Jul, 2025
GRINS DISCUSSION PAPER SERIES DP N° 21/2025 ISSN 3035-5567

GRINS

Il Finanziamento e la Spesa Sanitaria in Italia

DP N° 21/2025

Authors:
Vincenzo Atella, Felice Cincotti, Daniela d'Angela, Barbara Polistena, Federico Spandonaro

Jul, 2025
GRINS DISCUSSION PAPER SERIES DP N° 21/2025 **ISSN 3035-5567**

Il Finanziamento e la Spesa Sanitaria in Italia

Vincenzo Atella, Felice Cincotti, Daniela d'Angela, Barbara Polistena, Federico Spandonaro

ACKNOWLEDGEMENTS

This study was funded by the European Union - NextGenerationEU, in the framework of the GRINS - Growing Resilient, INclusive and Sustainable project (GRINS PE00000018). The views and opinions expressed are solely those of the authors and do not necessarily reflect those of the European Union, nor can the European Union be held responsible for them.

CITE THIS WORK

Title: Il Finanziamento e la Spesa Sanitaria in Italia. Publication Date: 2025.

Il presente articolo analizza l'evoluzione delle dinamiche di finanziamento e spesa del Servizio Sanitario Nazionale (SSN) italiano, mettendo in luce criticità strutturali e rischi per la sua sostenibilità futura. Dopo aver descritto l'assetto multilivello di finanziamento—centrale, regionale e locale—il lavoro evidenzia come il sottofinanziamento cronico, le persistenti disparità territoriali e l'allocazione inefficiente delle risorse compromettano la capacità del SSN di garantire equità e qualità nell'erogazione dei servizi. Attraverso un confronto con altri Paesi OCSE ed europei, si evidenzia come l'Italia si collochi sotto la media in termini di spesa sanitaria pubblica, mentre cresce la quota di spesa privata a carico delle famiglie. Il progressivo invecchiamento demografico, la diffusione delle malattie croniche e l'impatto dell'innovazione tecnologica pongono ulteriori pressioni sul sistema. Il contributo propone infine alcune direttrici di riforma necessarie per assicurare la sostenibilità del SSN, incentrate sul rafforzamento della governance, sull'efficientamento della spesa, sull'incremento degli investimenti e sull'adeguamento dei modelli di finanziamento alle esigenze emergenti della popolazione.
Parole chiave: Finanziamento sanitario, Spesa sanitaria, Confronti internazionali, Servizio Sanitario Nazionale (SSN), Sostenibilità del sistema sanitario, Italia.
JEL Code: I1, H51, H61

Finanziato dall'Unione europea NextGenerationEU
Ministero dell'Università e della Ricerca
Italiadomani PIANO NAZIONALE DI RIPRESA E RESILIENZA
GRINS FOUNDATION

GRINS FOUNDATION

Discussion Paper Series

Il Finanziamento e la Spesa Sanitaria in Italia

Discussion paper n. 21/2025

Vincenzo Atella, Felice Cincotti, Daniela d'Angela, Barbara Polistena, Federico Spandonaro

ISSN 3035-5567

Il Finanziamento e la Spesa Sanitaria in Italia

Vincenzo Atella, Felice Cincotti, Daniela d'Angela, Barbara Polistena, Federico Spandonaro

Discussion Paper DP n° 21/2025

Il presente articolo analizza l'evoluzione delle dinamiche di finanziamento e spesa del Servizio Sanitario Nazionale (SSN) italiano, mettendo in luce criticità strutturali e rischi per la sua sostenibilità futura. Dopo aver descritto l'assetto multilivello di finanziamento—centrale, regionale e locale—il lavoro evidenzia come il sottofinanziamento cronico, le persistenti disparità territoriali e l'allocazione inefficiente delle risorse compromettano la capacità del SSN di garantire equità e qualità nell'erogazione dei servizi. Attraverso un confronto con altri Paesi OCSE ed europei, si evidenzia come l'Italia si collochi sotto la media in termini di spesa sanitaria pubblica, mentre cresce la quota di spesa privata a carico delle famiglie. Il progressivo invecchiamento demografico, la diffusione delle malattie croniche e l'impatto dell'innovazione tecnologica pongono ulteriori pressioni sul sistema. Il contributo propone infine alcune direttrici di riforma necessarie per assicurare la sostenibilità del SSN, incentrate sul rafforzamento della governance, sull'efficientamento della spesa, sull'incremento degli investimenti e sull'adeguamento dei modelli di finanziamento alle esigenze emergenti della popolazione.

