali di Comunità (-93) e interventi di antisismica (-25);
- riduzione dei posti letto di terapia intensiva (-808) e semi-intensiva (-995);
- aumento degli over 65 aggiuntivi da prendere in carico in assistenza domiciliare (da almeno 800 mila ad almeno 842 mila);
- aumento dei pazienti assistiti in telemedicina (da almeno 200 mila ad almeno 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 aggiuntivi 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 letto di terapia intensiva	3.500	2.692	-808	Nessun riferimento a risorse alternative per realizzare i posti letto espunti[c]
Posti letto di terapia semi-intensiva	4.225[b]	3.230	-995	
Interventi di 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 8.2. Missione 6: rimodulazione quantitativa delle strutture/interventi

[294] 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 2026.

Per una parte degli interventi espunti dai target PNRR è previsto il ricorso a fonti di finanziamento alternative: risorse ex art. 20 della L. 67/1988, Fondo Opere Indifferibili, bilanci regionali e provinciali e, in alcuni casi, fondi per le politiche di coesione. Questa impostazione consente di distinguere tra la riduzione del target PNRR e la rinuncia definitiva agli interventi: le opere escluse dal perimetro del Piano possono essere realizzate con altre fonti di finanziamento, ma non sono più soggette ai medesimi vincoli temporali e criteri di rendicontazione previsti dal PNRR. Per gli interventi di edilizia sanitaria, una parte delle risorse precedentemente collocate nel perimetro del PNRR e del Piano Nazionale Complementare (PNC) è stata ricondotta al programma ex art. 20 della L. 67/1988, con conseguente modifica del perimetro degli obiettivi europei da conseguire.

Revisione dei criteri per il conseguimento dei target. Durante la fase di attuazione della Missione Salute sono stati modificati i criteri per il conseguimento di alcuni target, ridimensionando di fatto gli obiettivi iniziali:

- **Digitalizzazione delle strutture ospedaliere**. Il target M6C2-8 originario prevedeva di informatizzare tutti i reparti in 280 ospedali sede di Dipartimenti di Emergenza e Accettazione (DEA) di I e II livello, ovvero la completa digitalizzazione delle 280 strutture ospedaliere. Con la sesta richiesta di modifica del PNRR, presentata dal Governo italiano il 26 settembre 2025[295] e approvata dal Consiglio dell'Unione europea il 27 novembre 2025[296], l'obiettivo è stato ridimensionato. Il target si considera raggiunto se tutti i 280 ospedali aumentano di almeno un livello nella scala di maturità EMRAM (*Electronic Medical Record Adoption Model*), sulla base di una certificazione indipendente dell'HIMSS (*Healthcare Information and Management Systems Society*), e se almeno 50 raggiungono almeno il livello 2 EMRAM. La scala EMRAM misura il grado di digitalizzazione di un ospedale su otto livelli (da 0 a 7): il livello 0 identifica lo stadio iniziale e il livello 7 il grado più elevato di maturità digitale. In altri termini, il target è passato dalla completa informatizzazione di 280 ospedali all'aumento di almeno un livello EMRAM per tutti gli ospedali e al raggiungimento per 50 ospedali almeno del livello 2, corrispondente a uno stadio iniziale di digitalizzazione, limitato alla disponibilità di un archivio centralizzato dei dati clinici[297]. L'ottava Relazione al Parlamento riporta che 281 DEA hanno aumentato il proprio livello di maturità digitale e 264 hanno raggiunto almeno il livello 2. Questi risultati superano le soglie rimodulate, ma non documentano la completa digitalizzazione delle strutture[298].
- **Fascicolo Sanitario Elettronico.** Il target M6C2-11 prevedeva che, entro dicembre 2025, almeno l'85% dei Medici di Medicina Generale (MMG) e dei Pediatri di Libera Scelta (PLS) alimentasse il Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE). Tra i documenti clinicamente rilevanti figura il *patient summary* (Profilo Sanitario Sintetico), che sintetizza e aggiorna in modo continuativo la storia clinica dell'assistito. L'ottava Relazione al Parlamento riporta, per

[295] Governo. PNRR, a Palazzo Chigi la Cabina di regia sulla proposta di revisione. Roma, 26 settembre 2025. Disponibile a: www.governo.it/it/articolo/pnrr-palazzo-chigi-la-cabina-di-regia-sulla-proposta-di-revisione/29860. Ultimo accesso: 30 settembre 2026.

[296] Camera dei Deputati. Il PNRR italiano. Un quadro di sintesi. Disponibile a: https://temi.camera.it/leg19/pnrr/pnrrItalia/OCD57-2/il-pnrr-italiano-quadro-sintesi.html. Ultimo accesso: 30 settembre 2026.

[297] HIMSS. Electronic Medical Record Adoption Model (EMRAM). Disponibile a: www.himss.org/maturity-models/emram/. Ultimo accesso: 30 settembre 2026.

[298] Presidenza del Consiglio dei ministri. Ottava Relazione al Parlamento sullo stato di attuazione del Piano nazionale di ripresa e resilienza. Roma, settembre 2026. Disponibile a: www.osservatoriorecovery.it/wp-content/uploads/2026/09/Ottava-Relazione-al-Parlamento-stato-attuazione-PNRR.pdf. Ultimo accesso: 30 settembre 2026.

dicembre 2025, un valore nazionale del 95,2%, superiore alla soglia dell'85%[299]. Tuttavia, il criterio utilizzato considera "attivo" il medico che abbia effettuato almeno un'operazione di alimentazione del FSE nel periodo di riferimento, incluso il semplice invio di una ricetta dematerializzata. Di conseguenza, il raggiungimento del target non documenta un'alimentazione continuativa del FSE né la sistematica compilazione del *patient summary*. La scadenza per la completa realizzazione del Profilo Sanitario Sintetico, inizialmente fissata al 30 settembre 2025, è stata successivamente prorogata al 31 dicembre 2025, nell'ambito della seconda fase di attuazione del FSE 2.0. Il termine della terza fase è rimasto invece fissato al 31 marzo 2026[300].

Revisione dell'agosto 2026. Il 7 agosto 2026 la Commissione europea ha espresso una valutazione positiva sull'ultima revisione del PNRR[301]; il Consiglio dell'Unione europea l'ha successivamente approvata, con procedura scritta, il 27 agosto 2026[302,303]. Le modifiche di seguito riportate corrispondono ai criteri contenuti nell'allegato alla decisione approvata:

- **Case della Comunità:** resta invariato il target di 1.038 strutture con servizi attivati secondo le voci obbligatorie della tabella 4, sezione 5, dell'allegato 1 al DM 77/2022 e certificati da relazioni di periti indipendenti; la quota del sostegno *Recovery and Resilience Facility* (RRF) destinata a nuovi edifici o all'efficientamento energetico scende dal 50% al 40%.
- **Ospedali di Comunità:** resta invariato il target di 307 strutture con servizi attivati secondo gli standard dell'allegato 1, sezione 11, del DM 77/2022 e certificati da relazioni di periti indipendenti.
- **Grandi apparecchiature:** resta invariato il target di 3.100 prove di consegna o test, con almeno 290 apparecchi tra RM da 1,5 Tesla o superiori, acceleratori lineari e PET/CT; non sono più riportate le precedenti soglie intermedie relative agli altri gruppi tecnologici.
- **Terapie intensive e semi-intensive:** il target resta fissato a 5.922 posti letto forniti o convertiti, con almeno 2.368 posti di terapia intensiva; non è più riportato il requisito relativo agli ausili alla ventilazione.
- **Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE) ed Ecosistema Dati Sanitari (EDS):** i certificati devono documentare il collaudo di specifiche componenti del Sistema Tessera Sanitaria, dell'Infrastruttura Nazionale per l'Interoperabilità (INI) del FSE e dell'EDS, compresi modulo dati, broker e Gateway.
- **Formazione:** al rilascio dei certificati per 4.500 partecipanti ai corsi sulle competenze manageriali e digitali si aggiunge, nella revisione approvata, la pubblicazione di un elenco di almeno 290.000 dipendenti del SSN iscritti ai corsi sulle infezioni ospedaliere.

---

[299] Presidenza del Consiglio dei ministri. Ottava Relazione al Parlamento sullo stato di attuazione del Piano nazionale di ripresa e resilienza. Roma, settembre 2026. Disponibile a: www.osservatoriorecovery.it/wp-content/uploads/2026/09/Ottava-Relazione-al-Parlamento-stato-attuazione-PNRR.pdf. Ultimo accesso: 30 settembre 2026.

[300] Ministero della Salute. Decreto 11 novembre 2025, art. 1, comma 2, e allegato D. Gazzetta Ufficiale n. 286 del 10 dicembre 2025. Disponibile a: www.gazzettaufficiale.it/atto/serie_generale/caricaDettaglioAtto/originario?atto.codiceRedazionale=25A06570&atto.dataPubblicazioneGazzetta=2025-12-10. Ultimo accesso: 30 settembre 2026.

[301] Consiglio dell'Unione europea. ST 12357/26 ADD 1, allegato consolidato alla revisione del PNRR italiano. 20 agosto 2026. Disponibile a: https://data.consilium.europa.eu/doc/document/ST-12357-2026-ADD-1/it/pdf. Ultimo accesso: 30 settembre 2026.

[302] Consiglio dell'Unione europea. ST 12357/26, testo dell'atto giuridico predisposto per l'adozione. 25 agosto 2026. Disponibile a: https://data.consilium.europa.eu/doc/document/ST-12357-2026-INIT/it/pdf. Ultimo accesso: 30 settembre 2026.

[303] Camera dei deputati. Portale PNRR: approvazione della revisione con procedura scritta del Consiglio UE, 27 agosto 2026. Disponibile a: https://temi.camera.it/leg19/pnrr.html. Ultimo accesso: 30 settembre 2026.

8.2. Stato di avanzamento

Il 23 settembre 2026 si è riunita la Cabina di regia PNRR per l'esame dell'ottava Relazione al Parlamento sullo stato di attuazione del PNRR e la verifica del conseguimento degli obiettivi connessi alla richiesta di pagamento della decima e ultima rata, per un valore complessivo di € 28,4 miliardi[304]. Il 29 settembre 2026 l'Italia ha formalmente trasmesso alla Commissione europea la decima e ultima richiesta di pagamento, riferita a 156 obiettivi – 113 target e 43 milestone[305]. Con questo passaggio si completa la rendicontazione degli obiettivi della Missione 6[306]. Per la sanità, l'ottava Relazione al Parlamento riporta i seguenti risultati aggregati[307]:

- 1.270 Case della Comunità e 327 Ospedali di Comunità rendicontati al 26 agosto 2026;
- 6.034 posti letto di terapia intensiva e semi-intensiva, di cui 2.597 di terapia intensiva, rendicontati al 26 agosto 2026;
- 3.173 grandi apparecchiature collaudate al 30 giugno 2026, di cui 291 ad alta complessità tecnologica;
- 98,9% nell'indicatore nazionale relativo ai documenti clinici indicizzati nel FSE, rendicontato a giugno 2026;
- 566.321 persone assistite tramite telemedicina al 31 dicembre 2025.

È stato pubblicato anche l'allegato "Obiettivi della decima richiesta di pagamento"[308], che identifica i dieci obiettivi della Missione 6 relativi all'ultima rata, precisando le soglie:

- 1.038 Case della Comunità e 307 Ospedali di Comunità;
- 300.000 assistiti mediante strumenti di telemedicina;
- 5.922 posti letto in terapia intensiva e semi-intensiva, dei quali almeno 2.368 in terapia intensiva;
- 3.100 grandi apparecchiature, incluse almeno 290 tecnologie ad alta complessità;
- almeno 84 interventi di antisismica nelle strutture ospedaliere;
- pagamenti per almeno € 225 milioni per interventi ex articolo 20 della legge 67/1988
- almeno il 90% di documenti nativi nel FSE;
- collaudo delle componenti del FSE e dell'Ecosistema dati sanitari;
- rilascio di certificati di frequenza per 4.500 professionisti e pubblicazione dell'elenco di almeno 290.000 iscritti ai corsi sulle infezioni ospedaliere.

Alla data di chiusura del presente Rapporto risultano rendicontate tutte le milestone e tutti i target della Missione 6 Salute; quelli relativi alla decima rata sono in corso di validazione da parte della Commissione europea. L'ottava Relazione al Parlamento riepiloga i risultati

[304] Governo Italiano. Presidenza del Consiglio dei Ministri. PNRR, Cabina di Regia a Palazzo Chigi. Disponibile a: www.governo.it/it/articolo/pnrr-cabina-di-regia-palazzo-chigi/32640. Ultimo accesso 30 settembre 2026.

[305] Presidenza del Consiglio dei Ministri, Struttura di Missione PNRR. Trasmessa alla Commissione europea la richiesta di pagamento della decima e ultima rata del PNRR. Roma, 29 settembre 2026. Disponibile a: www.strutturapnrr.gov.it/it/documenti/comunicati-stampa/trasmessa-alla-commissione-europea-la-richiesta-di-pagamento-della-decima-e-ultima-rata-del-pnrr. Ultimo accesso: 30 settembre 2026.

[306] Regolamento (UE) 2021/241 del Parlamento europeo e del Consiglio, art. 24: valutazione delle richieste di pagamento e dei relativi traguardi e obiettivi da parte della Commissione europea. Disponibile a: https://eur-lex.europa.eu/eli/reg/2021/241/oj/ita. Ultimo accesso: 30 settembre 2026.

[307] Presidenza del Consiglio dei ministri. Ottava Relazione al Parlamento sullo stato di attuazione del Piano nazionale di ripresa e resilienza. Roma, settembre 2026. Disponibile a: www.osservatoriorecovery.it/wp-content/uploads/2026/09/Ottava-Relazione-al-Parlamento-stato-attuazione-PNRR.pdf. Ultimo accesso: 30 settembre 2026.

[308] Presidenza del Consiglio dei Ministri, Struttura di Missione PNRR, PNRR: obiettivi decima richiesta di pagamento. Disponibile a: www.strutturapnrr.gov.it/media/i24ffmxi/ob-decima-rich-pag-pnrr.pdf. Ultimo accesso: 30 settembre 2026.

aggregati della Missione 6[309]; l'ultimo monitoraggio Agenas sull'attuazione del DM77 è aggiornato al 31 dicembre 2025[310], mentre quello relativo al primo semestre 2026 non risulta ancora pubblicato.

Le tabelle 8.3 e 8.4 riportano il quadro delle milestone e dei target europei delle Componenti 1 e 2, distinguendo gli obiettivi già validati da quelli rendicontati per la decima rata e non ancora validati dalla Commissione europea[311]

Codice	M/T	Descrizione	Fase	Stato al 30 settembre 2026
M6C1-1	M	Riforma dell'assistenza territoriale e standard organizzativi	Rate precedenti	Validato
M6C1-2	M	Contratto istituzionale di sviluppo per le Case della Comunità	Rate precedenti	Validato
M6C1-3	T	Attivazione dei servizi delle Case della Comunità (almeno 1.038)	X rata	Rendicontato; non ancora validato dall'UE
M6C1-4	M	Linee guida sul modello digitale dell'assistenza domiciliare	Rate precedenti	Validato
M6C1-5	M	Contratto istituzionale di sviluppo per assistenza domiciliare e COT	Rate precedenti	Validato
M6C1-6	T	Cure domiciliari per almeno 1.487.590 over 65	Rate precedenti	Validato
M6C1-7	T	Almeno 480 Centrali Operative Territoriali pienamente funzionanti	Rate precedenti	Validato
M6C1-8	T	Almeno un progetto di telemedicina per Regione o consorzio di Regioni	Rate precedenti	Validato
M6C1-9	T	Almeno 300.000 assistiti mediante strumenti di telemedicina	X rata	Rendicontato; non ancora validato dall'UE
M6C1-10	M	Contratto istituzionale di sviluppo per gli Ospedali di Comunità	Rate precedenti	Validato
M6C1-11	T	Attivazione dei servizi degli Ospedali di Comunità (almeno 307)	X rata	Rendicontato; non ancora validato dall'UE

Tabella 8.3. Missione 6, Componente 1: stato di validazione delle milestone e dei target europei al 30 settembre 2026.

[309] Presidenza del Consiglio dei ministri. Ottava Relazione al Parlamento sullo stato di attuazione del Piano nazionale di ripresa e resilienza. Roma, settembre 2026. Disponibile a: www.osservatoriorecovery.it/wp-content/uploads/2026/09/Ottava-Relazione-al-Parlamento-stato-attuazione-PNRR.pdf. Ultimo accesso: 30 settembre 2026.

[310] Agenas. Report nazionale di sintesi dei risultati del monitoraggio del DM 77, II semestre 2025. Roma, 8 aprile 2026. Disponibile a: www.agenas.gov.it/images/Report_Nazionale_DM77_II_semestre_2025_-_080426.pdf. Ultimo accesso: 30 settembre 2026.

[311] Consiglio dell'Unione europea. ST 12357/26 ADD 1, allegato consolidato alla revisione del PNRR italiano. 20 agosto 2026. Disponibile a: https://data.consilium.europa.eu/doc/document/ST-12357-2026-ADD-1/it/pdf. Ultimo accesso: 30 settembre 2026.

Codice	M/T	Descrizione	Fase	Stato al 30 settembre 2026
M6C2-1	M	Entrata in vigore della riforma degli IRCCS	Rate precedenti	Validato
M6C2-2	T	Finanziamento di almeno 200 progetti PoC, tumori rari e malattie rare	Rate precedenti	Validato
M6C2-3	T	Finanziamento di almeno 324 progetti sulle malattie altamente invalidanti	Rate precedenti	Validato
M6C2-4	M	Approvazione del piano di riorganizzazione della rete ospedaliera	Rate precedenti	Validato
M6C2-5	M	Contratto istituzionale di sviluppo per l'ammodernamento ospedaliero	Rate precedenti	Validato
M6C2-6	T	Prova di consegna o test per 3.100 attrezzature diagnostiche	X rata	Rendicontato; non ancora validato dall'UE
M6C2-7	M	Aggiudicazione degli appalti per digitalizzazione ospedaliera e tecnologie	Rate precedenti	Validato
M6C2-8	T	Digitalizzazione di almeno 280 DEA con incremento della maturità digitale	Rate precedenti	Validato
M6C2-9	T	Posti letto forniti o convertiti in UTI e terapia semi-intensiva (almeno 5.922)	X rata	Rendicontato; non ancora validato dall'UE
M6C2-10	T	Completamento degli interventi di antisismica nelle strutture ospedaliere (almeno 84)	X rata	Rendicontato; non ancora validato dall'UE
M6C2-10 bis	T	Pagamenti per almeno 225 milioni di euro per interventi ex articolo 20 della legge 67/1988	X rata	Rendicontato; non ancora validato dall'UE
M6C2-11	T	Utilizzo e alimentazione del FSE da almeno l'85% di MMG e PLS	Rate precedenti	Validato
M6C2-12	M	Collaudo di Sistema Tessera Sanitaria, interoperabilità FSE ed Ecosistema Dati Sanitari	X rata	Rendicontato; non ancora validato dall'UE
M6C2-13	T	Produzione di documenti nativi FSE pari ad almeno il 90% del totale	X rata	Rendicontato; non ancora validato dall'UE
M6C2-14	T	Assegnazione di 1.800 borse per la formazione in medicina generale	Rate precedenti	Validato
M6C2-15	T	Assegnazione di ulteriori 2.700 borse per la formazione in medicina generale	Rate precedenti	Validato
M6C2-16	T	4.500 certificati per competenze manageriali e digitali e almeno 290.000 iscritti ai corsi sulle infezioni ospedaliere	X rata	Rendicontato; non ancora validato dall'UE
M6C2-17	T	Aggiudicazione di 4.200 contratti di formazione medica specialistica	Rate precedenti	Validato

Tabella 8.4. Missione 6, Componente 2: stato di validazione delle milestone e dei target europei al 30 settembre 2026.

