AUTONOMIE LOCALI ITALIANE
LEGA DELLE AUTONOMIE LOCALI

informa
AGENZIA ALI PER GLI ENTI LOCALI

SCHEDE ALI

RAPPORTO GIMBE 2026: SANITÀ PUBBLICA SOTTOFINANZIATA, CRESCONO LE DISUGUAGLIANZE TERRITORIALI

TERRITORI: UN FOCUS SU RICADUTE DELLA CRISI E PROPOSTE

Fonte: Fondazione GIMBE, 9° Rapporto sul Servizio Sanitario Nazionale, 7 ottobre 2026.

FINANZIAMENTO PUBBLICO: 18,8 MILIARDI DI RISORSE MANCATE

Tra il 2023 e il 2026 il Fondo Sanitario Nazionale è cresciuto di 17,5 miliardi, da 125,4 a 142,9 miliardi. Ma l'incidenza sul PIL è scesa dal 6,27% del 2022 al 6,14% del 2026: **18,8 miliardi di finanziamenti mancati** rispetto al mantenimento della quota del 2022. Sono i cosiddetti tagli invisibili. Al netto dell'inflazione generale, le risorse del 2026 equivalgono sostanzialmente a quelle del 2010, nonostante l'aumento dei bisogni sanitari. L'Italia è ultima nel G7 per spesa sanitaria pubblica pro capite: 3.952 dollari a parità di potere d'acquisto nel 2025.

PROSPETTIVE 2027/2029: UN DIVARIO DI 32,3 MILIARDI

Il finanziamento sanitario scenderà, secondo le previsioni, al 5,78% del PIL nel 2029. Il divario cumulativo tra spesa sanitaria programmata e finanziamento pubblico raggiungerà **32,3 miliardi nel triennio 2027-2029**: 7,6 nel 2027, 10,7 nel 2028 e 14 nel 2029. Senza nuove risorse, aumenterà la pressione sui bilanci regionali, con il rischio di maggiori imposte, riduzione dei servizi e aggravamento delle disuguaglianze. Manca una prospettiva finanziaria adeguata a garantire stabilmente i Livelli Essenziali di Assistenza (LEA).

ACCESSO ALLE CURE: 5,8 MILIONI DI PERSONE RINUNCIANO ALLE PRESTAZIONI

Nel 2024 oltre **5,8 milioni di persone**, il 9,9% della popolazione, hanno rinunciato a visite o esami, contro il 7,6% del 2023. Circa 4 milioni per i tempi d'attesa e 3,1 milioni per motivi economici, con possibili sovrapposizioni. Nel 2025 la spesa sanitaria direttamente sostenuta dalle famiglie ha raggiunto 42,4 miliardi, cui si aggiungono quasi 7 miliardi intermediati da fondi e assicurazioni. Si consolida il rischio di una sanità a due velocità, con accesso alle cure condizionato dal reddito e dalla residenza.

LEA E MOBILITÀ SANITARIA: PERSISTONO I DIVARI REGIONALI

Nel 2024 risultano adempienti ai LEA 18 Regioni e Province autonome su 21, contro 13 nel 2023. Sei presentano tuttavia criticità in almeno una macroarea. La valutazione formale non misura adeguatamente l'accessibilità effettiva delle prestazioni. La mobilità sanitaria interregionale ha raggiunto nel 2023 il record di **5,15 miliardi**. I criteri di riparto del Fondo restano insufficientemente collegati ai bisogni: mortalità prematura e condizioni socioeconomiche pesano soltanto per lo 0,75% ciascuna. Necessario un finanziamento più equo, attento alle fragilità sociali e territoriali.

PERSONALE SANITARIO: CARENZE STRUTTURALI E PERDITA DI ATTRATTIVITÀ

Dal 2012 al 2025 la quota della spesa sanitaria pubblica destinata al personale dipendente e convenzionato è scesa dal 39,7% al 36,9%: **36,8 miliardi di minori risorse cumulate** rispetto al mantenimento della quota del 2012. Circa un medico su quattro e un infermiere su cinque non lavorano nel SSN, secondo le ricostruzioni GIMBE. Gli infermieri sono 6,9 ogni mille abitanti, contro 9,7 della media OCSE. Retribuzioni, condizioni di lavoro e carriere poco attrattive aggravano le difficoltà di reclutamento, soprattutto nei servizi territoriali.