Parole chiave: Finanziamento sanitario, Spesa sanitaria, Confronti internazionali, Servizio Sanitario Nazionale (SSN), Sostenibilità del sistema sanitario, Italia.

JEL Code: I1, H51, H61

Questo studio è stato parzialmente finanziato dall'Unione Europea – NextGenerationEU, Missione 4, Componente 2, nell'ambito del progetto GRINS – Growing Resilient, INclusive and Sustainable (GRINS PE00000018 – CUP D13C22002160001). Le opinioni e le idee espresse sono esclusivamente degli autori e non riflettono necessariamente quelle dell'Unione Europea, né quest'ultima può essere ritenuta responsabile per esse.

Il Finanziamento e la Spesa Sanitaria in Italia

Autori:

Vincenzo Atella, Felice Cincotti, Daniela d'Angela, Barbara Polistena, Federico Spandonaro[1]

Sommario

Il presente articolo analizza l'evoluzione delle dinamiche di finanziamento e spesa del Servizio Sanitario Nazionale (SSN) italiano, mettendo in luce criticità strutturali e rischi per la sua sostenibilità futura. Dopo aver descritto l'assetto multilivello di finanziamento—centrale, regionale e locale—il lavoro evidenzia come il sottofinanziamento cronico, le persistenti disparità territoriali e l'allocazione inefficiente delle risorse compromettano la capacità del SSN di garantire equità e qualità nell'erogazione dei servizi. Attraverso un confronto con altri Paesi OCSE ed europei, si evidenzia come l'Italia si collochi sotto la media in termini di spesa sanitaria pubblica, mentre cresce la quota di spesa privata a carico delle famiglie. Il progressivo invecchiamento demografico, la diffusione delle malattie croniche e l'impatto dell'innovazione tecnologica pongono ulteriori pressioni sul sistema. Il contributo propone infine alcune direttrici di riforma necessarie per assicurare la sostenibilità del SSN, incentrate sul rafforzamento della governance, sull'efficientamento della spesa, sull'incremento degli investimenti e sull'adeguamento dei modelli di finanziamento alle esigenze emergenti della popolazione.

Parole chiave: Finanziamento sanitario, Spesa sanitaria, Confronti internazionali, Servizio Sanitario Nazionale (SSN), Sostenibilità del sistema sanitario, Italia.

JEL Code: I1, H51, H61

[1]Corresponding author: federico.spandonaro@uniroma2.it

Indice

1. Introduzione **3**

2. Il finanziamento del SSN **4**

2.1 Il processo del finanziamento a livello centrale 4
2.2 Il processo del finanziamento regionale (riparto) 8
2.3 Il processo di finanziamento a livello locale 12
2.4 Confronti internazionali 13

3. La previsione di spesa sanitaria pubblica nel 2024-2027 **16**

4. La spesa sanitaria in Italia **17**

4.1 L'evoluzione della spesa sanitaria in un confronto internazionale 17
4.2 I *trend* nella spesa sanitaria pubblica italiana 21
4.3 Il peso e la composizione della spesa sanitaria pubblica italiana 22
4.4. La dinamica della spesa sanitaria privata a livello nazionale. 24
4.5 Gli andamenti della spesa a livello regionale *pre* e *post* Covid-19 25

5. I Problemi nel Finanziamento del SSN **28**

5.1. L'Impatto dell'Invecchiamento della Popolazione 28
5.2. Il Costo delle Tecnologie Mediche 29
5.3. Finanziamento, vincoli di Bilancio, spesa ed equità 29
5.4. Criteri di allocazione e disparità regionali 30

6. Conclusioni **31**

Bibliografia **33**

1. Introduzione[2]

Il finanziamento della spesa sanitaria in Italia rappresenta una questione cruciale per la sostenibilità del Servizio Sanitario Nazionale (SSN). Istituito per garantire universalismo, uguaglianza e accesso gratuito ai servizi sanitari, il SSN si fonda sul principio secondo cui le cure devono essere erogate sulla base dei bisogni di salute e non della capacità di pagamento. Tuttavia, fin dagli anni Novanta — e in modo più intenso dopo l'introduzione del federalismo fiscale — persistono criticità strutturali, quali il sottofinanziamento cronico rispetto alla media dell'Unione Europea, l'inefficienza nella distribuzione delle risorse e una consistente disuguaglianza territoriale nei livelli essenziali di assistenza.