8.3. Valutazione indipendente GIMBE

La valutazione indipendente GIMBE applica una struttura uniforme agli obiettivi della decima rata: requisiti per il raggiungimento del target/milestone, evidenze pubbliche disponibili, evidenze pubbliche mancanti, valutazione indipendente. Quest'ultima non interpreta l'assenza di documenti pubblici come prova del mancato raggiungimento del target, ma segnala i casi in cui le fonti disponibili non consentono di verificarlo in modo indipendente.

I dieci obiettivi di seguito esaminati sono stati dichiarati raggiunti dal Governo e rendicontati alla Commissione europea con la richiesta di pagamento della decima rata, trasmessa il 29 settembre 2026.

8.3.1. Case della Comunità (M6C1-3)

Requisiti per il raggiungimento del target. In base alla revisione approvata nell'agosto 2026, relazioni di periti indipendenti devono confermare, in almeno 1.038 Case della Comunità, l'attivazione dei servizi previsti dalle voci obbligatorie della tabella 4, sezione 5, dell'allegato 1 al DM 77/2022. Almeno il 40% del sostegno *Recovery and Resilience Facility* (RRF) destinato ai costi di investimento deve inoltre essere impiegato per la costruzione di nuovi edifici o per interventi di efficientamento energetico, secondo quanto certificato dai periti indipendenti.

Gli standard organizzativi, di servizio e di presenza professionale delle Case della Comunità sono definiti dal DM 77/2022, che individua servizi obbligatori e facoltativi differenziati per le strutture *hub* e *spoke*[312]. In particolare, il decreto stabilisce i servizi da garantire, tra cui cure primarie, Punto Unico di Accesso, assistenza domiciliare, continuità assistenziale, servizi infermieristici, integrazione con i servizi sociali e collegamento con il CUP, oltre agli standard di presenza medica e infermieristica e agli ulteriori servizi diagnostici, consultoriali e di prevenzione. La tabella 8.5 sintetizza tali requisiti, distinguendo tra quelli obbligatori, facoltativi e raccomandati nei due modelli organizzativi.

[312] Ministero della Salute. Decreto 23 maggio 2022, n. 77. Allegato 1, sezione 5, tabella 4. Gazzetta Ufficiale n. 144 del 22 giugno 2022, pp. 29-30. Disponibile a: www.gazzettaufficiale.it/eli/id/2022/06/22/22G00085/sg. Ultimo accesso: 30 settembre 2026.

Servizi	Casa della Comunità	
	Hub	Spoke
Servizi di cure primarie erogati attraverso équipe multiprofessionali (MMG, PLS, SAI[a], IFoC[b], ecc.)	Obbligatorio	Obbligatorio
Punto Unico di Accesso	Obbligatorio	Obbligatorio
Servizio di assistenza domiciliare	Obbligatorio	Obbligatorio
Servizi di specialistica ambulatoriale per le patologie ad elevata prevalenza	Obbligatorio	Obbligatorio
Servizi infermieristici	Obbligatorio	Obbligatorio
Sistema integrato di prenotazione collegato al CUP aziendale	Obbligatorio	Obbligatorio
Integrazione con i Servizi Sociali	Obbligatorio	Obbligatorio
Partecipazione della Comunità e valorizzazione della co-produzione	Obbligatorio	Obbligatorio
Collegamento con la Casa della Comunità *hub* di riferimento	—	Obbligatorio
Presenza medica	Obbligatorio H24, 7/7 gg	Obbligatorio H12, 6/7 gg
Presenza infermieristica	Obbligatorio H12, 7/7 gg Fortemente raccomandato H24, 7/7 gg	Obbligatorio H12, 6/7 gg
Servizi diagnostici di base	Obbligatorio	Facoltativo
Continuità Assistenziale	Obbligatorio	Facoltativo
Punto prelievi	Obbligatorio	Facoltativo
Attività consultoriali e attività rivolte ai minori	Facoltativo	Facoltativo
Interventi di salute pubblica (incluse vaccinazioni per la fascia 0-18)	Facoltativo	Facoltativo
Programmi di screening	Facoltativo	Facoltativo
Servizi per la salute mentale, le dipendenze patologiche e la neuropsichiatria infantile e dell'adolescenza	Raccomandato	Raccomandato
Medicina dello sport	Raccomandato	Raccomandato

[a] Specialisti Ambulatoriali Interni
[b] Infermieri di Famiglia o Comunità

Tabella 8.5. Servizi e standard organizzativi delle Case della Comunità *hub* e *spoke* previsti dal DM 77/2022

In altri termini, per una Casa della Comunità *hub* sono previste 13 voci obbligatorie, incluse la presenza medica e infermieristica, e per una *spoke* 11 voci obbligatorie, incluse la presenza medica e infermieristica e il collegamento con la Casa della Comunità *hub* di riferimento.

Evidenze pubbliche disponibili. Il monitoraggio Agenas al 31 dicembre 2025[313], su 1.715 Case della Comunità programmate, ne censiva 781 con almeno un servizio attivo e 219 con tutti i servizi obbligatori dichiarati attivi, senza considerare in questo conteggio gli standard di presenza medica e infermieristica. Solo 66 risultavano dotate di tutti i servizi obbligatori e di presenza medica e infermieristica conformi al DM 77. Il 6 agosto 2026 la Conferenza delle Regioni ha riportato che, al 30 giugno 2026, erano attive 1.224 Case della Comunità, 186 in più rispetto al target di 1.038[314]. L'ottava Relazione al Parlamento indica inoltre 1.270 Case della Comunità rendicontate dai soggetti attuatori al 26 agosto 2026. Né il dato sulle strutture dichiarate attive né quello sulle strutture rendicontate documentano, da soli, l'attivazione dei servizi obbligatori e la relativa certificazione dei periti indipendenti. Il confronto richiede cautela: il monitoraggio Agenas include strutture ricomprese nei Contratti Istituzionali di Sviluppo (CIS) ed extra-CIS e si riferisce a una data precedente di quasi otto mesi rispetto alla rendicontazione governativa[315].

Evidenze pubbliche mancanti. Nelle fonti esaminate non è stata reperita una matrice nazionale delle 1.270 strutture rendicontate che riporti, per ciascuna, il Codice Unico di Progetto, la sede, la data di attivazione, i servizi obbligatori, la checklist e la relazione del perito indipendente. Il monitoraggio Agenas relativo al primo semestre 2026 non è ancora stato pubblicato. Manca inoltre un prospetto pubblico, corredato dalle attestazioni dei periti, che consenta di verificare la quota minima del 40% delle risorse destinata alla costruzione di nuovi edifici o all'efficientamento energetico.

Valutazione indipendente. Il conseguimento del target nazionale non è integralmente verificabile in modo indipendente nelle fonti pubbliche esaminate. Le 1.270 strutture rendicontate nella Relazione governativa superano la soglia numerica prevista, ma non sono accompagnate da un elenco pubblico che documenti, per ciascuna struttura, i servizi attivati e le relazioni dei periti richieste dal target PNRR. Non è inoltre verificabile la quota minima del 40% delle risorse destinata a nuovi edifici o all'efficientamento energetico, in assenza del prospetto e delle attestazioni dei periti.[316] In tal senso, anche le FAQ del Ministero della Salute evidenziano che la verifica dell'effettiva operatività dei singoli servizi può richiedere atti aziendali, procedure, deliberazioni e verbali; per i servizi organizzati al di fuori della sede fisica devono inoltre essere documentati i collegamenti funzionali, l'accessibilità e la prossimità[317].

---

[313] Agenas. Monitoraggio del DM 77, II semestre 2025. Dati al 31 dicembre 2025. Disponibile a: www.agenas.gov.it/images/Report_Nazionale_DM77_II_semestre_2025_-_080426.pdf. Ultimo accesso: 30 settembre 2026.

[314] Conferenza delle Regioni e delle Province autonome. Case della Comunità al 30 giugno 2026. 6 agosto 2026. Disponibile a: www.regioni.it/salute/2026/08/06/case-di-comunita-cronistoria-di-una-conquista-per-tutti-664590/. Ultimo accesso: 30 settembre 2026.

[315] Presidenza del Consiglio dei ministri. Ottava Relazione al Parlamento sullo stato di attuazione del Piano nazionale di ripresa e resilienza. Roma, settembre 2026. Disponibile a: www.osservatoriorecovery.it/wp-content/uploads/2026/09/Ottava-Relazione-al-Parlamento-stato-attuazione-PNRR.pdf. Ultimo accesso: 30 settembre 2026.

[316] Ministero della Salute. Target M6C1-3: Case della Comunità. Disponibile a: www.pnrr.salute.gov.it/it/pnrr-targetmilestone/m6c1-3/. Ultimo accesso: 30 settembre 2026.

[317] Ministero della Salute. FAQ PNRR Salute. Disponibile a: www.pnrr.salute.gov.it/it/pnrr-contenuti-di-sezione/faq/. Ultimo accesso: 30 settembre 2026.

8.3.2. Telemedicina (M6C1-9)

Requisiti per il raggiungimento del target. L'indicatore relativo all'assistenza fornita mediante strumenti di telemedicina, basato sugli indicatori della Piattaforma Nazionale di Telemedicina (PNT) e monitorato attraverso il cruscotto di Agenas, deve raggiungere un valore di almeno 300.000 persone assistite[318].

Evidenze pubbliche disponibili. Nell'area "Monitoraggio e Reportistica" della PNT, Agenas ha attivato una vista nazionale pubblica specificamente dedicata alla "Rendicontazione del Target PNRR 2025"[319]. Per dicembre 2025 la vista pubblica riporta 566.321 assistiti e 946.826 prestazioni. Il numero di assistiti corrisponde a quello riportato nella Relazione al Parlamento e raggiunge il 188,8% della soglia formale di 300.000 persone, superandola di 266.321 unità[320]. Il dettaglio per tipologia di servizio riporta 225.191 assistiti in televisita, 180.486 in teleconsulto, 145.159 in telemonitoraggio e 27.101 in teleassistenza. La somma degli assistiti per tipologia di servizio, pari a 577.937, supera il totale di 566.321, verosimilmente perché una stessa persona può aver usufruito di più servizi; in assenza delle regole di deduplicazione, il totale non può pertanto essere ricostruito sommando le singole voci. Le condizioni d'uso precisano che i dati sono trasmessi dai software regionali e acquisiti in forma aggregata, anonima o pseudonima[321,322].

Evidenze pubbliche mancanti. La pagina pubblica di rendicontazione è dinamica e non consente di esportare il dettaglio numerico per Regione e tipologia di servizio. Per riprodurre il conteggio degli assistiti e controllarne la deduplicazione occorrerebbe un export scaricabile con numerosità, periodo di osservazione, regole di deduplicazione e dettaglio regionale per tipologia di servizio. Queste informazioni mancanti non impediscono comunque il riscontro della soglia sull'indicatore aggregato pubblico.

Valutazione indipendente. Il target è verificato quantitativamente: l'indicatore aggregato della dashboard pubblica Agenas riporta 566.321 assistiti, oltre la soglia di 300.000. La mancanza di un export e delle regole di deduplicazione limita la riproducibilità del conteggio e il controllo degli utenti che hanno usufruito di più servizi, senza impedire il riscontro della soglia.

8.3.3. Ospedali di Comunità (M6C1-11)

Requisiti per il raggiungimento del target. Relazioni di periti indipendenti devono confermare, per almeno 307 Ospedali di Comunità, l'attivazione dei servizi secondo gli standard definiti all'allegato 1, sezione 11, del DM 77/2022.

In dettaglio, il DM 77/2022 definisce specifici standard organizzativi, assistenziali, tecnologici e strutturali. L'Ospedale di Comunità è una struttura sanitaria di ricovero dell'assistenza

---

[318] Ministero della Salute. Assistenza mediante strumenti di telemedicina. Disponibile a: https://www.pnrr.salute.gov.it/it/pnrr-targetmilestone/m6c1-9. Ultimo accesso 30 settembre 2026.

[319] Agenas. Piattaforma nazionale di telemedicina, Rendicontazione nazionale del target PNRR 2025. Disponibile a: https://pnt.agenas.it/area-monitoraggio-reportistica/rendicontazione-nazionale. Ultimo accesso: 30 settembre 2026.

[320] Agenas. Piattaforma Nazionale di Telemedicina – Rendicontazione nazionale del target PNRR 2025. Disponibile a: https://pnt.agenas.it/area-monitoraggio-reportistica/rendicontazione-nazionale. Ultimo accesso: 30 settembre 2026.

[321] Agenas. Piattaforma Nazionale di Telemedicina – Condizioni generali di utilizzo. Disponibile a: https://pnt.agenas.it/termini-utilizzo. Ultimo accesso: 30 settembre 2026.

[322] Presidenza del Consiglio dei ministri. Ottava Relazione al Parlamento sullo stato di attuazione del Piano nazionale di ripresa e resilienza. Roma, settembre 2026. Disponibile a: www.osservatoriorecovery.it/wp-content/uploads/2026/09/Ottava-Relazione-al-Parlamento-stato-attuazione-PNRR.pdf. Ultimo accesso: 30 settembre 2026.

territoriale, operativa 7 giorni su 7, con funzione intermedia tra il domicilio e l'ospedale, finalizzata a evitare ricoveri impropri e a favorire dimissioni protette. Lo standard previsto è di un Ospedale di Comunità con 20 posti letto ogni 100.000 abitanti. Per ciascun modulo da 20 posti letto sono previsti 7-9 infermieri, di cui un coordinatore, 4-6 operatori sociosanitari, 1-2 unità di altro personale sanitario con funzioni riabilitative e la presenza di un medico per 4,5 ore al giorno, 6 giorni su 7; l'assistenza infermieristica è garantita H24, 7 giorni su 7. Il decreto disciplina inoltre l'assistenza medica notturna, festiva e prefestiva, i sistemi di monitoraggio e telemedicina, l'integrazione con il FSE e la disponibilità di spazi e servizi necessari alle attività assistenziali, riabilitative e di supporto.

Evidenze pubbliche disponibili. Al 31 dicembre 2025, su 594 Ospedali di Comunità programmati, Agenas censiva 163 strutture attive, di cui 119 con requisiti minimi di personale, per complessivi 2.921 posti letto[323]. L'ottava Relazione al Parlamento indica 327 Ospedali di Comunità rendicontati dai soggetti attuatori al 26 agosto 2026, rispetto alla soglia europea di 307[324].

Evidenze pubbliche mancanti. Nelle fonti esaminate non è stata reperita una matrice nazionale dei 327 Ospedali di Comunità rendicontati con Codice Unico di Progetto, sede, data di attivazione, servizi erogati, conformità ai requisiti del DM 77 e relazione del perito indipendente, necessaria per verificare almeno 307 strutture conformi. Il monitoraggio Agenas relativo al primo semestre 2026 non è ancora stato pubblicato.

Valutazione indipendente. Il conseguimento del target nazionale non è integralmente verificabile in modo indipendente nelle fonti pubbliche esaminate. Il numero di strutture rendicontate nella Relazione governativa supera la soglia numerica prevista, ma non è accompagnato da un elenco pubblico che documenti, per ciascuna struttura, i servizi attivati e le relazioni dei periti richieste dal target PNRR.

8.3.4. Attrezzature diagnostiche (M6C2-6)

Requisiti per il raggiungimento del target. Secondo la revisione approvata nell'agosto 2026, devono essere disponibili prove di consegna o test per almeno 3.100 attrezzature diagnostiche. Di queste, almeno 290 devono essere RM da 1,5 T o superiori, acceleratori lineari o PET/CT; le restanti possono comprendere, tra l'altro, ecografi, mammografi e TC.

Evidenze pubbliche disponibili. Sulla base di ReGiS, la Corte dei conti riportava 2.542 apparecchiature collaudate al 31 dicembre 2024, pari all'82% del target. Il dato costituisce un benchmark istituzionale indipendente, ma precede di 18 mesi la scadenza[325]. L'ottava Relazione al Parlamento riporta 3.173 apparecchiature collaudate al 30 giugno 2026, di cui 291 ad alta complessità tecnologica, rispetto alla soglia minima di 290.[326]

---

[323] Agenas. Monitoraggio del DM 77, II semestre 2025. Dati al 31 dicembre 2025. Disponibile a: www.agenas.gov.it/images/Report_Nazionale_DM77_II_semestre_2025_-_080426.pdf. Ultimo accesso: 30 settembre 2026.

[324] Presidenza del Consiglio dei ministri. Ottava Relazione al Parlamento sullo stato di attuazione del Piano nazionale di ripresa e resilienza. Roma, settembre 2026. Disponibile a: www.osservatoriorecovery.it/wp-content/uploads/2026/09/Ottava-Relazione-al-Parlamento-stato-attuazione-PNRR.pdf. Ultimo accesso: 30 settembre 2026.

[325] Corte dei conti, Sezioni riunite in sede di controllo. Relazione sullo stato di attuazione del PNRR, p. 259. Maggio 2026. Disponibile a: www.corteconti.it/Download?id=2b9bc21c-14cc-4b1c-9f9d-31991ef804ec. Ultimo accesso: 30 settembre 2026.

[326] Presidenza del Consiglio dei ministri. Ottava Relazione al Parlamento sullo stato di attuazione del Piano nazionale di ripresa e resilienza. Roma, settembre 2026. Disponibile a: www.osservatoriorecovery.it/wp-content/uploads/2026/09/Ottava-Relazione-al-Parlamento-stato-attuazione-PNRR.pdf. Ultimo accesso: 30 settembre 2026.

Evidenze pubbliche mancanti. Nelle fonti esaminate non è stato reperito un elenco pubblico delle 3.173 apparecchiature dichiarate collaudate che riporti, per ciascuna, tipologia, struttura, Codice Unico di Progetto, data e prova di consegna o test, che può includere verbale di collaudo, certificato di test o autorizzazione all'uso.[327]

Valutazione indipendente. Il target non è integralmente verificabile in modo indipendente nelle fonti pubbliche esaminate. I dati governativi di 3.173 apparecchiature, di cui 291 ad alta complessità tecnologica, superano le soglie numeriche, ma non consentono di verificare le prove di consegna o test e l'appartenenza di almeno 290 apparecchiature alle tipologie richieste.

8.3.5. Terapie intensive e semi-intensive (M6C2-9)

Requisiti per il raggiungimento del target. Certificati amministrativi devono attestare il completamento degli interventi che rendono disponibili o convertono almeno 5.922 posti letto in unità di terapia intensiva e semi-intensiva, di cui almeno 2.368 di terapia intensiva.

Evidenze pubbliche disponibili. Un precedente riferimento quantitativo nazionale è fornito dall'Ufficio parlamentare di bilancio (UPB), sulla base dei dati ReGiS aggiornati al 21 marzo 2025[328]. L'UPB riportava 2.089 posti realizzati, pari a circa il 35% del target rivisto: 890 di terapia intensiva e 1.199 di terapia semi-intensiva. Lo stesso documento rilevava che la programmazione complessiva dei Piani di riorganizzazione era più ampia rispetto al target europeo, prevedendo 7.829 posti (3.591 di terapia intensiva e 4.238 di semi-intensiva). L'ottava Relazione al Parlamento indica 6.034 posti letto rendicontati dai soggetti attuatori al 26 agosto 2026, di cui 2.597 di terapia intensiva[329].

Evidenze pubbliche mancanti. Nelle fonti esaminate non è stato reperito un elenco nazionale che riporti, per ciascun intervento, Codice Unico di Progetto, ospedale, numero di posti letto per tipologia, data di completamento e certificato amministrativo.

Valutazione indipendente. Il conseguimento del target nazionale non è integralmente verificabile in modo indipendente nelle fonti pubbliche esaminate. I 6.034 posti letto rendicontati, di cui 2.597 di terapia intensiva, superano entrambe le soglie europee. In assenza dell'elenco nazionale e dei relativi certificati amministrativi, il dato aggregato della Relazione governativa non consente tuttavia di verificare i posti letto effettivamente conteggiati né la loro distribuzione territoriale.

8.3.6. Interventi di antisismica (M6C2-10)

Requisiti per il raggiungimento del target. Pubblicazione di una relazione che certifichi il completamento del collaudo strutturale o statico per almeno 84 interventi di antisismica nelle strutture ospedaliere.