MEDICINA GENERALE E PEDIATRIA: SERVIZI DI PROSSIMITÀ IN DIFFICOLTÀ

Al 1° gennaio 2025 si stimano **5.716 medici di medicina generale mancanti**, assumendo un rapporto ottimale di uno ogni 1.200 assistiti, e 497 pediatri di libera scelta. Ancora incompiuta la riforma organizzativa e contrattuale della medicina generale, nonostante i progressi nell'integrazione con le Case della Comunità. Le carenze penalizzano soprattutto piccoli Comuni, aree interne e montane, dove distanze, dispersione abitativa e invecchiamento rendono più difficile garantire continuità assistenziale e prevenzione.

PNRR SALUTE: VERIFICARE L'EFFETTIVA OPERATIVITÀ DEI SERVIZI

La Missione 6 dispone di 15,63 miliardi, di cui 7,75 per reti di prossimità, assistenza territoriale e telemedicina. La revisione del 2023 ha ridotto i target europei: Case della Comunità da 1.350 a 1.038, Centrali Operative Territoriali da 600 a 480, Ospedali di Comunità da 400 a 307. Per parte degli interventi esclusi sono previste risorse alternative. Gli obiettivi finali sono stati dichiarati raggiunti e rendicontati dal Governo, ma per sette dei dieci obiettivi dell'ultima rata mancano dati pubblici sufficienti a una verifica indipendente completa. Dal 2027 sarà decisivo misurare **servizi effettivamente operativi, personale disponibile**, accessibilità e risultati assistenziali, con dati territoriali aperti e aggiornati almeno semestralmente.

ASSISTENZA DOMICILIARE E INTEGRAZIONE SOCIOSANITARIA: PRIORITÀ PER I TERRITORI

Il PNRR ha innalzato a 842.000 il target degli ultrasessantacinquenni aggiuntivi da prendere in carico a domicilio e a 300.000 quello dei pazienti assistiti in telemedicina. L'aumento delle prestazioni deve accompagnarsi all'integrazione tra ospedali, medicina territoriale, assistenza domiciliare e servizi sociali. Prioritaria la presa in carico continuativa di anziani non autosufficienti, persone con disabilità, malati cronici e famiglie fragili. L'insufficienza dei servizi sanitari aumenta il carico sui servizi sociali comunali e sulle famiglie.

PREVENZIONE: LA SALUTE IN TUTTE LE POLITICHE TERRITORIALI

La prevenzione richiede maggiori investimenti e l'applicazione dell'approccio One Health, che integra salute umana, animale e ambientale. Il principio della salute in tutte le politiche valorizza il ruolo dei Comuni nelle scelte ambientali, climatiche, urbanistiche, abitative, dei trasporti e dell'istruzione. Qualità dell'aria, mobilità sostenibile, adattamento climatico e tutela delle persone vulnerabili diventano componenti essenziali delle politiche per la salute e contro le disuguaglianze.

AUTONOMIA DIFFERENZIATA: RISCHIO DI ULTERIORI DISUGUAGLIANZE

Persistono forti differenze regionali nell'erogazione dei LEA, nella disponibilità di personale e nell'accesso alle cure. Ulteriori forme di autonomia sanitaria, senza adeguate garanzie, rischiano di ampliare i divari. Necessario rafforzare indirizzo, coordinamento e verifica dello Stato, assicurando l'uniforme esigibilità dei diritti e criteri di finanziamento coerenti con i bisogni effettivi delle popolazioni.

PIANO DI RILANCIO: SEDICI LINEE DI INTERVENTO

Le 16 linee proposte da GIMBE comprendono finanziamento pubblico, LEA, personale, integrazione dei servizi sanitari e sociosanitari, prevenzione, governance, rapporto pubblico-privato, contrasto agli sprechi, digitalizzazione, ricerca, trasparenza e partecipazione civica. **Per le autonomie locali sono centrali il rafforzamento dell'assistenza primaria, i servizi di prossimità, l'integrazione sociosanitaria, il riequilibrio territoriale, il monitoraggio degli investimenti PNRR e il coinvolgimento delle comunità nelle scelte sanitarie.**

SANITÀ PUBBLICA E AUTONOMIE LOCALI: UNA QUESTIONE DI COESIONE SOCIALE

La crisi del SSN richiede una strategia pluriennale di finanziamento e riforma, non semplici interventi di contenimento della spesa. Per ALI, il rafforzamento della sanità territoriale, la tutela delle comunità fragili e la piena integrazione sociosanitaria costituiscono priorità essenziali. **Difendere il carattere universalistico del SSN significa garantire uguaglianza sostanziale, contrastare lo spopolamento delle aree interne, sostenere le famiglie e rafforzare la coesione sociale e territoriale del Paese.**