Le tendenze demografiche e tecnologiche complicano ulteriormente il quadro. L'invecchiamento demografico - con una quota di popolazione oltre i 65 anni passata dal 16 % nel 2000 a oltre il 21 % nel 2023 nei Paesi UE - ha determinato un aumento della prevalenza delle malattie croniche e della domanda di assistenza a lungo termine, con significative implicazioni sui volumi e i costi del servizio sanitario (OECD/EU, 2024). Allo stesso tempo, l'innovazione in campo medico ha introdotto tecnologie sempre più complesse e costose, che pur migliorando gli esiti clinici, gravano ulteriormente sul bilancio del SSN.

I dati più recenti segnalano come l'Italia rimanga sotto la media europea in termini di spesa sanitaria complessiva e pubblica, mentre la componente privata ha raggiunto una quota pari al 24,8 %, tra le più elevate nell'UE. La spesa sanitaria nazionale è inferiore dell'11,3 % rispetto a quanto ci si attenderebbe in relazione al PIL al netto degli interessi passivi, e anche una sua completa integrazione non raggiungerebbe i livelli medi comunitari. A ciò si aggiunge una persistente disparità regionale, dovuta a un sistema di riparto del Fabbisogno Sanitario Nazionale che non considera appieno la complementarità tra spesa pubblica e privata né le diverse capacità economiche delle famiglie (Neri, Vainieri & Vola, 2020).

In tale scenario, il Servizio Sanitario Nazionale rischia di non riuscire a mantenere le sue promesse di universalità e equità. La crescente quota di spesa privata — inclusa la diffusione di fondi sanitari aziendali — solleva interrogativi sul ruolo del SSN e la sua capacità di integrare in modo regolato le forme di protezione emergenti. È pertanto urgente ripensare meccanismi di finanziamento e allocazione, favorendo un approccio sussidiario basato su regolamentazione e trasparenza.

Sebbene un aumento delle risorse pubbliche rimanga l'opzione più auspicabile, i vincoli di bilancio attuali rendono questo obiettivo complesso nel breve termine. Ne consegue l'esigenza di una strategia basata su due filoni paralleli: da un lato, riequilibrare la spesa privata, integrandola nel sistema pubblico; dall'altro, definire criteri di prioritizzazione delle prestazioni e riallocare le risorse disponibili in modo più equo, tenendo conto di principi distributivi e delle condizioni di fragilità economica e sanitaria dei cittadini.

Alla luce di queste evidenze, l'obiettivo del presente lavoro è quello di offrire una riflessione sistematica sui temi del finanziamento e della spesa sanitaria in Italia, pubblica e privata, anche in comparazione con quanto accade a livello internazionale. Il lavoro si propone di fornire un inquadramento delle principali criticità emerse negli ultimi trent'anni, con particolare attenzione alle dinamiche di sostenibilità economica, equità territoriale e complementarità tra pubblico e privato, al fine di orientare eventuali interventi di policy.

[2] Questo studio è stato parzialmente finanziato dall'Unione Europea – NextGenerationEU, Missione 4, Componente 2, nell'ambito del progetto GRINS – Growing Resilient, INclusive and Sustainable (GRINS PE00000018 – CUP D13C22002160001). Le opinioni e le idee espresse sono esclusivamente degli autori e non riflettono necessariamente quelle dell'Unione Europea, né quest'ultima può essere ritenuta responsabile per esse.

A tal fine, l'articolo è articolato in sei sezioni. La Sezione 2 ricostruisce l'evoluzione storica del finanziamento sanitario in Italia, con particolare riferimento all'impatto del federalismo fiscale e al confronto con i modelli sanitari europei. La Sezione 3 quantifica la composizione pubblica e privata della spesa sanitaria, analizzandone l'andamento nel tempo e le sue implicazioni in termini di equità. La Sezione 4 esplora le disuguaglianze regionali e il meccanismo di riparto del fabbisogno, evidenziando le inefficienze e le criticità strutturali. La Sezione 5 presenta scenari di policy per fronteggiare le sfide emergenti, attraverso interventi regolatori e redistributivi, nonché opzioni di riforma finanziaria. Infine, la Sezione 6 propone una sintesi delle evidenze, formula raccomandazioni operative e traccia le principali direzioni per ulteriori approfondimenti di ricerca.

2. Il finanziamento del SSN

Il processo di finanziamento del SSN riveste un duplice e fondamentale ruolo nella *governance* della Sanità. In primo luogo, perché le regole di finanziamento sono funzionali a realizzare i principi di equità che sono fondanti del SSN italiano; in secondo luogo, perché, distribuendo le risorse sulle Aziende sanitarie deputate all'erogazione dei servizi, impatta sulla loro efficienza.