---

[327] Consiglio dell'Unione europea. ST 12357/26 ADD 1, allegato consolidato alla revisione del PNRR italiano. 20 agosto 2026. Disponibile a: https://data.consilium.europa.eu/doc/document/ST-12357-2026-ADD-1/it/pdf. Ultimo accesso: 30 settembre 2026.

[328] Ufficio parlamentare di bilancio. Il PNRR e la sanità: finalità, risorse e primi risultati. Focus tematico n. 3. Roma, 22 maggio 2025. Disponibile a: www.upbilancio.it/wp-content/uploads/2025/05/Focus-3_2025_PNRR_sanita.pdf. Ultimo accesso: 30 settembre 2026.

[329] Presidenza del Consiglio dei ministri. Ottava Relazione al Parlamento sullo stato di attuazione del Piano nazionale di ripresa e resilienza. Roma, settembre 2026. Disponibile a: www.osservatoriorecovery.it/wp-content/uploads/2026/09/Ottava-Relazione-al-Parlamento-stato-attuazione-PNRR.pdf. Ultimo accesso: 30 settembre 2026.

Evidenze pubbliche disponibili. Le precedenti fonti pubbliche erano antecedenti alla scadenza del target. A maggio 2026 la Corte dei conti[330] lo riportava ancora in corso, con un livello di criticità definito basso dal Ministero della Salute. Gli open data Italia Domani, aggiornati al 13 giugno 2026, censivano 52 progetti con iter concluso nella fase di collaudo o di collaudo e regolare esecuzione; di questi, 36 risultavano anche convalidati amministrativamente nel dataset, senza che ciò equivalga alla validazione europea del target[331,332]. L'ottava Relazione al Parlamento dichiara completati, con collaudo statico, 85 interventi di antisismica, uno in più della soglia europea[333].

Evidenze pubbliche mancanti. Nelle fonti esaminate non sono stati reperiti la relazione prevista dal target, l'elenco degli 85 interventi dichiarati collaudati e i relativi documenti probatori previsti dagli *Operational Arrangements* del 30 giugno 2025[334]: certificato di completamento corrispondente al collaudo statico e relazione di un ingegnere indipendente, convalidata dalla Regione o Provincia autonoma attuatrice.

Valutazione indipendente. La Relazione governativa dichiara 85 interventi collaudati, ma non ne pubblica l'elenco né le relative attestazioni. In assenza della relazione prevista dal target, dell'elenco degli interventi e dei relativi documenti di collaudo, il conseguimento del target non è integralmente verificabile in modo indipendente nelle fonti pubbliche esaminate.

8.3.7. Interventi ex art. 20 della L. 67/1988 (M6C2-10 bis)

Requisiti per il raggiungimento del target. Prova del pagamento di almeno € 225 milioni per gli interventi di cui all'art. 20 della L. 67/1988.

Evidenze pubbliche disponibili. Il dataset Italia Domani[335], con data di osservazione 13 giugno 2026, identifica 103 progetti in essere con pagamenti PNRR complessivi pari a € 227.386.411,22, equivalenti al 101,1% della soglia e superiori di circa € 2,39 milioni rispetto alla soglia prevista[336]. Il target risulta pertanto verificato quantitativamente. L'ottava Relazione al Parlamento riporta pagamenti per oltre € 228 milioni, senza precisarne la data di riferimento né pubblicarne il dettaglio.[337]

---

[330] Corte dei conti. Relazione sullo stato di attuazione del PNRR. Roma, maggio 2026. Disponibile a: www.corteconti.it/Download?id=2b9bc21c-14cc-4b1c-9f9d-31991ef804ec. Ultimo accesso: 30 settembre 2026.

[331] Corte dei conti, Sezioni riunite in sede di controllo. Relazione sullo stato di attuazione del PNRR, p. 259. Maggio 2026. Disponibile a: www.corteconti.it/Download?id=2b9bc21c-14cc-4b1c-9f9d-31991ef804ec. Ultimo accesso: 30 settembre 2026.

[332] Italia Domani. Catalogo Open Data – Progetti del PNRR, versione 5.0, data di osservazione 13 giugno 2026. Disponibile a: www.italiadomani.gov.it/content/sogei-ng/it/it/catalogo-open-data/Progetti_del_PNRR.html. Ultimo accesso: 30 settembre 2026.

[333] Presidenza del Consiglio dei ministri. Ottava Relazione al Parlamento sullo stato di attuazione del Piano nazionale di ripresa e resilienza. Roma, settembre 2026. Disponibile a: www.osservatoriorecovery.it/wp-content/uploads/2026/09/Ottava-Relazione-al-Parlamento-stato-attuazione-PNRR.pdf. Ultimo accesso: 30 settembre 2026.

[334] Commissione europea. Operational Arrangements between the European Commission and Italy, decisione C(2025) 4476, allegato, pp. 155-157, 30 giugno 2025. Disponibile a: https://commission.europa.eu/document/download/83ee6c9a-a821-448d-9595-1ba06f936411_en?filename=C_2025_4476_1_EN_annexe_acte_autonome_cp_part1_v2.pdf. Ultimo accesso: 30 settembre 2026.

[335] Italia Domani. Catalogo Open Data – Progetti del PNRR, versione 5.0, data di osservazione 13 giugno 2026. Disponibile a: www.italiadomani.gov.it/content/sogei-ng/it/it/catalogo-open-data/Progetti_del_PNRR.html. Ultimo accesso: 30 settembre 2026.

[336] Italia Domani. Catalogo Open Data – Pagamenti dei progetti del PNRR, versione 5.0, data di osservazione 13 giugno 2026. Disponibile a: www.italiadomani.gov.it/content/sogei-ng/it/it/catalogo-open-data/pagamenti-dei-progetti-del-pnrr.html. Ultimo accesso: 30 settembre 2026.

[337] Presidenza del Consiglio dei ministri. Ottava Relazione al Parlamento sullo stato di attuazione del Piano nazionale di ripresa e resilienza. Roma, settembre 2026. Disponibile a: www.osservatoriorecovery.it/wp-content/uploads/2026/09/Ottava-Relazione-al-Parlamento-stato-attuazione-PNRR.pdf. Ultimo accesso: 30 settembre 2026.

Evidenze pubbliche mancanti. Nelle fonti esaminate non è stato reperito il prospetto definitivo dei Codici Unici di Progetto e dei relativi pagamenti inclusi nel dossier nazionale. Tale carenza non impedisce tuttavia di verificare, attraverso gli open data disponibili, il superamento della soglia prevista.

Valutazione indipendente. Il target è verificato quantitativamente: i pagamenti ricostruibili dagli open data superano la soglia di € 225 milioni. Il prospetto definitivo dei pagamenti inclusi nel dossier nazionale servirebbe a riconciliare questo riscontro con gli oltre € 228 milioni riportati nella Relazione governativa.

8.3.8. Sistema Tessera Sanitaria, INI-FSE ed EDS (M6C2-12)

Requisiti per il raggiungimento della milestone. Certificati amministrativi devono attestare il collaudo delle componenti del Sistema Tessera Sanitaria (TS), compresa la reingegnerizzazione della prescrizione elettronica, dell'Infrastruttura Nazionale per l'Interoperabilità del FSE (INI-FSE) e dell'Ecosistema Dati Sanitari (EDS), compresi modulo dati, broker e Gateway.

Evidenze pubbliche disponibili. Gli open data Italia Domani al 13 giugno 2026 documentavano attività coerenti con la milestone, ancora in corso[338,339]. Il progetto relativo al Sistema Tessera Sanitaria e all'INI risultava in fase di collaudo, con conclusione prevista al 30 giugno 2026. Il progetto principale relativo all'EDS risultava in esecuzione, con conclusione prevista al 31 dicembre 2026, mentre un ulteriore contratto per servizi applicativi e supporto all'EDS risultava in corso, con conclusione prevista al 30 giugno 2026. Tali stati amministrativi non dimostrano il mancato conseguimento della milestone, perché il collaudo di specifiche componenti può precedere la conclusione dell'intero progetto. Le fonti pubbliche presentano tuttavia perimetri temporali differenti e non contengono i verbali necessari a riconciliarli[340,341]. L'ottava Relazione al Parlamento afferma che, al 30 giugno 2026, i test delle componenti del Sistema TS, INI-FSE ed EDS erano stati superati.[342]

Evidenze pubbliche mancanti. Gli *Operational Arrangements* del 30 giugno 2025 prevedono un documento riepilogativo e, per il Sistema TS e l'INI-FSE, un certificato di completamento firmato dal contraente e dall'autorità competente. Nelle fonti esaminate non sono stati reperiti i certificati amministrativi di collaudo, i verbali dei test né una matrice che colleghi ciascuna componente della milestone alle relative evidenze. La revisione dell'agosto 2026 richiede certificati amministrativi anche per il collaudo delle componenti dell'EDS.

---

[338] Italia Domani. Catalogo Open Data – Progetti del PNRR, versione 5.0, data di osservazione 13 giugno 2026. Disponibile a: www.italiadomani.gov.it/content/sogei-ng/it/it/catalogo-open-data/Progetti_del_PNRR.html. Ultimo accesso: 30 settembre 2026.

[339] Italia Domani. Catalogo Open Data – Pagamenti dei progetti del PNRR, versione 5.0, data di osservazione 13 giugno 2026. Disponibile a: www.italiadomani.gov.it/content/sogei-ng/it/it/catalogo-open-data/pagamenti-dei-progetti-del-pnrr.html. Ultimo accesso: 30 settembre 2026.

[340] Agenas. Ecosistema dei Dati Sanitari. Pagina modificata il 18 settembre 2025. Disponibile a: www.agenas.gov.it/agenzia-per-la-sanit%C3%A0-digitale/progetti-strategici/eds. Ultimo accesso: 30 settembre 2026.

[341] Dipartimento per la trasformazione digitale. L'Ecosistema dei Dati Sanitari e il ruolo del Dipartimento per la trasformazione digitale. Presentazione del 12 novembre 2025. Disponibile a: www.garanteprivacy.it/documents/10160/0/La+privacy+in+Salute+-+12+novembre+2025+-+L%E2%80%99Ecosistema+dei+Dati+Sanitari+e+il+ruolo+del+Dipartimento+per+la+trasformazione+digitale.pdf. Ultimo accesso: 30 settembre 2026.

[342] Presidenza del Consiglio dei ministri. Ottava Relazione al Parlamento sullo stato di attuazione del Piano nazionale di ripresa e resilienza. Roma, settembre 2026. Disponibile a: www.osservatoriorecovery.it/wp-content/uploads/2026/09/Ottava-Relazione-al-Parlamento-stato-attuazione-PNRR.pdf. Ultimo accesso: 30 settembre 2026.

Valutazione indipendente. La milestone non è integralmente verificabile in modo indipendente nelle fonti pubbliche esaminate: la dichiarazione governativa del superamento dei test non è accompagnata dai certificati amministrativi e dai verbali necessari a verificare tutte le componenti richieste. Il documento riepilogativo e la matrice tra componenti ed evidenze consentirebbero anche di chiarire il perimetro dei collaudi rispetto ai progetti EDS con conclusione prevista a dicembre 2026.

8.3.9. Fascicolo Sanitario Elettronico (M6C2-13)

Requisiti per il raggiungimento del target. I documenti nativi FSE devono rappresentare almeno il 90% del totale dei documenti. Per verificare il raggiungimento dell'obiettivo occorre fare riferimento, nel cruscotto di monitoraggio del FSE, al valore nazionale dell'indicatore 1 di cui all'allegato 2 del decreto 8 agosto 2022 e successive modifiche, almeno per le seguenti tipologie di documenti: lettera di dimissione ospedaliera, verbale di pronto soccorso, referto di laboratorio, referto di radiologia, referto di anatomia patologica.

Evidenze pubbliche disponibili. Il portale "I numeri del Fascicolo Sanitario Elettronico" riporta per l'indicatore 1, aggiornato a marzo 2026, un valore nazionale del 98,9%. L'indicatore esprime il rapporto tra il numero di documenti indicizzati e il numero di eventi/prestazioni collegati nell'ambito del SSN per le cinque tipologie di documenti previste. Il valore supera di 8,9 punti percentuali la soglia[343]. L'ottava Relazione al Parlamento riporta lo stesso valore (98,9%), rendicontato a giugno 2026, con oltre 68,1 milioni di documenti indicizzati a fronte di circa 68,9 milioni di prestazioni.[344]

Evidenze pubbliche mancanti. La Relazione governativa riporta valori aggregati approssimati, ma non sono stati reperiti il numeratore e il denominatore esatti né un export con il dettaglio per tipologia di documento e Regione. Inoltre, la terminologia non è uniforme: il target fa riferimento a documenti "nativi FSE", mentre il cruscotto misura i documenti "indicizzati" rispetto agli eventi. Poiché la scheda ufficiale del target individua proprio nell'indicatore 1 la modalità di verifica, tale differenza terminologica non impedisce il riscontro quantitativo; rende tuttavia opportuno pubblicare la metodologia utilizzata per l'elaborazione e il controllo dei flussi.

Valutazione indipendente. Il target M6C2-13 è verificato quantitativamente, perché il dato aggregato è coerente con la modalità di verifica indicata nella scheda ufficiale. Il riscontro indipendente riguarda il dato pubblico di marzo 2026; il valore rendicontato a giugno è riportato nella Relazione governativa e non è accompagnato da un export che consenta di riprodurne il calcolo. La pubblicazione del numeratore, del denominatore e del dettaglio territoriale consentirebbe di riprodurre il calcolo e approfondire l'analisi territoriale e per tipologia di documento.

---

[343] Ministero della Salute e Dipartimento per la trasformazione digitale. I numeri del Fascicolo Sanitario Elettronico – Documenti indicizzati sul totale delle prestazioni erogate, indicatore 1. Disponibile a: https://monitopen.fse.salute.gov.it/documentservices/. Ultimo accesso: 30 settembre 2026.

[344] Presidenza del Consiglio dei ministri. Ottava Relazione al Parlamento sullo stato di attuazione del Piano nazionale di ripresa e resilienza. Roma, settembre 2026. Disponibile a: www.osservatoriorecovery.it/wp-content/uploads/2026/09/Ottava-Relazione-al-Parlamento-stato-attuazione-PNRR.pdf. Ultimo accesso: 30 settembre 2026.

8.3.10. Formazione del personale del SSN (M6C2-16)

Requisiti per il raggiungimento del target. Il requisito originario prevedeva il rilascio di certificati di frequenza dei corsi per l'acquisizione di competenze manageriali e digitali a 4.500 unità di personale del SSN. La revisione approvata nell'agosto 2026 ha aggiunto la pubblicazione di un elenco di almeno 290.000 dipendenti del SSN iscritti ai corsi sulla sicurezza rispetto alle infezioni ospedaliere.

Evidenze pubbliche disponibili. La deliberazione Agenas n. 196 del 30 giugno 2026 certifica l'elenco di 4.500 manager e middle manager che hanno completato il percorso [345]: 60 partecipanti sono stati formati direttamente nelle due edizioni del corso pilota nazionale e 4.440 nei corsi organizzati da Regioni e Province autonome. L'allegato pubblico anonimizzato riporta, per ciascun partecipante, codice, ruolo, Regione/Provincia autonoma, sede lavorativa, date, atto di iscrizione ed estremi della certificazione finale. L'ottava Relazione al Parlamento attesta in sede di rendicontazione il conseguimento dell'intero target e richiama il decreto direttoriale ricognitivo del Ministero della Salute del 24 agosto 2026.[346]

Evidenze pubbliche mancanti. La revisione approvata il 27 agosto 2026 prevede la pubblicazione di un elenco di almeno 290.000 dipendenti del SSN iscritti ai corsi sulla sicurezza rispetto alle infezioni ospedaliere[347]. La pagina dell'investimento sul portale PNRR Salute, aggiornata il 25 agosto, riporta 293.386 dipendenti formati sulle infezioni ospedaliere nella sezione "Traguardi finali (target)"[348], ma non è stato individuato alcun elenco pubblico degli iscritti. Il dato aggregato non sostituisce pertanto la pubblicazione dell'elenco prevista dal target europeo[349].

Valutazione indipendente. Il target è parzialmente verificato. È verificato il requisito del rilascio di certificati per competenze manageriali e digitali a 4.500 dipendenti del SSN. Il requisito relativo ai corsi sulle infezioni ospedaliere non è integralmente verificabile nelle fonti pubbliche esaminate, perché non è stato reperito l'elenco pubblico di almeno 290.000 iscritti. L'attestazione governativa del conseguimento dell'intero target e il dato aggregato dei "formati" non sostituiscono, ai fini della verifica indipendente, la pubblicazione dell'elenco richiesta dal criterio europeo.

---

[345] Agenas. Deliberazione del Direttore generale n. 196 del 30 giugno 2026 – Attestazione dell'attuazione e del raggiungimento del target M6C2-16, con allegato anonimizzato. Disponibile a: www.agenas.gov.it/images/Deliberazione_del_DG_n196_del_30_giugno_2026.pdf. Ultimo accesso: 30 settembre 2026.

[346] Presidenza del Consiglio dei ministri. Ottava Relazione al Parlamento sullo stato di attuazione del Piano nazionale di ripresa e resilienza. Roma, settembre 2026. Disponibile a: www.osservatoriorecovery.it/wp-content/uploads/2026/09/Ottava-Relazione-al-Parlamento-stato-attuazione-PNRR.pdf. Ultimo accesso: 30 settembre 2026.

[347] Consiglio dell'Unione europea. ST 12357/26 ADD 1, p. 408. 20 agosto 2026. Disponibile a: https://data.consilium.europa.eu/doc/document/ST-12357-2026-ADD-1/it/pdf. Ultimo accesso: 30 settembre 2026.

[348] Ministero della Salute. Sviluppo delle competenze tecniche, professionali, digitali e manageriali del personale del SSN. Aggiornamento del 25 agosto 2026. Disponibile a: www.pnrr.salute.gov.it/it/pnrr-pagina/sviluppo-delle-competenze-tecniche-professionali-digitali-e-manageriali/. Ultimo accesso: 30 settembre 2026.

[349] Ministero della Salute. Target M6C2-16. Formazione del personale del SSN. Disponibile a: www.pnrr.salute.gov.it/it/pnrr-targetmilestone/m6c2-16. Ultimo accesso: 30 settembre 2026.

8.4. Sintesi della valutazione indipendente

Lo stato amministrativo degli obiettivi può assumere questi tre valori:

- "dichiarato raggiunto" indica la valutazione dell'amministrazione titolare (Ministero della Salute);
- "rendicontato" indica la trasmissione del dossier dal Governo italiano alla Commissione europea;
- "validato" indica la valutazione positiva della Commissione europea;

Alla data di chiusura del presente rapporto tutti gli obiettivi della decima rata risultano rendicontati, ma non ancora validati dalla Commissione Europea.

La tabella 8.6 sintetizza i requisiti europei, gli esiti della verifica indipendente, le evidenze pubbliche e i dati mancanti per la verifica indipendente relativi ai nove target e alla milestone previsti per il pagamento della decima rata. Nella colonna "Verifica indipendente" sono utilizzate le seguenti diciture:

- "Verificato" indica che, nelle fonti pubbliche esaminate, è stato possibile riscontrare il requisito o il raggiungimento della soglia, entro i limiti metodologici esplicitati per ciascun obiettivo;
- "Non verificabile integralmente" indica che le evidenze pubbliche non consentono di accertare tutti i requisiti applicabili. Tale esito non implica il mancato raggiungimento dell'obiettivo.

Per la formazione del personale del SSN, le due righe della tabella si riferiscono a requisiti distinti del medesimo target: risulta verificato il rilascio dei certificati di frequenza per le competenze manageriali e digitali, mentre non è integralmente verificabile il requisito relativo alla pubblicazione dell'elenco degli iscritti ai corsi sulle infezioni ospedaliere.

Per telemedicina, pagamenti ex art. 20 L. 67/1988 e documenti del FSE, la verifica riguarda il raggiungimento della soglia prevista sulla base degli indicatori o dei dati pubblicamente disponibili alle date indicate. I dati riportati come mancanti sono quelli necessari per riprodurre integralmente la verifica e, ove necessario, ricondurre le evidenze pubbliche ai dati utilizzati per la rendicontazione nazionale.

