

2026

9° Rapporto GIMBE sul Servizio Sanitario Nazionale

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

EXECUTIVE SUMMARY



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.

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

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 stanziare. 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 attribuirle 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 disuguaglianze 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.

Pediatrati 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 disuguaglianze 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 inappropriately 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 disuguaglianze.
- 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.

9° Rapporto GIMBE



Fondazione GIMBE

Diffondere le conoscenze
Migliorare la salute

Via Amendola, 2
40121 Bologna
Tel. 051 5883920
info@gimbe.org
www.gimbe.org