In tema di equità va osservato che essa si estrinseca sia sul lato del prelievo che su quello dell'erogazione; il prelievo dovrebbe essere, infatti, deputato a realizzare una redistribuzione solidaristica: nella realtà, come segnalato da Itinerari Previdenziali (XI Osservatorio sulle entrate fiscali e sul finanziamento del *welfare*, 2024) solo il 24,2% degli italiani dichiara redditi tali da corrispondere un'imposta sufficiente a coprire la spesa per il *welfare* (sanità e assistenza), confermando così i limiti del sistema fiscale nazionale e la conseguente difficoltà nel mantenere i livelli di *welfare* attuali. Sul versante dell'equità di accesso ai servizi, una corretta allocazione delle risorse è condizione necessaria, ancorché non sufficiente, per garantirne l'universalità e, quindi, la realizzazione del principio costituzionale della tutela della salute.

In tema di efficienza, infine, va aggiunto che il processo di determinazione delle risorse necessarie per mantenere le "promesse" del SSN, e la conseguente allocazione delle stese a livello regionale e locale, in assenza di prezzi di mercato, va a costituire i ricavi delle Aziende sanitarie pubbliche, la cui determinazione impatta a sua volta sugli indici di bilancio, in primis sui risultati di esercizio: Pertanto, le analisi sulle efficienza delle Aziende condotta sui loro bilanci è condizionata dalla corretta attribuzione dei finanziamenti, in assenza della quale i risultati di esercizio restituiscono una valutazione distorta dell'efficienza delle Aziende stesse.

Per comprendere le complessità del sistema di finanziamento della Sanità, appare opportuno seguirne il processo dal livello Centrale a quello locale (Aziende sanitarie), passando per il cosiddetto riparto regionale. Nelle pagine che seguono tale processo viene dettagliato con lo scopo di far capire meglio se e dove possono sorgere problemi legati all'equità e all'efficienza.

2.1 Il processo del finanziamento a livello centrale

A livello Centrale, il processo inizia con la determinazione delle risorse pubbliche da assegnare alla Sanità. Sebbene il flusso che ne segue non si sia modificato in modo significativo negli ultimi 20 anni, alcune soluzioni di continuità meritano segnalazione. La prima è quella legata alla modifica delle fonti di finanziamento; dopo la fiscalizzazione degli oneri sociali avvenuta nella prima metà degli anni '90, con l'introduzione dell'IRAP (Imposta Regionale sulle Attività Produttive), la principale modifica è quella derivante dalla modifica del Titolo V della Costituzione in senso federalista e dal conseguente perseguimento dell'autonomia finanziaria regionale.

Quest'ultima, realizzata con il D.Lgs. n. 56/2000, ha cancellato il trasferimento statale alle Regioni, con il fine ultimo di responsabilizzarle sul versante economico-finanziario, oltre che su quello organizzativo: una scelta maturata a fronte del perdurare di ingenti disavanzi di gestione della Sanità, che rimane la prima voce per

dimensione nei bilanci regionali. Tralasciando l'incremento delle addizionali regionali IRPEF e delle accise sulla benzina, quantitativamente di minore importanza, la compensazione dell'abolizione dei trasferimenti statali è stata effettuata istituendo una compartecipazione regionale al gettito IVA (Imposta sul Valore Aggiunto), per le Regioni a statuto ordinario.

L'abolizione dei trasferimenti statali, seguita poi dalla pratica dei Piani di Rientro e dei commissariamenti delle Regioni in disavanzo, si è dimostrata "vincente" in termini di responsabilizzazione finanziaria delle Regioni, come dimostrato dal rapido rientro dei disavanzi regionali. Non di meno, l'utilizzo della compartecipazione all'IVA per il finanziamento della Sanità (la cui aliquota è, almeno sulla carta, oggetto di pattuizione fra lo Stato e le Regioni sulla base della stima dei fabbisogni sanitari) ha però legato indissolubilmente le risorse disponibili per la Sanità all'andamento dei consumi e quindi alle variazioni congiunturali dell'economia, dalle quali l'IRAP, in teoria, avrebbe dovuto tenere sostanzialmente al riparo. Di fatto, gli anni della pandemia hanno evidenziato una estrema "volatilità" del gettito IVA e IRAP (il secondo persino maggiore), per cui la copertura della crescita del finanziamento è stata necessariamente ottenuta sterilizzando la "volatilità" modificando (di fatto ex post) l'aliquota di compartecipazione all'IVA (Tabella 1).