In sintesi, alla data di chiusura del presente Rapporto, gli obiettivi relativi alla decima rata sono stati dichiarati raggiunti dal Ministero della Salute, rendicontati dal Governo italiano e sono in attesa della validazione europea. Quanto alla verifica indipendente:

- Telemedicina, interventi ex art.20 L. 67/1988 e documenti del FSE sono riscontrabili quantitativamente. Per la formazione è verificabile la componente relativa ai 4.500 manager e middle manager, mentre non è integralmente verificabile quella relativa ai 290.000 iscritti ai corsi sulle infezioni ospedaliere.
- Case e Ospedali di Comunità, attrezzature diagnostiche, posti di terapia intensiva e semi-intensiva, interventi di antisismica e collaudi del Sistema Tessera Sanitaria, del FSE e dell'EDS non sono integralmente verificabili in modo indipendente per la mancanza di evidenze pubbliche di dettaglio. Ciò non implica il mancato raggiungimento dei target, ma non consente di accertarlo sulla base delle fonti pubblicamente disponibili.

Codice / Obiettivo	Requisiti europei	Verifica indipendente	Evidenze pubbliche e dati non reperiti
M6C1-3 Case della Comunità	≥1.038 Case della Comunità con servizi obbligatori DM 77 attestati da periti indipendenti; ≥40% del sostegno RRF per nuovi edifici o efficientamento energetico certificato dai periti	Non verificabile integralmente	Governo: 1.270 Case della Comunità rendicontate (26/8/2026). Dati non reperiti: elenco delle Case della Comunità con CUP, sede, data di attivazione, servizi obbligatori DM 77, checklist e relazioni dei periti; prospetto e attestazioni sulla quota minima del 40% delle risorse.
M6C1-9 Telemedicina	Indicatore Piattaforma Nazionale Telemedicina/Agenas: ≥300.000 assistiti	Verificato	Dashboard Agenas: 566.321 assistiti (dicembre 2025). Per la riproducibilità: export con numerosità, periodo, regole di deduplicazione e dettaglio regionale per tipologia di servizio.
M6C1-11 Ospedali di Comunità	≥307 Ospedali di Comunità con servizi e standard DM 77 attestati da periti indipendenti	Non verificabile integralmente	Governo: 327 Ospedali di Comunità rendicontati (26/8/2026). Dati non reperiti: matrice con CUP, sede, data di attivazione, servizi, conformità al DM 77 e relazioni dei periti.
M6C2-6 Attrezzature diagnostiche	Prove di consegna o test per ≥3.100 apparecchiature, di cui ≥290 RM da 1,5 T o superiori, acceleratori lineari o PET/CT	Non verificabile integralmente	Governo: 3.173 collaudate, di cui 291 ad alta complessità (30/6/2026). Dati non reperiti: elenco con tipologia, struttura, CUP, data e prove di consegna o test per verificare entrambe le soglie.
M6C2-9 Terapie intensive e semi-intensive	Certificati amministrativi di completamento degli interventi per ≥5.922 posti, di cui ≥2.368 di terapia intensiva	Non verificabile integralmente	Governo: 6.034 posti, di cui 2.597 intensivi (26/8/2026). Dati non reperiti: elenco degli interventi con CUP, ospedale, numero di posti per tipologia, data di completamento e certificati amministrativi.
M6C2-10 Interventi di antisismica	Pubblicazione della relazione che certifica il collaudo strutturale o statico di ≥84 interventi	Non verificabile integralmente	Governo: 85 interventi con collaudo statico. Dati non reperiti: relazione prevista dal target; elenco con CUP, struttura e data; certificati di collaudo statico e relazioni degli ingegneri indipendenti con convalida regionale.
M6C2-10 bis Interventi ex art. 20 L. 67/1988	Prova di pagamenti ≥ € 225 milioni	Verificato	Open data: € 227.386.411,22 (13/6/2026); Governo: oltre € 228 milioni. Per la riconciliazione: elenco definitivo dei CUP e dei pagamenti inclusi nel dossier nazionale.

Codice / Obiettivo	Requisiti europei	Verifica indipendente	Evidenze pubbliche e dati non reperiti
M6C2-12 Sistema Tessera Sanitaria, INI-FSE ed EDS (*milestone*)	Certificati amministrativi di collaudo del Sistema Tessera Sanitaria (revisione della prescrizione elettronica), INI-FSE ed EDS (modulo dati, broker e Gateway)	Non verificabile integralmente	Governo: test superati al 30/6/2026. Dati non reperiti: documento riepilogativo, certificati amministrativi e verbali dei test per Tessera Sanitaria, INI-FSE ed EDS; matrice tra componenti ed evidenze, anche per chiarire il perimetro dei collaudi EDS.
M6C2-13 Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE)	≥90% nell'indicatore nazionale 1 del FSE per lettere di dimissione, verbali di pronto soccorso e referti di laboratorio, radiologia e anatomia patologica	Verificato	Cruscotto FSE: 98,9% (marzo 2026); Governo: 98,9% rendicontato a giugno 2026. Per la riproducibilità: numeratore e denominatore esatti, export per tipologia e Regione e metodologia di controllo dei flussi.
M6C2-16 Formazione del personale del SSN	Certificati di frequenza per competenze manageriali e digitali a 4.500 dipendenti del SSN	Verificato	Elenco pubblico anonimizzato con gli estremi dei 4.500 certificati (delibera Agenas n. 196/2026).
	Pubblicazione dell'elenco di ≥290.000 dipendenti del SSN iscritti ai corsi sulle infezioni ospedaliere	Non verificabile integralmente	Governo: conseguimento del target attestato; portale ministeriale: 293.386 "formati". Dati non reperiti: elenco pubblico di almeno 290.000 iscritti. Da chiarire il rapporto tra iscritti e "formati".

Tutti i nove target e la milestone risultano dichiarati raggiunti e rendicontati; la validazione europea è in corso.
"Verificato": requisito o soglia riscontrati nelle fonti pubbliche, alle date indicate e con i limiti di riproducibilità o riconciliazione riportati.
"Non verificabile integralmente": evidenze pubbliche insufficienti per accertare tutti i requisiti; non equivale a mancato raggiungimento. Le due righe relative alla formazione riguardano un solo target con due requisiti ed esiti distinti.

"Governo": Ottava Relazione al Parlamento sullo stato di attuazione del PNRR

RRF: *Recovery and Resilience Facility*

INI-FSE: Infrastruttura Nazionale per l'Interoperabilità del Fascicolo Sanitario Elettronico
EDS: Ecosistema Dati Sanitari

CUP: Codice Unico di Progetto.

Tabella 8.6. Missione 6: target e milestone della decima rata.
Requisiti, evidenze pubbliche e verifica indipendente al 30 settembre 2026.

8.5. Considerazioni conclusive

Il 29 settembre 2026, il Governo italiano ha rendicontato tutti gli obiettivi della decima e ultima rata, che alla data di chiusura del presente Rapporto risultano in corso di validazione da parte della Commissione europea.

Tale validazione, tuttavia, non dimostrerà di per sé che la Missione Salute abbia rafforzato il SSN e prodotto un'eredità duratura. I target riguardano prevalentemente strutture, dotazioni tecnologiche, sistemi digitali, formazione e requisiti amministrativi, ma non documentano automaticamente la continuità operativa dei servizi, la capacità di erogare prestazioni, l'integrazione nei percorsi assistenziali, il miglioramento degli esiti di salute o la riduzione delle diseguaglianze.

Dal 2027 è quindi necessario un sistema nazionale di monitoraggio dell'impatto della Missione Salute, integrato nei flussi informativi del SSN e coordinato da Ministero della Salute e da Agenas con Regioni e Province autonome. Per ciascun investimento, il sistema dovrebbe collegare quanto realizzato – strutture, posti letto, apparecchiature, piattaforme e professionisti formati – a indicatori di operatività, accesso, qualità, esiti, equità e sostenibilità. Il monitoraggio dovrebbe includere almeno l'effettiva apertura e gli orari dei servizi, il personale disponibile, i volumi e le tipologie di prestazioni, i tempi di accesso, la continuità tra ospedale e territorio, l'utilizzo delle tecnologie, i ricoveri e gli accessi al pronto soccorso potenzialmente evitabili, le infezioni correlate all'assistenza e gli esiti riferiti dai pazienti. I dati dovrebbero essere confrontati con i valori precedenti agli interventi, disaggregati per Regione, azienda sanitaria e caratteristiche socio-demografiche e pubblicati con cadenza almeno semestrale in formato aperto e *machine readable*.

La valutazione dovrebbe inoltre verificare la sostenibilità degli interventi dopo la conclusione del PNRR: disponibilità stabile di personale, copertura dei costi correnti, manutenzione delle strutture e delle apparecchiature, aggiornamento dei sistemi digitali, interoperabilità, sicurezza informatica e capacità delle Regioni di garantire livelli omogenei di servizio. In assenza di queste condizioni, investimenti formalmente completati rischiano di rimanere sottoutilizzati o di ampliare le diseguaglianze territoriali.

Il giudizio sulla Missione Salute dovrà quindi considerare sia la validazione europea degli obiettivi rendicontati, sia il loro impatto reale sul SSN, che rappresenta l'aspetto più rilevante per cittadini e pazienti e la vera prova del valore generato dalle risorse investite. La Fondazione GIMBE chiede che la chiusura del PNRR coincida con l'avvio di un monitoraggio pubblico, continuativo e indipendente, capace di verificare se gli investimenti abbiano migliorato accessibilità, qualità ed equità dell'assistenza e di orientare tempestivamente le eventuali necessarie azioni correttive.

CAPITOLO 9
Il privato in sanità

Il progressivo indebolimento del Servizio Sanitario Nazionale (SSN) alimenta sempre più il dibattito sulla "privatizzazione" della sanità. Il termine, tuttavia, viene spesso utilizzato in modo generico per descrivere fenomeni differenti, che devono essere distinti almeno lungo due dimensioni: chi finanzia l'assistenza e chi eroga servizi e prestazioni sanitarie.

- Privatizzazione della spesa, ovvero aumento della quota di spesa sanitaria sostenuta da famiglie, fondi sanitari e assicurazioni rispetto a quella finanziata attraverso risorse pubbliche;
- Privatizzazione della produzione, ovvero aumento del ruolo degli erogatori privati nella produzione di servizi e prestazioni sanitarie, sia a carico del SSN che della spesa privata.

La prima dimensione è analizzata nel capitolo dedicato alla spesa sanitaria (§ 4). Nel 2025 la spesa privata rappresenta il 25,9% del totale: di questa, l'85,9% è rappresentato dalla spesa out-of-pocket e il 14,1% dalla spesa intermediata da fondi sanitari, assicurazioni, istituzioni non-profit e imprese. L'incidenza della spesa out-of-pocket è ben al di sopra della soglia raccomandata dall'OMS: per non compromettere uguaglianza e accessibilità alle cure, dovrebbe infatti essere contenuta entro il 15% della spesa sanitaria totale, mentre in Italia negli ultimi tredici anni si è sempre attestata tra il 21,5% e il 24,1% (figura 9.1).

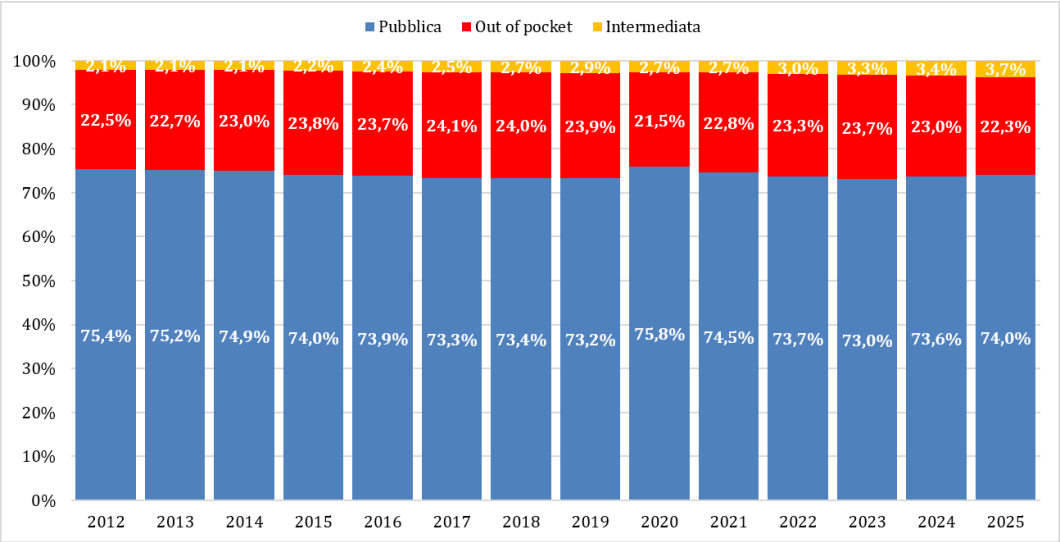


Figura 9.1. Composizione della spesa sanitaria: trend 2012-2025
(dati ISTAT-SHA)

Inoltre, è la distribuzione dell'onere sulle famiglie a definire il rischio per l'equità: il rapporto 2025 di OMS Europa sull'Italia documenta che le spese sanitarie catastrofiche si concentrano soprattutto tra i nuclei a basso reddito e nel Mezzogiorno e che persistono rilevanti diseguaglianze socio-economiche nei bisogni di cura non soddisfatti[350].

[350] Fattore G, Preti LM, eds. Can people afford to pay for health care? New evidence on financial protection in Italy. WHO Regional Office for Europe: Copenhagen, 2025. Disponibile a: www.who.int/europe/publications/i/item/9789289062251. Ultimo accesso: 30 settembre 2026.

La privatizzazione della produzione è più complessa, perché coinvolge soggetti differenti per natura giuridica, rapporto con il SSN, fonti di ricavo e assetto proprietario. La categoria più nota è quella degli erogatori privati accreditati che, attraverso la stipula di accordi contrattuali con Regioni o Aziende sanitarie, erogano prestazioni per conto e a carico del SSN.

Per inquadrare correttamente gli erogatori occorre distinguere tre passaggi regolatori. L'autorizzazione consente l'esercizio dell'attività sanitaria nel rispetto dei requisiti previsti. L'accreditamento istituzionale, rilasciato dalla Regione alle strutture autorizzate, ne attesta l'idoneità a operare nell'ambito della programmazione sanitaria sulla base di ulteriori requisiti di qualificazione, ma non determina di per sé il diritto alla remunerazione a carico del SSN. Questo deriva solo dalla stipula di accordi contrattuali (convenzione) previsti dall'art. 8-quinquies del D.Lgs. 502/1992.

- **Erogatore privato non accreditato**. Struttura autorizzata che opera esclusivamente a pagamento, con costi sostenuti direttamente dal cittadino o intermediati da fondi sanitari e assicurazioni. Non può erogare prestazioni a carico del SSN e si identifica con il cosiddetto "privato puro".
- **Erogatore privato accreditato non convenzionato**. Struttura in possesso dell'accreditamento istituzionale, ma priva di un accordo contrattuale che definisca attività e remunerazione a carico del SSN. In tale configurazione opera, per le prestazioni non coperte da accordi, in regime privato, senza diritto automatico al finanziamento pubblico. Rientrano in questa categoria anche le strutture il cui accordo contrattuale con la Regione o l'Azienda sanitaria di riferimento sia stato revocato o non rinnovato. L'accreditamento consente comunque, compatibilmente con la normativa regionale, di erogare prestazioni in regime di mobilità attiva rimborsate dalla Regione di residenza del paziente.
- **Erogatore privato accreditato convenzionato**. Struttura accreditata che ha sottoscritto con la Regione o l'Azienda sanitaria un accordo contrattuale (convenzionamento) che definisce tipologie e volumi di attività, corrispettivi, budget e sistemi di verifica. Le prestazioni previste dall'accordo sono erogate a carico del SSN, fatto salvo l'eventuale ticket a carico del cittadino. La convenzione può riguardare tutte le prestazioni erogate dalla struttura oppure specifiche tipologie; le prestazioni non comprese nell'accordo possono essere erogate in regime privato. Nel presente Rapporto, per semplicità espositiva, tali strutture sono indicate anche come "private convenzionate".

In sintesi, autorizzazione, accreditamento e accordo contrattuale (convenzione) identificano condizioni giuridiche diverse e non rappresentano tre passaggi necessariamente sequenziali verso il finanziamento pubblico: una struttura può operare stabilmente nel mercato privato, essere accreditata senza stipulare una convenzione con il SSN oppure, in casi meno frequenti, essere stata convenzionata e avere successivamente cessato il rapporto contrattuale.

L'ecosistema dei soggetti privati in sanità. Accanto agli erogatori, in sanità operano numerosi altri soggetti privati: investitori che immettono capitali; terzi paganti che finanziano o rimborsano prestazioni; operatori economici coinvolti in partenariati pubblico-privato (PPP); enti non-profit che possono svolgere una o più di queste funzioni. Le stesse organizzazioni possono inoltre ricoprire ruoli differenti: ad esempio, una compagnia assicurativa può essere al tempo stesso investitore e terzo pagante, mentre un gruppo sanitario può operare come erogatore e partecipare a operazioni di PPP.

Questa ricognizione dimostra che l'aggettivo "privato" in sanità identifica una pluralità di attori molto diversi tra loro, la cui capacità di conciliare la tutela della salute con la ricerca del

profitto è molto variabile. Per analizzarne il ruolo nel SSN è necessario distinguere almeno tre dimensioni: la funzione svolta (erogazione, investimento, intermediazione del pagamento, partenariato), il rapporto economico con il SSN (remunerazione pubblica, libero mercato o entrambi) e la natura giuridica/assetto proprietario (profit, non-profit o forme miste). La tassonomia proposta di seguito adotta come criterio principale la funzione prevalente, mantenendo le altre due come dimensioni trasversali.

Il crescente coinvolgimento di attori privati richiede quindi una lettura del fenomeno che non può limitarsi alla privatizzazione della produzione, ma deve considerarne anche il ruolo nel finanziamento, nell'intermediazione e nelle forme di collaborazione pubblico-privato.

Su questa base, il presente Rapporto individua quattro categorie funzionali: erogatori, investitori, terzi paganti e contraenti privati in PPP (box 9.1). Le categorie non sono mutuamente esclusive e ciascun soggetto può avere natura profit o non-profit.

Box 9.1. Soggetti privati che operano in sanità: la tassonomia GIMBE

- **Erogatori:** soggetti che erogano 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 gli erogatori e i fruitori delle prestazioni.
- **Contraenti privati in PPP**: soggetti che partecipano a partenariati pubblico-privato con enti del SSN secondo la disciplina del Codice dei contratti pubblici.

La tabella 9.1 articola questa classificazione, senza pretesa di esaustività, considerata la complessità del fenomeno e la continua proliferazione degli investitori. La distinzione profit/non-profit è trasversale alle quattro funzioni e non corrisponde ad una differente intensità del rapporto con il SSN.

Soggetti	Profit	Non-profit
Erogatori	• Struttura accreditata e convenzionata • Struttura accreditata non convenzionata • Struttura non accreditata	
Investitori	• Fondi di investimento • Compagnie assicurative • Gruppi bancari • Società o gruppi societari	• ETS e altri enti non-profit
Terzi paganti	• Compagnie assicurative • Imprese	• Fondi sanitari • Casse mutue • ETS e altri enti non-profit
Contraenti privati in PPP	• Società • Cooperative sociali e consorzi di cooperative • Fondi di investimento • Compagnie assicurative e banche	• ETS e altri enti non-profit

PPP. Partenariato pubblico-privato
ETS. Enti del terzo settore

Tabella 9.1. L'ecosistema dei soggetti privati in sanità

La natura giuridica, da sola, non consente di inferire comportamenti o risultati. Il rischio di disallineamento tra gli interessi degli operatori e gli obiettivi del SSN dipende soprattutto dagli incentivi, dalle regole contrattuali, dalla trasparenza degli assetti proprietari, dai sistemi di controllo e dalla capacità del sistema pubblico di programmare e verificare qualità, appropriatezza ed esiti. Per questo, la crescita del privato richiede una governance capace di valutarne non solo volumi e spesa, ma anche il valore prodotto per il SSN.

L'aggiornamento 2026 dell'Area Studi Mediobanca[351] conferma il processo di consolidamento dei principali operatori della sanità privata: i 38 gruppi analizzati hanno registrato nel 2024 ricavi complessivi per € 13,4 miliardi, in aumento del 5,5% rispetto al 2023 e del 22% rispetto al 2019; per il 2025 è stimata un'ulteriore crescita del 3,7%, trainata soprattutto dalle strutture per anziani. Il report evidenzia inoltre una marcata eterogeneità dei modelli di business, con operatori fortemente dipendenti dai ricavi SSN e altri maggiormente orientati alla solvenza privata, diretta o intermediata. Questi dati confermano che la sola distinzione tra pubblico e privato non è sufficiente a descrivere l'evoluzione del settore: assetti proprietari, fonte dei ricavi e funzioni assistenziali devono essere analizzati congiuntamente.

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 e socio-sanitarie.

Dal 2025 la disponibilità di strumenti di monitoraggio di attività e performance è aumentata. AGENAS pubblica annualmente un report sulle strutture sanitarie accreditate che integra, per le strutture ospedaliere pubbliche e private accreditate, indicatori di volume ed esito del Programma Nazionale Esiti, ruolo nelle reti cliniche, sicurezza e provvedimenti di accreditamento/accordo contrattuale[352]. Il Rapporto OASI 2025 dedica, inoltre, un'analisi specifica agli erogatori privati accreditati, sottolineandone l'eterogeneità per tipologia di attività, presenza territoriale, composizione dei ricavi e risultati economici. Queste fonti rafforzano la necessità di affiancare alla lettura quantitativa del fenomeno una valutazione sistematica di qualità, appropriatezza, esiti e ruolo svolto nella rete dei servizi del SSN[353].

[351] Area Studi Mediobanca. I maggiori operatori sanitari privati in Italia. Aggiornamento 2026, dati di bilancio 2024 e stime 2025. Comunicato stampa. Milano, 22 luglio 2026. Disponibile a: www.areastudimediobanca.com/sites/default/files/2026-07/CS_Sanit%C3%A0_2026_0.pdf. Ultimo accesso: 30 settembre 2026.

[352] Agenas. Report annuale 2025 sul monitoraggio delle strutture sanitarie accreditate ai sensi del DM 19 dicembre 2022. Roma, dicembre 2025. Dati di attività 2024. Disponibile a: https://www.agenas.gov.it/aree-tematiche/qualita-e-sicurezza/accreditamento/monitoraggio-dm-19-dicembre-2022. Ultimo accesso: 30 settembre 2026.

[353] Giudice L, Preti LM, Ricci A. Gli erogatori privati accreditati: inquadramento nell'offerta SSN ed evoluzione dei risultati economici. In: CERGAS-SDA Bocconi. Rapporto OASI 2025. Milano: Egea, 2025. Disponibile a: https://cergas.unibocconi.eu/sites/default/files/media/attach/04_Giudice%20et_al_OASI25.pdf. Ultimo accesso: 30 settembre 2026.

9.1.1. Strutture private accreditate

Secondo l'Annuario Statistico del Ministero della Salute relativo all'anno 2023[354], 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.

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, consultori 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: assistenza residenziale (85,1%), riabilitativa (78,4%), semi-residenziale (72,8%) e specialistica ambulatoriale (59,7%) (figura 9.2).

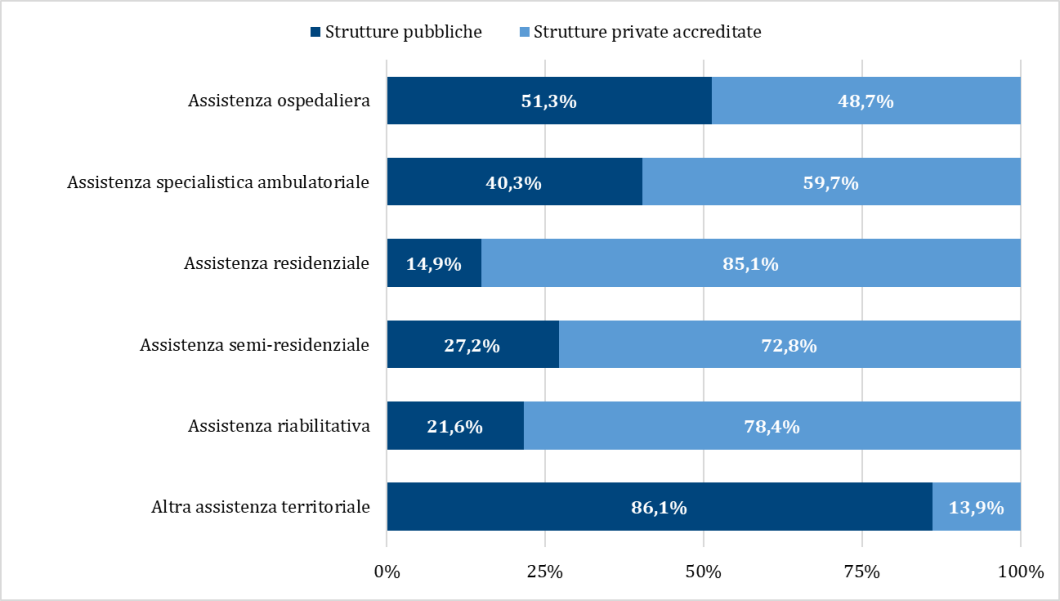


Figura 9.2. Distribuzione percentuale delle strutture pubbliche e private accreditate per tipologia di assistenza
(elaborazione GIMBE su dati Ministero della Salute)

[354] 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 2026.

Confrontando i dati del 2023 con quelli del 2011[355], emergono alcuni trend rilevanti. Il numero di strutture ospedaliere e di assistenza specialistica ambulatoriale si è ridotto sia nel pubblico che nel privato accreditato, ma in termini percentuali la contrazione è stata circa doppia nel pubblico rispetto al privato. Nell'assistenza residenziale e semi-residenziale si osserva una riduzione delle strutture pubbliche a fronte di una marcata crescita di quelle private accreditate. Nell'assistenza riabilitativa, infine, l'incremento del privato accreditato è stato superiore a quello del pubblico, mentre nella restante assistenza territoriale, a fronte di un aumento delle strutture pubbliche maggiore in valore assoluto, in termini percentuali la crescita del privato accreditato è stata quasi doppia (tabella 9.3, figura 9.3).

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)

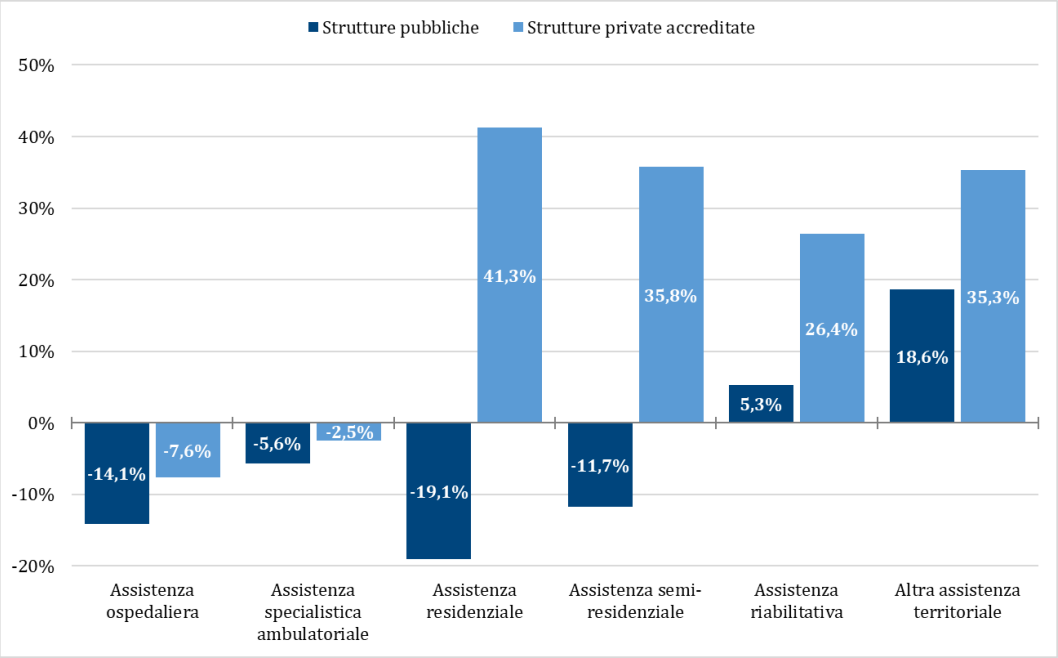


Figura 9.3. Variazione percentuale delle strutture pubbliche e private accreditate per tipologia di assistenza tra il 2011 e il 2023
(elaborazione GIMBE su dati Ministero della Salute)

Le strutture private accreditate convenzionate con il SSN vengono remunerate attraverso la 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 2012-2025 la spesa pubblica destinata

[355] 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 2026.

al privato convenzionato è aumentata complessivamente di € 6.048 milioni (+ 25,9%), passando da € 23.376 milioni del 2012 a € 29.424 milioni del 2025. In termini di incidenza sulla spesa sanitaria pubblica, dopo l'aumento registrato tra il 2012 e il 2014 (dal 21,5% al 22,5%), la quota si è ridotta nel 2015-2016, per poi crescere in maniera lineare fino al massimo del 2019 (22,8%). Dal 2020 il trend è divenuto discendente, fino al minimo storico del 20,8% nel 2025 (figura 9.4).

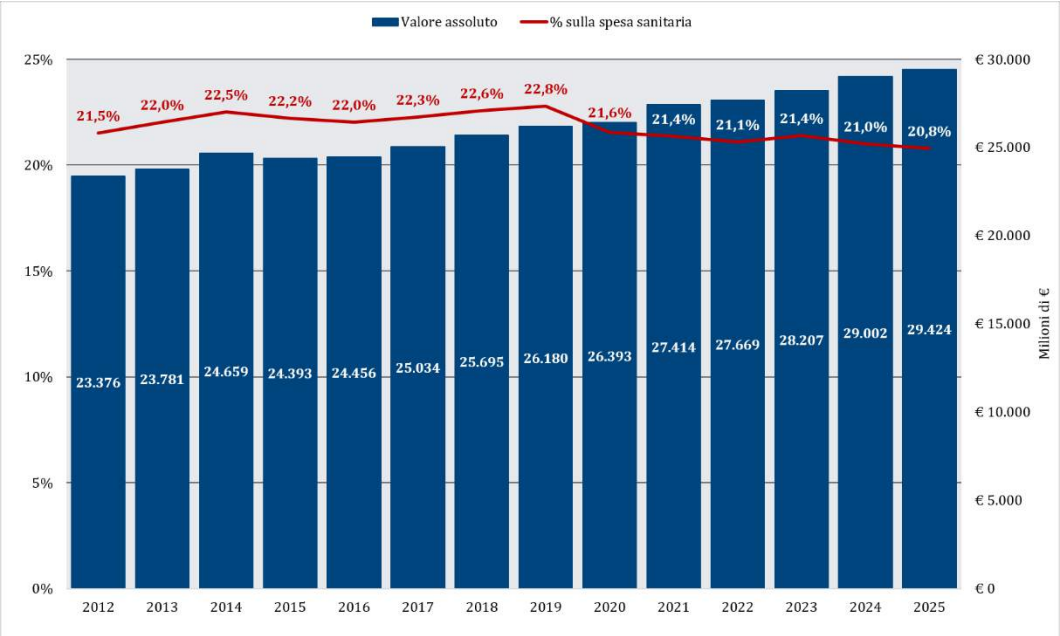


Figura 9.4. Spesa sanitaria pubblica destinata al privato accreditato e convenzionato 2012-2025
(elaborazione GIMBE su dati ISTAT)

Questi dati documentano che il marcato aumento delle strutture private convenzionate non è stato accompagnato da un corrispondente incremento della quota di spesa sanitaria loro destinata che, pur aumentando in valore assoluto, si è ridotta in termini di incidenza sulla spesa sanitaria pubblica.

La scomposizione regionale della spesa per le "altre prestazioni sociali in natura da privato" è disponibile dal Conto economico consolidato della sanità relativo alle Amministrazioni pubbliche nell'ambito dei Conti della Protezione sociale[356]. Si tratta quindi di dati non perfettamente sovrapponibili a quelli dei Conti Nazionali sopra riportati. L'analisi evidenzia che l'incidenza delle "altre prestazioni sociali in natura da privato" sulla spesa sanitaria pubblica supera la media nazionale del 19,8% in 6 Regioni, con valori compresi tra il 21,7% della Puglia e il 31,1% del Molise. Nelle restanti 15 Regioni, invece, la quota si colloca al di sotto della media nazionale, variando dal 17,4% della Calabria al 6,9% 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 dal livello di spesa sanitaria registrato nel 2011, anno di riferimento per calcolare l'incremento percentuale delle risorse destinate al privato convenzionato.

[356] Ministero dell'Economia e delle Finanze. Dipartimento della Ragioneria Generale dello Stato. Il monitoraggio della spesa sanitaria. Rapporto n° 12. Roma, novembre 2025. Disponibile a www.rgs.mef.gov.it/ Documenti/VERSIONE-I/Attivit--i/Spesa-soci/Attivit-monitoraggio-RGS/2025/IMDSS-RS2025.pdf. Ultimo accesso: 30 settembre 2026.

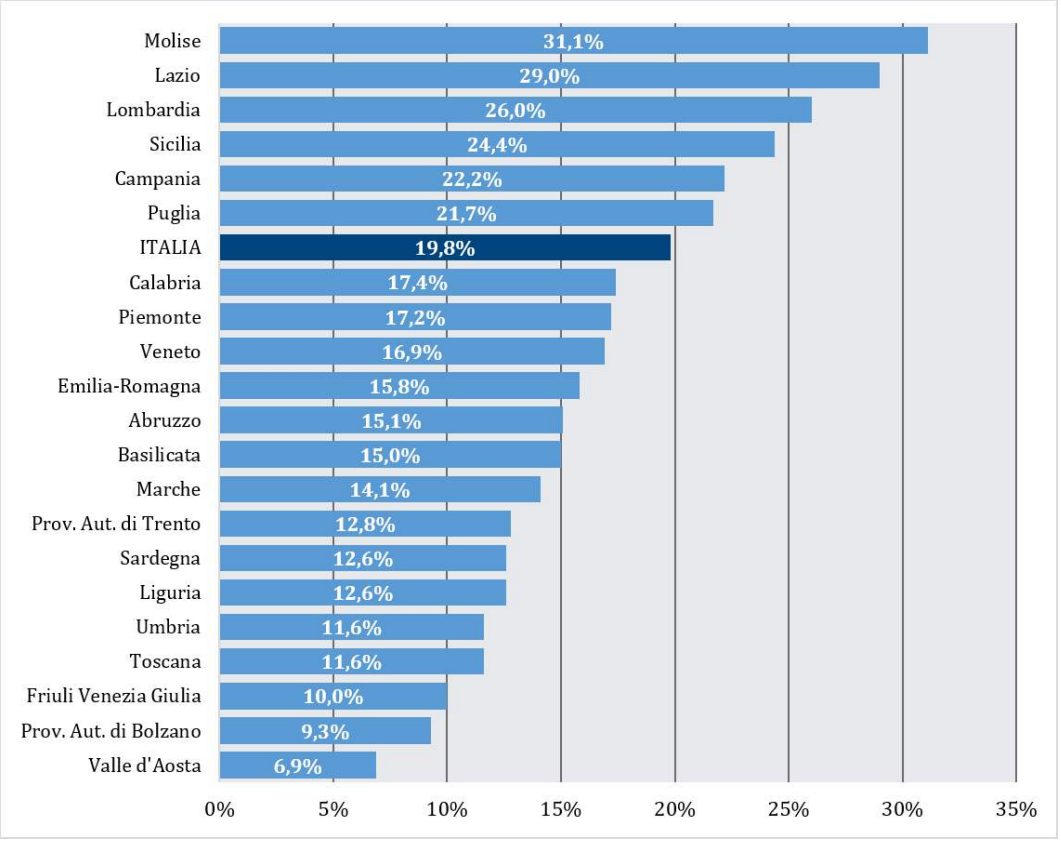


Figura 9.5. Spesa per le altre prestazioni sociali in natura da privato in percentuale della spesa sanitaria pubblica di Conto Economico per Regione anno 2024
(elaborazione GIMBE su dati CA-RGS)

9.1.2. Strutture private non accreditate

Le strutture sanitarie private non accreditate possono erogare prestazioni esclusivamente in regime privato, senza ricevere rimborsi a carico della spesa pubblica. Rientrano in questa categoria, ad esempio, ospedali e case di cura, studi medici e odontoiatrici, poliambulatori, laboratori di analisi, centri diagnostici per immagini e centri specialistici. 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 sono disponibili dati ufficiali sul numero di ambulatori e laboratori privati non accreditati, poiché le autorizzazioni sono gestite a livello regionale. Una misura indiretta è fornita dalla spesa out-of-pocket registrata dal sistema Tessera Sanitaria[357] alla voce "Strutture autorizzate", riferita alle strutture private non accreditate, che nel 2024 ammontava a € 8.201 milioni. A questa va ragionevolmente aggiunta una quota dei € 11.282 milioni erogati da medici, odontoiatri, psicologi ed altri professionisti sanitari (§ 4.2.1.2). Nel complesso, migliaia di ambulatori e laboratori operano in regime non accreditato offrendo prestazioni a pagamento diretto. Pur non essendo noto il loro numero complessivo, rappresentano oggi una quota rilevante

[357] Ministero dell'Economia e delle Finanze. Dipartimento della Ragioneria Generale dello Stato. Il monitoraggio della spesa sanitaria. Rapporto n° 12. Roma, novembre 2025. Disponibile a: www.rgs.mef.gov.it/ Documenti/VERSIONE-I/Attivit--i/Spesa-soci/Attivit-monitoraggio-RGS/2025/IMDSS-RS2025.pdf. Ultimo accesso: 30 settembre 2026.

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 questo segmento 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. In questo ambito operano, tuttavia, case di riposo e comunità per anziani interamente private.
- **Strutture di riabilitazione.** Anche in questo ambito non sono disponibili dati ufficiali sul numero di strutture private non accreditate, sebbene siano diffusi centri fisioterapici e studi che erogano prestazioni riabilitative esclusivamente in regime privato.

In sintesi, le strutture private non accreditate – insieme a quelle accreditate non convenzionate – rappresentano una componente non trascurabile dell'offerta sanitaria, soprattutto nell'ambito della specialistica ambulatoriale e della diagnostica radiologica e di laboratorio. Sebbene il loro numero complessivo non sia noto, il crescente ricorso a queste strutture è documentato indirettamente dalla spesa out-of-pocket trasmessa al Sistema Tessera Sanitaria dalle "Strutture autorizzate", ovvero strutture non accreditate. Infatti, nel periodo 2016-2024 tale spesa è aumentata del 169%, passando da € 3,05 miliardi nel 2016 a € 8,2 miliardi nel 2024, con un incremento medio di circa € 640 milioni l'anno. Nello stesso periodo, la spesa sostenuta presso strutture private accreditate è aumentata da € 5,26 miliardi a € 8,2 miliardi, con un incremento del 56%. Questi dati indicano che la crescita della spesa sanitaria privata si concentra sempre più nel perimetro del "privato puro". In particolare, dopo il 2020 si osserva una progressiva riduzione del divario tra la spesa sostenuta presso strutture accreditate e non accreditate, fino al suo sostanziale annullamento nel 2024 (figura 9.6).

Figura 9.6. Spesa out-of-pocket trasmessa al sistema Tessera Sanitaria da strutture private accreditate e non accreditate (2016-2024)
(elaborazione GIMBE su dati RGS)

Box 9.2. Le *smart clinic*

Negli ultimi anni si è registrata in Italia una rapida diffusione delle cosiddette *smart clinic**, centri medici polispecialistici di nuova generazione caratterizzati da un ampio utilizzo di tecnologie digitali, orari di apertura estesi e frequente collocazione in contesti *retail* (es. centri commerciali, hub urbani). Queste strutture offrono visite specialistiche, diagnostica di laboratorio e per immagini, nonché piccoli interventi ambulatoriali, generalmente con tempi d'attesa contenuti e tariffe relativamente accessibili. Dal punto di vista normativo, le *smart clinic* non costituiscono una categoria autonoma e vengono generalmente inquadrate come poliambulatori privati. Per l'esercizio dell'attività è necessaria l'autorizzazione prevista dalla normativa regionale e il rispetto dei relativi requisiti. Qualora intendano entrare nel circuito del SSN, l'eventuale accreditamento segue invece le regole previste per le altre strutture sanitarie private.

Le *smart clinic* intercettano una domanda crescente di accesso rapido e flessibile a visite ed esami, alimentata anche dalle difficoltà di accesso tempestivo alle prestazioni del SSN. Orari estesi, sistemi digitali di prenotazione e collocazione in aree urbane o commerciali ne favoriscono l'accessibilità. Sul piano economico, propongono generalmente tariffe inferiori a quelle tradizionalmente praticate nel mercato privato, ma le prestazioni rimangono a pagamento: di conseguenza, l'accessibilità dipende dalla capacità di spesa individuale o dalla disponibilità di coperture assicurative o di fondi sanitari.

*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 tende a concentrarsi sugli erogatori privati convenzionati, la cui incidenza sulla spesa sanitaria è rimasta sostanzialmente stabile, i dati documentano una crescita esponenziale della spesa out-of-pocket destinata al "privato puro", la cui offerta rimane difficile da quantificare per l'assenza di un censimento nazionale. Il monitoraggio dovrebbe pertanto estendersi all'intero perimetro dell'offerta privata, distinguendo chiaramente le prestazioni a carico del SSN, quelle private a pagamento diretto e quelle intermediate da fondi e assicurazioni. Per il privato convenzionato, la governance pubblica deve assicurare coerenza tra fabbisogni, numero di strutture accreditate e accordi contrattuali; programmare volumi e mix di prestazioni in funzione dei bisogni di salute; utilizzare sistemi di finanziamento che non incentivino selezione opportunistica delle prestazioni più remunerative; aggiornare le tariffe al fine di garantire sostenibilità economica e qualità delle prestazioni; monitorare sistematicamente esiti, appropriatezza e accessibilità. È inoltre necessario prevenire il disallineamento tra l'obiettivo pubblico della tutela della salute e gli interessi economici degli erogatori. L'obiettivo non è contrapporre pubblico e privato convenzionato, ma garantire che le risorse pubbliche destinate agli erogatori privati concorrano agli stessi obiettivi di universalità, equità e qualità del SSN.

9.2. Investitori

La sanità attrae un numero crescente di investitori privati, nazionali e internazionali, sostenuti da trend strutturali quali l'invecchiamento della popolazione, l'aumento delle cronicità, la domanda di assistenza a lungo termine e le opportunità di consolidamento del mercato, in un contesto di progressivo indebolimento dell'offerta pubblica. Gli investitori possono coincidere con gli erogatori, ma più spesso detengono partecipazioni finanziarie o infrastrutture oppure finanziano processi di aggregazione, senza gestire direttamente le attività clinico-assistenziali.

- **Fondi di investimento.** Oltre ai tradizionali fondi mobiliari e immobiliari, negli ultimi anni hanno assunto un ruolo di primo piano i fondi internazionali di *private equity*, protagonisti di numerose acquisizioni nel settore sanitario. I fondi italiani restano ancora poco numerosi, ma mostrano un crescente interesse verso la sanità. Anche i fondi infrastrutturali internazionali, attratti dalla relativa stabilità dei flussi di cassa, sono particolarmente attivi nei settori ospedaliero e della lungo-degenza.
- **Compagnie assicurative.** I principali gruppi assicurativi italiani stanno investendo direttamente in strutture sanitarie private, attraverso strategie di integrazione verticale che affiancano al ruolo di terzo pagante quello di investitore.
- **Gruppi bancari.** Le banche, specialmente i grandi gruppi, finanziano tradizionalmente il settore sanitario attraverso il credito e il *project financing* per la realizzazione di nuove strutture; alcune hanno assunto anche il ruolo di investitori attraverso partecipazioni societarie.
- **Società o gruppi societari.** Alcuni gruppi societari hanno creato divisioni dedicate all'*healthcare* o investito in aziende del settore. Inoltre, diverse holding, sia finanziarie sia riconducibili a grandi famiglie imprenditoriali italiane, detengono partecipazioni o controllano alcuni dei principali gruppi della sanità privata.

In conclusione, la sanità privata italiana attraversa 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, trasparenza degli assetti proprietari e un'adeguata governance pubblica, questo processo può tuttavia accentuare il rischio di disallineamento 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 che opera esclusivamente in regime privato, perché può contribuire allo sviluppo di un "secondo binario" alternativo al SSN, nel quale l'accesso alle prestazioni sanitarie dipende esclusivamente dalla capacità di sostenerne direttamente i costi o dalla disponibilità di coperture assicurative.

9.3. Terzi paganti

La spesa sanitaria privata, oltre a essere sostenuta direttamente dalle famiglie, può essere intermediata da soggetti che svolgono la funzione di terzo pagante, dando vita a un ecosistema molto eterogeneo per natura giuridica, regime fiscale, modalità di finanziamento e rischio assunto. Rimandando per gli approfondimenti alla sezione dedicata (§ 4.2.2.1), vengono qui richiamate le principali categorie di terzi paganti.

- **Fondi sanitari, enti e casse**. Comprendono soggetti non-profit eterogenei per fonte istitutiva, platea di beneficiari, coperture, modalità di gestione ed erogazione delle

prestazioni. L'iscrizione all'Anagrafe dei fondi sanitari presso il Ministero della Salute è necessaria, nei casi previsti dalla normativa, per accedere alle relative agevolazioni fiscali.

- **Compagnie assicurative.** Operano attraverso polizze individuali o collettive e possono fornire coperture assicurative anche a fondi sanitari e ad altri terzi paganti non-profit. Le polizze collettive possono essere stipulate a copertura delle prestazioni garantite da un fondo sanitario oppure direttamente da imprese o altre organizzazioni a favore di specifiche platee di beneficiari.
- **Imprese.** Possono svolgere la funzione di terzo pagante nell'ambito di iniziative per la promozione della salute nei luoghi di lavoro, tramite accordi che prevedono l'erogazione diretta o il finanziamento di servizi e prestazioni sanitari a favore dei dipendenti, al di fuori dei regimi previdenziali.
- **ETS e altri enti non-profit**. Intervengono soprattutto a favore delle fasce più vulnerabili della popolazione, sostenendo i costi delle prestazioni attraverso risorse provenienti da donazioni o trasferimenti da parte di cittadini, amministrazioni pubbliche o imprese.

Accanto ai terzi paganti operano società di servizi, network sanitari e *third-party administrator* (TPA), che gestiscono per conto di fondi sanitari e compagnie assicurative attività quali prenotazioni, autorizzazioni, convenzionamenti e liquidazione delle prestazioni. Questi soggetti svolgono un ruolo crescente nell'organizzazione dei percorsi assistenziali e nell'orientamento della domanda, ma non costituiscono una fonte autonoma di finanziamento e, pertanto, non possono essere considerati terzi paganti in senso stretto.

9.4. Partenariato pubblico-privato

Il partenariato pubblico-privato (PPP), ai sensi del vigente Codice dei contratti pubblici (art. 174 D.Lgs. 36/2023), è un'operazione economica caratterizzata da un rapporto contrattuale di lungo periodo tra ente concedente e uno o più operatori privati, finalizzato al conseguimento di un risultato di interesse pubblico. Il PPP prevede un significativo apporto di risorse da parte del privato, al quale sono affidate la realizzazione e la gestione del progetto e l'assunzione di un effettivo rischio operativo. In sanità può essere utilizzato soprattutto per la realizzazione e gestione di infrastrutture, servizi complessi, tecnologie e interventi di efficientamento, ma richiede competenze pubbliche elevate nella valutazione della convenienza, nell'allocazione dei rischi e nel controllo dell'esecuzione.

Il Codice distingue PPP contrattuale e PPP istituzionale. Nel primo rientrano le concessioni – anche realizzate tramite finanza di progetto – la locazione finanziaria, il contratto di disponibilità e gli altri contratti che presentano congiuntamente le caratteristiche previste dall'art. 174 del D.Lgs. 36/2023. Il PPP istituzionale si realizza invece attraverso la costituzione di un soggetto partecipato congiuntamente da pubblico e privato ed è disciplinato anche dal Testo unico in materia di società a partecipazione pubblica.

- **Concessioni e finanza di progetto.** Costituiscono le forme più rilevanti per la realizzazione e gestione delle infrastrutture sanitarie. Il soggetto privato può progettare, finanziare, realizzare e gestire l'opera o i servizi connessi, recuperando l'investimento secondo quanto previsto dal piano economico-finanziario e assumendo un effettivo rischio operativo. Il ricorso al PPP deve essere preceduto da una valutazione della convenienza e della fattibilità rispetto alle forme tradizionali di affidamento.

- **PPP istituzionale**. La costituzione di società a partecipazione mista pubblico-privata può rappresentare una forma di PPP istituzionale quando pubblico e privato partecipano a un soggetto giuridico destinato al perseguimento di una specifica finalità di interesse pubblico. Tale fattispecie deve essere distinta sia dagli accordi contrattuali con gli erogatori privati accreditati sia dalle forme di amministrazione condivisa con gli enti del Terzo Settore.

Non tutte le forme di collaborazione tra pubblico e privato costituiscono quindi PPP in senso giuridico. In particolare, la co-programmazione e la co-progettazione con gli Enti del Terzo Settore, ai sensi dell'art. 55 del D.Lgs. 117/2017, rientrano nel modello dell'amministrazione condivisa, fondato sulla convergenza di finalità e risorse e distinto dai rapporti di mercato. Analogamente, gli appalti tradizionali e il partenariato per l'innovazione non configurano forme di PPP in assenza delle caratteristiche previste dall'art. 174 del Codice dei contratti pubblici[358].

Alle operazioni di PPP possono partecipare gli operatori economici in possesso dei requisiti richiesti dal progetto: imprese sanitarie e socio-sanitarie, società di costruzioni e servizi, operatori tecnologici, *utilities*, cooperative, consorzi e soggetti finanziari. La categoria dei soggetti privati coinvolti nei PPP è quindi trasversale rispetto alle altre funzioni individuate nella tassonomia. Infatti, fondi di investimento, banche e compagnie assicurative possono intervenire come finanziatori o partner, mentre gli enti non-profit possono assumere il ruolo di operatori economici quando ne ricorrono i presupposti.

Il PPP non rappresenta di per sé né una soluzione ai problemi di finanziamento né una forma di privatizzazione: la sua convenienza dipende dalla capacità di dimostrare, ex ante e durante l'intero ciclo contrattuale, un vantaggio rispetto alle alternative pubbliche. Sono pertanto essenziali una corretta allocazione dei rischi, competenze tecniche dell'ente concedente, trasparenza, monitoraggio indipendente e tutela della capacità del SSN di adattare nel tempo programmazione e servizi. La sentenza della Corte di giustizia dell'Unione europea del 5 febbraio 2026[359] sul diritto di prelazione del promotore nella finanza di progetto ha inoltre riaperto il tema della piena concorrenzialità delle procedure, ribadendo la necessità di garantire la parità di trattamento tra gli operatori.

[358] Corte Costituzionale. Sentenza n. 131/2020, 26 giugno 2020. La co-programmazione e la co-progettazione ex art. 55 del Codice del Terzo Settore configurano un modello di amministrazione condivisa distinto dal rapporto di mercato. Disponibile a: www.cortecostituzionale.it/scheda-pronuncia/2020/131. Ultimo accesso: 30 settembre 2026.

[359] Corte di giustizia dell'Unione europea. Sentenza 5 febbraio 2026, causa C-810/24, in materia di finanza di progetto e diritto di prelazione del promotore. Disponibile a: https://op.europa.eu/it/publication-detail/-/publication/4ede80c1-0275-11f1-825d-01aa75ed71a1/language-it. Ultimo accesso: 30 settembre 2026.

9.5. Enti del Terzo Settore e altri enti non-profit

La natura non-profit rappresenta una dimensione trasversale alla tassonomia: soggetti senza finalità di lucro possono operare come erogatori, investitori o finanziatori, terzi paganti o partner del settore pubblico. Non tutti i soggetti non-profit sono tuttavia Enti del Terzo Settore (ETS): tale qualifica dipende dall'iscrizione al Registro Unico Nazionale del Terzo Settore (RUNTS), fatte salve le categorie riconosciute di diritto dalla normativa. La distinzione è rilevante perché comporta differenti regimi giuridici, fiscali e di rendicontazione.

- **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. All'Associazione Religiosa Istituti Socio-Sanitari (ARIS) aderiscono 274 strutture socio-sanitarie[360].
- **Associazioni.** Comprendono organizzazioni di volontariato (ODV), associazioni di promozione sociale (APS), associazioni di pazienti, donatori di sangue e organi e altri enti impegnati nell'assistenza, nella tutela dei diritti e nella promozione della salute. Dal 1° gennaio 2026 l'Anagrafe delle ONLUS è stata soppressa; gli enti già iscritti che intendono acquisire la qualifica di ETS hanno dovuto presentare domanda di iscrizione al RUNTS entro i termini previsti[361].
- **Fondazioni.** Possono operare direttamente come erogatori oppure sostenere ricerca, innovazione e interventi sanitari attraverso attività di grant-making. Tra queste ultime assumono particolare rilievo le fondazioni di origine bancaria: secondo il Rapporto ACRI 2025, al welfare – che include volontariato, assistenza sociale, salute pubblica e contrasto alla povertà educativa minorile – sono stati destinati € 421,6 milioni, pari al 29,6% delle erogazioni complessive[362].
- **Cooperative e imprese sociali.** La L. 381/1991 distingue le cooperative sociali in due categorie. Quelle di tipo A gestiscono servizi socio-sanitari ed educativi, tra cui assistenza domiciliare, strutture residenziali per anziani e persone con disabilità, centri diurni, comunità terapeutiche, servizi infermieristici territoriali, etc. Le cooperative sociali di tipo B, finalizzate all'inserimento lavorativo di persone svantaggiate, possono operare anche in ambiti connessi alla sanità (es. attraverso laboratori protetti in ambito riabilitativo). Con la riforma del Terzo Settore, queste cooperative hanno acquisito la qualifica di imprese sociali, prevista anche per altri enti non-profit che svolgono in via stabile e principale attività d'impresa di interesse generale, inclusi i servizi sanitari e socio-sanitari. Accanto a queste operano cooperative di professionisti sanitari – tra cui medici di medicina generale, farmacisti, infermieri, fisioterapisti – che costituiscono una componente rilevante del movimento cooperativo sanitario.
- **Altri Enti del Terzo Settore**. Rientrano in questo ambito, tra gli altri, società di mutuo soccorso, enti filantropici e altri ETS iscritti al RUNTS. Le società di mutuo soccorso

[360] Associazione Religiosa Istituti Socio-Sanitari (ARIS). Disponibile a: www.arisassociazione.it/chi-siamo. Ultimo accesso: 30 settembre 2026.

[361] Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali. Onlus già iscritte all'Anagrafe unica: iscrizione al RUNTS entro il 31 marzo 2026. Roma, 11 marzo 2026. Disponibile a: https://lavoro.gov.it/notizie/pagine/onlus-gia-iscritte-all-anagrafe-unica-iscrizione-al-runts-entro-il-31-marzo-2026. Ultimo accesso: 30 settembre 2026.

[362] ACRI. Trentunesimo Rapporto sulle Fondazioni di origine bancaria – anno 2025. Roma, luglio 2026. Disponibile a: www.acri.it/2026/07/21/trentunesimo-rapporto-sulle-fondazioni-di-origine-bancaria-anno-2025. Ultimo accesso: 30 settembre 2026.

assumono particolare rilievo anche nella sanità integrativa, dove possono svolgere la funzione di terzo pagante.

Le collaborazioni tra SSN e Terzo Settore possono rafforzare la prossimità dei servizi, l'integrazione socio-sanitaria e la capacità di intercettare bisogni complessi, soprattutto nelle aree fragili. Devono tuttavia essere ricondotte al corretto strumento giuridico: amministrazione condivisa quando ricorrono i presupposti previsti dagli artt. 55 e seguenti del Codice del Terzo Settore; contratti pubblici o PPP quando prevale una relazione economica di mercato. In ogni caso, il contributo del privato sociale deve rimanere complementare alla responsabilità pubblica di garantire universalità, uguaglianza ed equità.

In conclusione, i soggetti non-profit costituiscono una componente rilevante e storicamente radicata dell'ecosistema sanitario italiano, ma il loro ruolo deve essere valutato secondo criteri analoghi a quelli applicati agli altri attori: coerenza con la programmazione pubblica, qualità e appropriatezza delle prestazioni, trasparenza, sostenibilità economica e accountability. L'assenza di finalità lucrative non esclude infatti la necessità di misurare il valore prodotto e di prevenire conflitti di interesse o comportamenti opportunistici.

CAPITOLO 10
Il Piano di Rilancio del Servizio Sanitario Nazionale

Il rilancio del Servizio Sanitario Nazionale (SSN) richiede una consapevolezza condivisa: il suo progressivo indebolimento mette a rischio il diritto costituzionale alla tutela della salute, la coesione sociale e lo sviluppo economico del Paese. Politica, istituzioni, professionisti sanitari e cittadini devono riconoscere nel SSN pubblico, equo e universalistico un patrimonio collettivo da tutelare.

Il sottofinanziamento accumulato in oltre quindici anni ha ridotto la capacità del SSN di rispondere a bisogni assistenziali e costi crescenti. Il confronto internazionale documenta un divario strutturale della spesa sanitaria pubblica rispetto ai Paesi europei, mentre l'analisi nazionale mostra che nel 2026 il potere d'acquisto del FSN è sostanzialmente quello del 2010. Risorse insufficienti e riforme mancate compromettono l'uniforme esigibilità dei LEA sul territorio nazionale, limitano l'accesso alle innovazioni, alimentano la disaffezione e l'abbandono dei professionisti e ampliano le diseguaglianze: non solo tra Nord e Sud, ma anche tra territori della stessa Regione e tra gruppi sociali. La pandemia ha riportato per un breve periodo il valore del SSN al centro del dibattito pubblico, senza tuttavia tradurre quella consapevolezza in un rafforzamento strutturale. È quindi ormai indifferibile superare la logica della "manutenzione ordinaria" e adottare un piano organico di lungo termine, capace di orientare scelte politiche, riforme strutturali e investimenti. Un impegno di sistema, sottratto alle scadenze elettorali, per restituire al SSN centralità nell'agenda politica e riconoscerlo come pilastro della democrazia, strumento di coesione sociale e motore per lo sviluppo del Paese.

Per potenziare e ammodernare il SSN, risorse e riforme non sono strumenti alternativi: il rilancio progressivo del finanziamento pubblico e l'attuazione di riforme strutturali devono procedere parallelamente (figura 10.1).

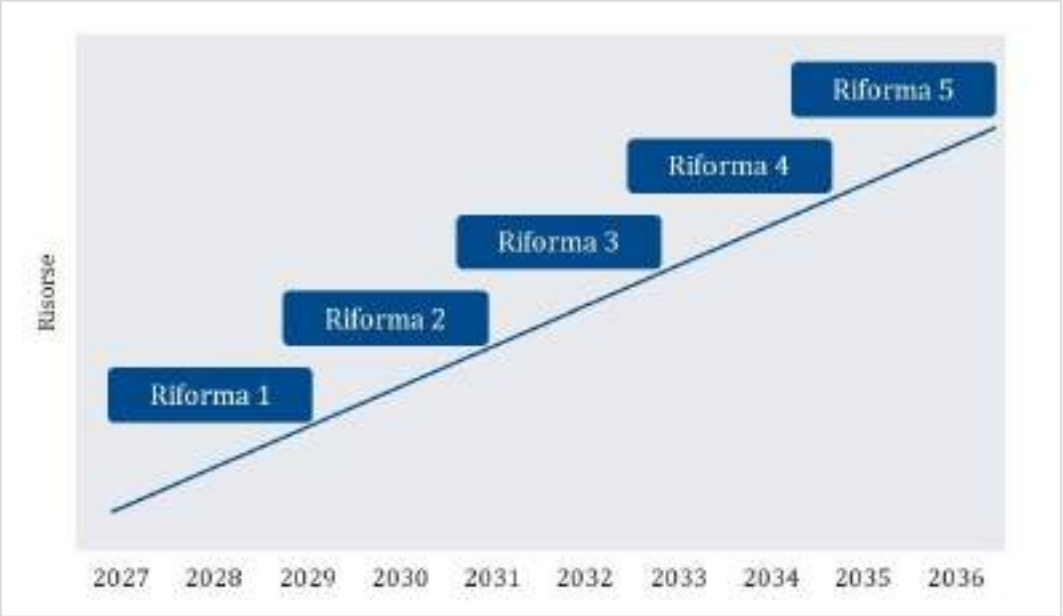


Figura 10.1. Risorse e riforme: un percorso parallelo

Perché senza risorse adeguate non è possibile sostenere il personale, garantire i LEA, introdurre le innovazioni e riorganizzare i servizi; senza una visione di sistema e coraggiose riforme strutturali, le risorse rischiano per contro di disperdersi in misure frammentarie e contingenti, senza tradursi in servizi e benefici per la salute della popolazione. Infine, la progressiva attuazione delle riforme, anche attraverso un recupero di sprechi e inefficienze, può aumentare il valore della spesa sanitaria.

La Fondazione GIMBE, nell'ambito della campagna #SalviamoSSN e delle attività dell'Osservatorio, ha sviluppato e progressivamente aggiornato una proposta organica per il rilancio del SSN. Il percorso ha portato nel 2017 all'elaborazione del "Piano di salvataggio del SSN", utilizzato negli anni successivi dalla Fondazione come riferimento per il monitoraggio delle politiche sanitarie. Dopo la pandemia, di fronte all'aggravarsi delle criticità e al persistere dell'assenza di una visione politica di medio-lungo termine, il Piano di salvataggio è evoluto nel Piano di Rilancio del SSN. Elaborato nel 2022, integrato con i contributi di oltre 1.500 stakeholder raccolti attraverso una consultazione pubblica e presentato nel marzo 2023, il Piano è stato successivamente aggiornato in occasione delle edizioni annuali del Rapporto GIMBE. Nel 2025 le linee di intervento sono passate da 13 a 15, estendendo il perimetro alla trasparenza dei dati sanitari e distinguendo, tra gli interventi rivolti alla popolazione, l'informazione scientifica dalla partecipazione civica. Nel 2026 è stata inserita una nuova linea di intervento dedicata al patrimonio edilizio e tecnologico del SSN.

Il Piano non nasce dunque da una ricognizione estemporanea, ma rappresenta l'esito, in continua evoluzione, di un percorso avviato nel 2013 con la campagna #SalviamoSSN. Rapporti annuali, report tematici, analisi dei provvedimenti, audizioni parlamentari e iniziative di alfabetizzazione civica hanno progressivamente tradotto dati e criticità in proposte verificabili. Le 16 linee di intervento sintetizzano questo patrimonio analitico e lo organizzano in una cornice unitaria di riforma[363]. Per elaborare la versione 2026 è stato effettuato un confronto con le proposte di riforma del SSN formulate da accademici ed esperti, organizzazioni civiche e sindacali, rappresentanze professionali e organismi istituzionali. Sono stati considerati la proposta coordinata dal CERGAS Bocconi[364]; i documenti di Sbilanciamoci![365], della coalizione «Non possiamo restare in silenzio»[366], dell'Appello di 14 scienziati e professionisti[367] e della CISL[368]; le proposte di Cislaghi[369] e di Polillo-Tognetti[370];

[363] Fondazione GIMBE. 30 anni di impegno civico al servizio del Paese. 4 marzo 2026. Disponibile a: https://press.gimbe.org/press/comunicati/comunicato.it-IT.html?id=488. Ultimo accesso: 30 settembre 2026.

[364] Idee nuove per un SSN equo e sostenibile. Una proposta di accademici ed esperti. Rete interuniversitaria di accademici ed esperti coordinata dal CERGAS Bocconi, 25 giugno 2026. Disponibile a: https://cergas.unibocconi.eu/publications-media/policy-proposals/idee-nuove-un-ssn-equo-e-sostenibile-una-proposta-di-accademici. Ultimo accesso: 30 settembre 2026.

[365] Sbilanciamoci! Rapporto Sbilanciamoci! 2025. Come usare la spesa pubblica per i diritti, la pace, l'ambiente. Documento concluso il 15 novembre 2024. Disponibile a: https://sbilanciamoci.info/wp-content/uploads/2024/12/Controfinanziaria_2025_web.pdf. Ultimo accesso: 30 settembre 2026.

[366] Coalizione «Non possiamo restare in silenzio». La società civile per la sanità pubblica. 17 aprile 2025. Disponibile a: www.primalacomunita.it/2025/04/22/non-possiamo-restare-in-silenzio-la-societa-civile-per-la-sanita-pubblica. Ultimo accesso: 30 settembre 2026.

[367] Davini O, Alleva E, De Fiore L, et al. Non possiamo fare a meno del servizio sanitario pubblico. 2 aprile 2024. Disponibile a: www.scienzainrete.it/articolo/non-possiamo-fare-meno-del-servizio-sanitario-pubblico/ottavio-davini-enrico-alleva-luca-de. Ultimo accesso: 30 settembre 2026.

[368] CISL, FNP CISL, CISL FP, CISL Medici. La cura della persona, il valore del lavoro. Roma, 14 luglio 2023. Disponibile a: www.cisl.it/wp-content/uploads/2023/07/Documento-Programmatico_La-cura-della-persona-il-valore-del-lavoro.pdf. Ultimo accesso: 30 settembre 2026.

[369] Cislaghi C. Cambiare la Sanità? Come e perché? Disponibile a: https://epiprev.it/blog/come-sta-la-sanita/cambiare-la-sanita-come-e-perche. Ultimo accesso: 30 settembre 2026.

[370] Polillo R, Tognetti M. Servizio Sanitario Nazionale bene fondamentale e bene pubblico. Come rilanciarlo. 11 dicembre 2025. Disponibile a: www.paradoxaforum.com/servizio-sanitario-nazionale-bene-fondamentale-e-bene-pubblico-come-rilanciarlo. Ultimo accesso: 30 settembre 2026.

nonché quelle più specifiche del CNEL[371], ANAAO Assomed[372], Cittadinanzattiva[373] e Alleanza per la Riforma delle Cure Primarie in Italia[374]. Questi documenti sono stati utilizzati come fonti di orientamento e confronto, senza recepirne automaticamente le proposte. Gli spunti sono stati selezionati in base alla coerenza con i princìpi GIMBE, alla rilevanza per le 16 linee di intervento e alla capacità di colmare eventuali lacune del Piano di Rilancio. Le proposte divergenti o eccessivamente prescrittive sono state escluse o riformulate.

Il Piano di Rilancio della Fondazione GIMBE costituisce una cornice strategica che traduce la diagnosi delle criticità del SSN nelle priorità per rafforzarlo e innovarlo. Le 16 linee di intervento coprono le principali dimensioni: salute in tutte le politiche e prevenzione; governance, finanziamento e LEA; organizzazione dei servizi, patrimonio edilizio e tecnologico e personale sanitario; contrasto agli sprechi, rapporto pubblico-privato e sanità integrativa; trasformazione digitale, ricerca e dati; informazione scientifica, partecipazione civica e coesione sociale. La loro attuazione richiede strumenti coerenti, capacità istituzionali e una programmazione pluriennale orientata a risultati di salute, equità e valore della spesa sanitaria (figura 10.2).

Figura 10.2. Il Piano di Rilancio del Servizio Sanitario Nazionale

Nel presente Rapporto l'aggiornamento 2026 è presentato attraverso il titolo e una descrizione di ciascuna linea di intervento. I relativi razionali e le azioni operative saranno oggetto di un

[371] Consiglio Nazionale dell'Economia e del Lavoro (CNEL). Sanità. Osservazioni e proposte del CNEL per nuovi criteri di riparto delle risorse pubbliche. 25 giugno 2026. Disponibile a: www.cnel.it/comunicazione-e-stampa/notizie/news/detail/2026/06/25/sanita-osservazioni-e-proposte-del-cnel-per-nuovi-criteri-di-riparto-delle-risorse-pubbliche. Ultimo accesso: 30 settembre 2026.

[372] ANAAO Assomed. Riforma SSN. Il modello aziendale è fallito. La proposta Anaao per rilanciare il SSN e i professionisti. 8 ottobre 2025. Disponibile a: www.anaao.it/content.php?cont=43813. Ultimo accesso: 30 settembre 2026.

[373] Cittadinanzattiva. Rapporto Civico sulla Salute 2025. Roma, 16 dicembre 2025. Disponibile a: www.cittadinanzattiva.it/comunicati/17511-salute-presentati-il-rapporto-civico-sulla-salute-e-il-rapporto-sulle-politiche-della-cronicita.html. Ultimo accesso: 30 settembre 2026.

[374] Alleanza per la Riforma delle Cure Primarie in Italia. Connettere e coalizzare le risorse per rilanciare il SSN. 10 febbraio 2025. Disponibile a: www.aprirenetwork.it/book/connettere-e-coalizzare-le-risorse-per-rilanciare-il-ssn. Ultimo accesso: 30 settembre 2026.

report dedicato al Piano di Rilancio del SSN, la cui pubblicazione è prevista nel 2027. Le linee qui presentate definiscono una cornice unitaria e dovranno essere attuate come componenti coordinate di un programma pluriennale, con responsabilità istituzionali esplicite, cronoprogrammi e indicatori di processo, esito ed equità. L'attuazione dovrà essere accompagnata dalla disponibilità di dati pubblici, da valutazioni indipendenti e da una rendicontazione periodica.

L'obiettivo ultimo del Piano di Rilancio della Fondazione GIMBE è rafforzare e innovare il modello di SSN istituito nel 1978, finanziato dalla fiscalità generale e fondato sui princìpi di universalità, uguaglianza ed equità, per garantire a tutte le persone il diritto costituzionale alla tutela della salute. La sua attuazione richiede un nuovo patto politico, istituzionale, sociale e professionale: politico e istituzionale, per superare ideologie partitiche e avvicendamenti di Governo e riconoscere il SSN come pilastro della democrazia, conquista irrinunciabile, strumento di coesione sociale e motore per lo sviluppo economico del Paese; sociale, per accrescere la consapevolezza del valore della sanità pubblica e promuovere un uso responsabile dei servizi; professionale, affinché tutti gli attori della sanità superino interessi e privilegi di categoria per salvaguardare il bene comune. Per tali ragioni, in occasione delle consultazioni elettorali del 2027, il Piano di Rilancio sarà utilizzato dalla Fondazione GIMBE per monitorare le proposte sulla sanità contenute nei programmi di tutte le forze politiche.

Nel loro insieme, le 16 linee di intervento traducono in un programma coerente la visione della Fondazione GIMBE. Il valore del SSN non si esaurisce nelle prestazioni erogate, ma risiede nella capacità di garantire a tutte le persone, indipendentemente dal reddito e dal luogo di residenza, il diritto alla tutela della salute, di proteggerle dalle conseguenze economiche della malattia e di ridurre le diseguaglianze. Difendere e rilanciare il SSN significa quindi preservare un patrimonio collettivo che nessuna copertura privata potrà mai sostituire.

La Fondazione GIMBE continuerà a battersi per raggiungere questo obiettivo. Perché se la Costituzione tutela il diritto alla salute di tutti, la sanità deve essere per tutti.

10.1. Linee di intervento

Vengono di seguito riportate le 16 linee di intervento del Piano di Rilancio del SSN 2026.

1. SALUTE IN TUTTE LE POLITICHE. Mettere la salute e il benessere delle persone al centro di tutte le politiche pubbliche e valutarne sistematicamente l'impatto.

Integrare la salute e il benessere degli individui e della popolazione in tutte le decisioni politiche: sanitarie, ambientali, climatiche, abitative, urbanistiche, dei trasporti, industriali, del lavoro, sociali, economiche e fiscali, oltre che in materia di istruzione, formazione e ricerca. Attuare una governance interistituzionale e intersettoriale che applichi in maniera sistematica il principio *Health in All Policies* e la valutazione d'impatto sulla salute e sull'equità. Agire in modo integrato su tutte le determinanti della salute e rafforzare la preparazione, la capacità di risposta e la resilienza del Paese rispetto alle emergenze sanitarie, climatiche e ambientali.

2. PREVENZIONE E PROMOZIONE DELLA SALUTE. Diffondere la cultura e aumentare gli investimenti in prevenzione e promozione della salute secondo l'approccio *One Health.*

Investire nella prevenzione e promozione della salute lungo tutto il corso della vita, contrastando i principali fattori di rischio e le diseguaglianze e promuovendo stili di vita salutari. Rafforzare vaccinazioni, screening, interventi di comunità e tutela della salute nei luoghi di vita e di lavoro, integrando prevenzione sanitaria, salute occupazionale e protezione ambientale. Attuare l'approccio *One Health,* che riconosce l'interdipendenza tra la salute delle persone e quella di animali, piante e ambiente, attraverso programmi basati sulle evidenze scientifiche, con indicatori e target misurabili.

3. GOVERNANCE STATO–REGIONI. Rafforzare indirizzo, coordinamento e verifica dello Stato sulle Regioni per garantire equità e ridurre le diseguaglianze nell'esigibilità dei LEA.

Potenziare le funzioni di indirizzo, coordinamento e verifica dello Stato sulle Regioni, nel quadro della leale collaborazione e nel rispetto delle autonomie regionali, per garantire in modo uniforme il diritto costituzionale alla tutela della salute e ridurre diseguaglianze, iniquità e sprechi. Rafforzare solidarietà, perequazione e unitarietà delle politiche sanitarie, assicurando risorse e capacità istituzionali adeguate ai territori più deboli. Consolidare la programmazione nazionale e regionale pluriennale, con aggiornamenti periodici e responsabilità definite, potenziando il monitoraggio pubblico e la rendicontazione dei risultati e prevedendo affiancamento tecnico e interventi tempestivi dello Stato in caso di inadempimenti regionali. Commisurare il riparto del Fabbisogno Sanitario Nazionale a bisogni di salute, deprivazione sociale e caratteristiche demografiche e territoriali.

4. FINANZIAMENTO PUBBLICO. Aumentare progressivamente il finanziamento pubblico e renderlo coerente con i bisogni di salute e le riforme del SSN.

Definire una traiettoria pluriennale stabile di incremento consistente del finanziamento pubblico della sanità, sostenuto dalla fiscalità generale secondo criteri di equità e progressività, per allinearlo progressivamente alla media dei paesi europei. Assicurare coerenza tra risorse assegnate, LEA da garantire ed effettiva capacità di erogazione, sostenendo personale, innovazioni e riforme. Rimodulare i ticket e le altre compartecipazioni alla spesa e rivedere le detrazioni fiscali per le spese sanitarie secondo criteri di equità, appropriatezza e protezione finanziaria delle famiglie.

5. LIVELLI ESSENZIALI DI ASSISTENZA. Aggiornare continuamente i LEA e assicurarne l'esigibilità in maniera equa in tutto il territorio nazionale, in tempi e setting assistenziali appropriati.

Garantire l'aggiornamento continuo, trasparente e tempestivo dei LEA, allineando finanziamento, nomenclatori e tariffe per includere innovazioni ad alto valore e disinvestire da prestazioni obsolete o a basso valore. Utilizzare l'HTA e criteri trasparenti fondati su bisogni di salute, equità, efficacia, appropriatezza, sicurezza, valore aggiunto, esiti e impatto organizzativo, anche per farmaci, dispositivi, protesi e ausili. Assicurare l'effettiva esigibilità dei LEA in tempi e setting assistenziali appropriati, attraverso un monitoraggio uniforme sul territorio nazionale e percorsi di tutela quando le prestazioni non sono erogate entro i tempi massimi previsti.

6. PATRIMONIO EDILIZIO E TECNOLOGICO. Garantire sicurezza, ammodernamento e manutenzione programmata del patrimonio edilizio e tecnologico del SSN.

Istituire un sistema permanente e aggiornato per censire e monitorare lo stato di conservazione, sicurezza, utilizzo e funzionalità di strutture e tecnologie, al fine di programmare investimenti e manutenzione. Negli edifici, garantire conformità normativa, sicurezza sismica, antincendio e impiantistica, efficienza energetica, sostenibilità ambientale e resilienza climatica. Adeguare spazi e dotazioni ai nuovi modelli assistenziali, garantendo prevenzione e controllo delle infezioni, continuità operativa, sicurezza di pazienti e professionisti e accessibilità universale. Programmare acquisizione, rinnovo, manutenzione e dismissione delle tecnologie sanitarie, secondo i princìpi e le dimensioni dell'HTA. Integrare gli investimenti con le risorse professionali e organizzative necessarie a garantirne il pieno utilizzo. Rendere pubblici i dati su priorità, finanziamenti, tempi di realizzazione, stato di avanzamento e risultati, definendo chiare responsabilità per l'attuazione.

7. PERSONALE SANITARIO. Restituire attrattività al SSN, valorizzando professionisti, competenze e carriere e migliorando le condizioni di lavoro.

Rilanciare le politiche sul capitale umano tramite valorizzazione economica e professionale e sviluppo delle carriere, al fine di favorire il reclutamento e la permanenza dei professionisti nel SSN. Adottare un sistema nazionale costantemente aggiornato per definire i fabbisogni e programmare la formazione. Promuovere il lavoro multiprofessionale, adeguando i ruoli per utilizzare pienamente le competenze di tutte le professioni sanitarie; tutelare autonomia e responsabilità professionale; migliorare organizzazione, benessere e sicurezza del lavoro; innovare formazione, valutazione e sviluppo continuo delle competenze, incluse quelle in sanità pubblica, salute di popolazione, governo clinico e leadership. Valutare le direzioni strategiche, la dirigenza intermedia e i professionisti con responsabilità organizzative anche sui risultati ottenuti in termini di salute, equità e benessere organizzativo.

8. SERVIZI SANITARI E SOCIO-SANITARI. Integrare ospedale, territorio, domicilio e servizi sociali per rispondere ai bisogni di salute della popolazione e garantire la presa in carico delle persone più fragili.

Programmare l'offerta sanitaria e socio-sanitaria in base ai bisogni di salute, adattando l'organizzazione dei servizi alle specificità demografiche, sociali e geografiche e coinvolgendo enti locali e comunità. Garantire l'accesso attraverso cure primarie capillari, distretti orientati alla sanità d'iniziativa, reti clinico-assistenziali multiprofessionali articolate per intensità di cura e percorsi personalizzati. Integrare servizi sanitari, socio-sanitari e sociali, assicurando una presa in carico unitaria e il coordinamento delle prestazioni sanitarie e sociali. Superare la frammentazione tra ospedale, territorio e domicilio, garantendo transizioni protette, continuità assistenziale e relazionale, sicurezza e umanizzazione delle cure. Garantire un professionista di riferimento alle persone con bisogni assistenziali complessi, in particolare per cronicità, salute mentale, disabilità, non autosufficienza, assistenza a lungo termine e cure palliative. Integrare nei percorsi, in base ai bisogni della persona, il progetto di vita, il sostegno ai caregiver e la promozione della vita indipendente.

9. SPRECHI E INEFFICIENZE. Ridurre inappropriatezze e inefficienze, contrastare frodi e abusi e riallocare le risorse verso servizi e innovazioni ad alto valore.

Attuare un programma nazionale di disinvestimento e riallocazione per ridurre sovra- e sotto-utilizzo di servizi e prestazioni sanitarie, inefficienze organizzative e amministrative e acquisti a costi eccessivi, nonché contrastare frodi e abusi. Destinare le risorse recuperate a servizi e prestazioni essenziali e a innovazioni ad alto valore, rafforzando l'HTA, l'appropriatezza, la misurazione degli esiti, gli acquisti basati sul valore, la trasparenza e la rendicontazione pubblica. Non considerare mai il contrasto agli sprechi un'alternativa al rilancio del finanziamento pubblico.

10. RAPPORTO PUBBLICO-PRIVATO. Governare l'ecosistema pubblico-privato per garantire equità di accesso, qualità e tutela dell'interesse pubblico.

Preservare la responsabilità pubblica nella programmazione e nella garanzia dei LEA, nonché una solida capacità erogativa delle strutture pubbliche. Definire, nell'ambito della programmazione pubblica basata sui bisogni di salute, il contributo degli erogatori privati convenzionati, con regole trasparenti su assetti proprietari, contratti, volumi, tariffe, qualità, appropriatezza, esiti e condizioni di lavoro, contrastando la selezione opportunistica di pazienti e prestazioni e il *dumping* contrattuale. Monitorare lo sviluppo del privato puro, le concentrazioni, le integrazioni verticali e i partenariati pubblico-privato. Regolamentare l'attività intramuraria e rendere distinguibili tempi, volumi e canali di accesso tra le prestazioni a carico del SSN e quelle in libera professione, per tutelare l'equità e l'interesse pubblico e ridurre il ricorso al libero mercato.

11. SANITÀ INTEGRATIVA. Rendere i fondi sanitari realmente integrativi rispetto ai LEA, rafforzando regole, trasparenza, vigilanza ed equità fiscale.

Riordinare in maniera organica la normativa sui fondi sanitari, definendo con chiarezza il perimetro delle prestazioni integrative, le regole di governance, la sostenibilità economica e la tutela degli iscritti, preservandone le finalità mutualistiche e solidaristiche e prevenendo condizionamenti derivanti da interessi assicurativi. Rafforzare vigilanza, trasparenza e rendicontazione pubblica. Valutare periodicamente l'equità e la convenienza sociale delle agevolazioni fiscali, per limitare duplicazioni, diseguaglianze, privatizzazione, erosione di risorse pubbliche e derive consumistiche.

12. TRASFORMAZIONE DIGITALE. Costruire un SSN digitale, interoperabile, sicuro e accessibile, sviluppando servizi e competenze senza creare nuove diseguaglianze.

Completare la trasformazione digitale riprogettando processi e percorsi assistenziali. Garantire infrastrutture adeguate, interoperabilità conforme agli standard europei, qualità dei dati, piena operatività del Fascicolo Sanitario Elettronico, inserimento della telemedicina nei LEA e nei percorsi assistenziali, sicurezza informatica e protezione dei dati. Assicurare una governance trasparente, la validazione clinica e il monitoraggio dei sistemi di intelligenza artificiale, garantendo la centralità della decisione umana. Adottare modelli multicanale che utilizzino il digitale per rafforzare, non sostituire, la relazione di cura e la continuità assistenziale, riducendo gli oneri amministrativi a carico dei professionisti. Sviluppare le competenze digitali di professionisti, pazienti, familiari e caregiver e garantire accessibilità, supporto e canali alternativi per evitare esclusione e nuove diseguaglianze.

13. RICERCA INDIPENDENTE. Investire stabilmente in ricerca e valutazione indipendenti per migliorare cure, servizi e politiche sanitarie.

Finanziare adeguatamente un programma nazionale, competitivo e trasparente di ricerca clinica indipendente, di ricerca sui servizi sanitari e di valutazione d'impatto di tecnologie e politiche pubbliche sulla salute, orientando le priorità ai bisogni del SSN. Garantire produzione, sintesi, trasferimento e utilizzo delle evidenze per informare decisioni, investimenti e disinvestimenti, promuovendo trasparenza e piena accessibilità dei risultati della ricerca. Sviluppare capacità pubbliche di ricerca e produzione di farmaci, vaccini e tecnologie essenziali nelle aree in cui il mercato non risponde adeguatamente ai bisogni di salute. Promuovere una ricerca inclusiva, attenta alle differenze di sesso e genere e ai gruppi sottorappresentati, e collaborazioni trasparenti che salvaguardino l'indipendenza e il ritorno pubblico degli investimenti.

14. DATI APERTI E ACCESSIBILI. Rendere i dati sanitari accessibili e riutilizzabili per ricerca, valutazioni indipendenti e decisioni informate.

Rendere tempestivamente disponibili, in formati aperti, strutturati, standardizzati, interoperabili e riutilizzabili, i dati aggregati e anonimizzati della sanità finanziata con risorse pubbliche e garantire accesso regolato ai dati granulari per ricerca e valutazione. Consentire, con adeguate garanzie, l'interconnessione con dati sociali, economici, ambientali e territoriali per identificare bisogni, misurare le diseguaglianze e supportare valutazioni di equità. Definire standard nazionali per qualità di dati e metadati, responsabilità, tempi e obblighi di pubblicazione, nel rispetto della protezione dei dati personali e del quadro normativo dello Spazio europeo dei dati sanitari, per favorire monitoraggio, studi indipendenti, partecipazione civica, decisioni informate e rendicontazione pubblica del SSN.

15. INFORMAZIONE SCIENTIFICA. Garantire un'informazione istituzionale basata sulle evidenze e rafforzare l'alfabetizzazione scientifica e sanitaria della popolazione.

Assicurare l'accesso a un'informazione istituzionale autorevole, tempestiva e trasparente, basata sulle migliori evidenze scientifiche e capace di comunicare con chiarezza benefici, rischi e incertezze relativi a farmaci, test diagnostici e altri interventi sanitari. Contrastare attivamente la disinformazione, inclusa quella veicolata dai sistemi di intelligenza artificiale. Dare piena attuazione alle norme che escludono qualsiasi elemento di carattere attrattivo e suggestivo nelle pubblicità sanitarie. Potenziare l'alfabetizzazione scientifica e sanitaria, anche negli ambienti digitali, adattando linguaggi, canali e strumenti ai diversi gruppi di popolazione, per favorire decisioni informate e condivise, comportamenti salutari e un uso appropriato dei servizi, contribuendo a ridurre il consumismo sanitario.

16. PARTECIPAZIONE CIVICA E COESIONE SOCIALE. Coinvolgere cittadini, pazienti e comunità nelle scelte e nella valutazione del SSN, rafforzandolo come patrimonio collettivo.

Aumentare la consapevolezza civica del valore del SSN e garantire, a tutti i livelli, forme stabili, inclusive e trasparenti di partecipazione. Coinvolgere cittadini, pazienti, caregiver, comunità, enti locali, professionisti, rappresentanze sociali e organizzazioni della società civile nella programmazione, co-progettazione, attuazione, monitoraggio e valutazione di servizi, politiche sanitarie e riforme. Assicurare la rappresentanza delle persone più vulnerabili, la restituzione pubblica dei risultati dei processi partecipativi e l'uso responsabile delle risorse comuni, riconoscendo il SSN come motore di coesione sociale, equità e sviluppo. Utilizzare le esperienze e gli esiti riferiti da pazienti e caregiver, nonché le segnalazioni e le evidenze prodotte dalle associazioni di pazienti e dalle organizzazioni civiche, per monitorare e migliorare i servizi sanitari.

APPENDICE 1
#SalviamoSSN: la campagna della Fondazione GIMBE

La Fondazione GIMBE, sin dal marzo 2013, ha mantenuto alta l'attenzione sulla tenuta della sanità pubblica. Attraverso la pubblicazione annuale del Rapporto sul Servizio Sanitario Nazionale (SSN) e la costante attività di analisi, produzione di report, advocacy istituzionale e comunicazione pubblica, la Fondazione ha portato all'attenzione della politica, delle istituzioni e della società 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 anche alle future generazioni[375]: migliaia di persone hanno aderito alla campagna sottoscrivendo il **Manifesto della Sostenibilità**.

I princìpi 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 princìpi 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 indipendenti[376], 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 welfare[377]. 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 l'obiettivo di ottenere il massimo ritorno in salute dal denaro pubblico investito in sanità.

Con questo obiettivo, nel settembre 2016 è stato istituito l'**Osservatorio GIMBE sulla sostenibilità del SSN**[378], che a oggi ha pubblicato 35 report[379], le cui valutazioni sono guidate da tre princìpi:

- ***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;

---

[375] 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 2026.

[376] 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 2026.

[377] Rapporto sulla sostenibilità del Servizio Sanitario Nazionale 2016-2025. Fondazione GIMBE: Bologna, giugno 2016. Disponibile a: www.rapportogimbe.it. Ultimo accesso: 30 settembre 2026.

[378] 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 2026.

[379] Fondazione GIMBE. Osservatorio sul Servizio Sanitario Nazionale. Disponibile a: www.osservatoriogimbe.it. Ultimo accesso: 30 settembre 2026.

- ***Value for money***: il SSN deve ottenere il massimo ritorno in termini di salute dal denaro pubblico investito in sanità, al tempo stesso un mandato etico e un 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 welfare[380]. Le istituzioni non hanno mai fornito alcun riscontro alla richiesta.

Con il **2° Rapporto sulla sostenibilità del SSN**[381], presentato il 6 giugno 2017, la Fondazione GIMBE ha confermato che non esisteva alcun disegno occulto di smantellamento e privatizzazione del SSN, ma continuava 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**[382], la cui attuazione viene continuamente monitorata dall'Osservatorio GIMBE. Il Piano è stato utilizzato come benchmark sia per il fact-checking dei programmi presentati alle elezioni politiche del 2018[383] e del 2022[384], sia per l'analisi indipendente del Contratto per il Governo del Cambiamento[385].

Con il **3° Rapporto sulla sostenibilità del SSN**[386], 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 visti 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**[387], non solo per celebrare questo importante traguardo, ma soprattutto per diffondere la consapevolezza che stiamo silenziosamente perdendo la nostra più grande conquista sociale, rischiando di lasciare in eredità alle generazioni future una sanità privata

---

[380] 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-serve-logo-per-servizio-sanitario-nazionale_tGYVOR5iIB8sFzAlzTCe0O.html. Ultimo accesso: 30 settembre 2026.

[381] Fondazione GIMBE. 2° Rapporto GIMBE sulla sostenibilità del Servizio Sanitario. Bologna, giugno 2017. Disponibile a: www.rapportogimbe.it. Ultimo accesso: 30 settembre 2026.

[382] 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 2026.

[383] 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 2026.

[384] 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 2026.

[385] 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 2026.

[386] 3° Rapporto GIMBE sulla sostenibilità del Servizio Sanitario. Fondazione GIMBE: Bologna, giugno 2018. Disponibile a: www.rapportogimbe.it. Ultimo accesso: 30 settembre 2026.

[387] 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 2026.

per i ricchi e 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**[388], 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**[389], 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.

In un contesto segnato dall'assenza di una visione politica e da un immobilismo che si limita a gestire i problemi contingenti, nel 2022 la Fondazione ha elaborato la prima versione del **Piano di Rilancio del SSN**[390], che definisce le azioni indispensabili per 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 decisioni e azioni di chi è chiamato a garantire tale diritto.

Nel giugno 2022 la Fondazione GIMBE ha lanciato per i ragazzi delle scuole superiori il progetto **La Salute tiene banco**[391], che mira a diffondere l'approccio globale alla salute, a migliorare l'alfabetizzazione sanitaria, a fornire gli strumenti per contrastare le fake news e a utilizzare in maniera informata i servizi sanitari. Al 30 settembre 2026, il progetto ha coinvolto 9.000 studentesse e studenti di 69 scuole distribuite su tutto il territorio nazionale.

Con il **6° Rapporto GIMBE sul SSN**[392], presentato il 10 ottobre 2023, la Fondazione GIMBE ha evidenziato che il rilancio del SSN non rientrava tra le priorità dell'Esecutivo, in continuità con l'orientamento dei Governi dei precedenti 15 anni. Il Rapporto ha inoltre documentato la progressiva compromissione dei princìpi fondanti del SSN – universalità, uguaglianza ed equità – con ricadute sempre più evidenti sulla vita quotidiana delle persone, in particolare delle fasce socio-economiche meno abbienti: tempi di attesa prolungati, sovraffollamento dei pronto soccorso, difficoltà a trovare un medico di famiglia vicino al proprio domicilio, diseguaglianze regionali e locali che alimentano la migrazione sanitaria, aumento della spesa privata, impoverimento delle famiglie e rinuncia alle cure.

Nel dicembre 2023, a 45 anni dall'istituzione della L. 833/78, la Fondazione GIMBE ha pubblicato una **monografia celebrativa**[393] e trasmesso al Presidente della Repubblica, alle Alte Cariche dello Stato e al Ministro della Salute una nuova richiesta formale – tuttora senza risposta – di **istituire un logo per il SSN**. L'iniziativa mirava a legittimare anche

[388] Fondazione GIMBE. 4° Rapporto GIMBE sulla sostenibilità del Servizio Sanitario Nazionale. Bologna, giugno 2019. Disponibile a: www.rapportogimbe.it. Ultimo accesso: 30 settembre 2026.

[389] Fondazione GIMBE. 5° Rapporto GIMBE sul Servizio Sanitario Nazionale. Bologna, ottobre 2022. Disponibile a: www.rapportogimbe.it. Ultimo accesso: 30 settembre 2026.

[390] Fondazione GIMBE. Piano di rilancio del Servizio Sanitario Nazionale. Bologna, marzo 2023. Disponibile a: www.salviamo-ssn.it/salviamo-ssn/piano-di-rilancio. Ultimo accesso: 30 settembre 2026.

[391] Fondazione GIMBE. La Salute tiene banco. Disponibile a: www.lasalutetienebanco.it. Ultimo accesso: 30 settembre 2026.

[392] Fondazione GIMBE. 6° Rapporto sul Servizio Sanitario Nazionale. Roma, ottobre 2023. Disponibile a: www.rapportogimbe.it. Ultimo accesso: 30 settembre 2026.

[393] 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 2026.

simbolicamente 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**[394], 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 l'obiettivo di garantire a tutte le persone una sanità pubblica accessibile ed equa. Al 30 settembre 2026, la Rete Civica conta 32 nuclei provinciali di coordinamento attivi in 13 Regioni. Le attività hanno incluso l'organizzazione di eventi pubblici, assemblee cittadine, banchetti informativi e incontri con istituzioni, associazioni e cittadini, con livelli di partecipazione eterogenei: da piccoli gruppi locali fino a eventi con ampia partecipazione e mobilitazioni sul territorio. In diversi contesti sono stati attivati tavoli di confronto con enti del Terzo settore e organismi locali, contribuendo a strutturare reti di collaborazione e momenti di dialogo sui temi della sanità pubblica.

Con il **7° Rapporto GIMBE sul SSN**[395], 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.

Ad aprile 2025 la Fondazione GIMBE ha sottoscritto un protocollo d'intesa triennale con l'**Autorità Nazionale Anticorruzione** (ANAC) per avviare una collaborazione sull'analisi dei contratti pubblici nel settore sanitario. L'accordo prevede la condivisione e l'integrazione delle informazioni disponibili, incluse quelle della Banca Dati Nazionale dei Contratti Pubblici, per approfondire le dinamiche degli acquisti in sanità, individuare eventuali criticità e distorsioni e contribuire a migliorare la trasparenza e l'utilizzo delle risorse pubbliche. Le attività saranno coordinate da un Gruppo Tecnico Operativo composto da rappresentanti di entrambe le istituzioni, chiamato a definire e realizzare analisi, attività di ricerca e monitoraggio congiunte. Nell'ambito del protocollo è stato realizzato il report "Frodi e abusi in sanità"[396], che ha rappresentato la base su cui ANAC ha aggiornato il "Catalogo dei rischi corruttivi e delle misure di prevenzione nel settore sanitario"[397].

A maggio 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

[394] Fondazione GIMBE. Rete civica #SalviamoSSN. Disponibile a: www.salviamo-ssn.it/rete. Ultimo accesso: 30 settembre 2026.

[395] Fondazione GIMBE. 7° Rapporto GIMBE sul Servizio Sanitario Nazionale. Bologna, 8 ottobre 2024. Disponibile a: www.salviamo-ssn.it/7-rapporto. Ultimo accesso: 30 settembre 2026.

[396] Fondazione GIMBE. Report Osservatorio GIMBE n. 3/2026. Frodi e abusi in sanità. Bologna, maggio 2026. Disponibile a: www.gimbe.org/frodi-abusi. Ultimo accesso: 30 settembre 2026.

[397] Autorità Nazionale Anticorruzione (ANAC). Catalogo dei rischi corruttivi e delle misure di prevenzione nel settore sanitario. Roma, luglio 2026. Disponibile a: www.anticorruzione.it/documents/91439/374463219/Delibera+n.+318+del+29+luglio+2026++Rischi+corruttivi+e+prevenzione+settore+sanitario.pdf/80721232-c151-7cf0-04f4-ce3b85a5e705?t=1787376999467. Ultimo accesso: 30 settembre 2026.

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.

Con l'**8° Rapporto GIMBE sul SSN**[398], presentato l'8 ottobre 2025, la Fondazione ha aggiornato il quadro, evidenziando alcune novità di rilievo: il finanziamento del SSN rimane insufficiente rispetto ai bisogni e al confronto internazionale, mentre si aggravano la rinuncia alle prestazioni sanitarie, le diseguaglianze regionali e la crisi del personale. Il Rapporto ha inoltre approfondito i meccanismi di riparto del Fabbisogno Sanitario Nazionale, lo stato di avanzamento della Missione Salute del PNRR e il ruolo crescente del privato nel finanziamento e nell'erogazione dell'assistenza, mettendo in luce il progressivo spostamento del sistema verso una maggiore privatizzazione e il rischio di un ulteriore indebolimento dell'universalismo del SSN. È stato contestualmente aggiornato il **Piano di Rilancio del SSN**, passato da 13 a 15 punti, con l'inserimento di un nuovo ambito dedicato alla disponibilità e alla trasparenza dei dati sanitari e con la riorganizzazione del precedente punto sull'informazione alla popolazione. Quest'ultimo è stato articolato in due aree, una dedicata all'informazione scientifica e l'altra alla partecipazione e alla coesione sociale, per sottolineare l'importanza di una maggiore consapevolezza e del coinvolgimento dei cittadini nella tutela del SSN.

A marzo 2026, in occasione dei trent'anni di attività della Fondazione, ha preso il via **#GIMBE30**[399], un tour nazionale per la sanità pubblica e la scienza che si concluderà nel marzo 2027. Concepito come un anno di responsabilità condivisa, #GIMBE30 mira a riaffermare il valore costituzionale del diritto alla tutela della salute e i princìpi fondanti del SSN – universalità, uguaglianza ed equità – riconoscendo nella scienza la bussola delle decisioni sulla salute. Dopo l'evento inaugurale online del 4 marzo, il programma si è sviluppato attraverso un ricco palinsesto di eventi e collaborazioni con università, enti di ricerca, istituzioni e organizzazioni scientifiche e civiche su tutto il territorio nazionale[400]. Il percorso integra le principali attività istituzionali e scientifiche della Fondazione e le iniziative di coinvolgimento civico, con particolare attenzione alle nuove generazioni, per rafforzare la consapevolezza del SSN come bene comune e contrastare la disinformazione e l'antiscienza.

[398] Fondazione GIMBE. 8° Rapporto GIMBE sul Servizio Sanitario Nazionale. Bologna, 8 ottobre 2025. Disponibile a: www.salviamo-ssn.it/8-rapporto. Ultimo accesso: 30 settembre 2026.

[399] #GIMBE30. Scienza per decidere, salute da proteggere, sanità pubblica da difendere. Da 30 anni al servizio del Paese. Disponibile a: https://30anni.gimbe.org. Ultimo accesso: 30 settembre 2026.

[400] #GIMBE30. Palinsesto eventi. Disponibile a: https://30anni.gimbe.org/#palinsesto. Ultimo accesso: 30 settembre 2026.

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