Tabella 1. Variazioni del finanziamento, dell'IVA e dell'IRAP

	2023/2019	**2020/2019**	**2021/2020**	**2022/2021**	**2023/2022**
Finanziamento	11,46%	1,96%	2,68%	2,95%	3,41%
IVA (gettito)	27,79%	-9,36%	19,27%	15,98%	1,92%
IVA (ripartita)	14,51%	10,18%	-2,74%	3,08%	3,66%
IRAP (gettito)	19,41%	-20,79%	20,19%	19,90%	4,62%
IRAP (ripartita)	4,56%	-22,63%	29,28%	3,48%	1,02%

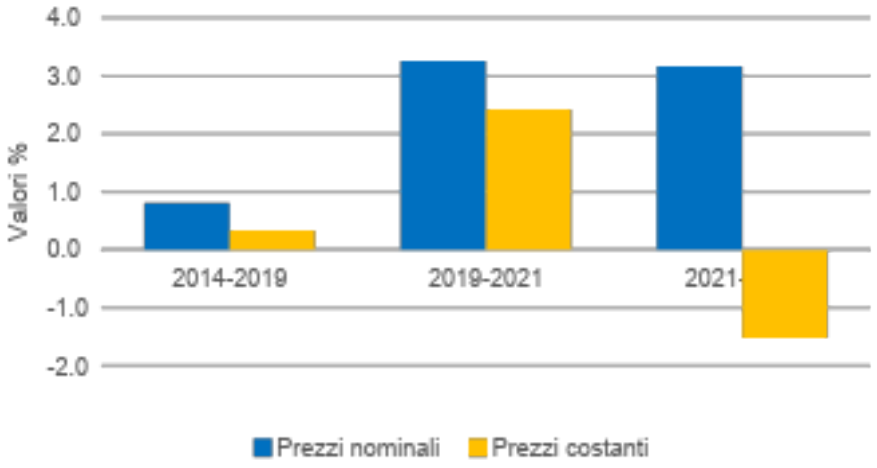
Fonte: elaborazione C.R.E.A. Sanità© su dati CIPE e MEF

Un secondo aspetto di discontinuità meritevole di segnalazione è quello legato alle modalità di determinazione delle risorse da assegnare alla Sanità (in teoria, quindi, a fondamento dell'accordo Stato-Regioni sull'aliquota di compartecipazione all'IVA). Con l'approvazione del D.Lgs. n. 68/2011, emanato ai sensi della L. n. 42/2009, è stato, infatti, introdotto il concetto di fabbisogno sanitario *standard* (FSN), ovvero la stima delle risorse necessarie al SSN per mantenere le sue "promesse" (ovvero i Livelli Essenziali di Assistenza o LEA) in condizioni di appropriatezza ed efficienza. Nello specifico, il D.Lgs. n. 68/2011 recita: « … *(il FSN) è determinato tramite intesa con le Regioni, in coerenza con il quadro macroeconomico complessivo e nel rispetto dei vincoli di finanza pubblica e degli obblighi assunti dall'Italia in sede comunitaria, coerentemente con il fabbisogno derivante dalla determinazione dei livelli essenziali di assistenza (LEA) erogati in condizioni di efficienza ed appropriatezza* …». Quindi, pur nel rispetto delle compatibilità macroeconomiche, il FSN dovrebbe essere frutto di una quantificazione "oggettiva", basata sui bisogni della popolazione.

Una lettura logica del dispositivo normativo implica quindi una non predominanza di un criterio sull'altro e, quindi, che per garantire la "composizione" dei due criteri si debba addivenire ad una programmazione capace di aumentare le risorse assegnate in caso di aumento dei bisogni, ma anche di ridurre le "promesse", ove le compatibilità macroeconomiche non permettessero di garantire al settore le risorse necessarie per l'erogazione dei LEA vigenti. Riduzione delle promesse realizzabile con una delimitazione dei servizi forniti, ovvero aumentando le compartecipazioni dei cittadini alla spesa per i servizi del SSN. Tralasciando gli aspetti operativi che secondo la norma dovrebbero portare alla determinazione dei costi *standard* dei LEA e quindi del FSN, peraltro rimasti in sostanza sulla carta, è lecito chiedersi se la citata "composizione" si sia effettivamente realizzata.

Nella Figura 1 è riportato l'andamento del FSN in Italia nel decennio 2014-2024. Si può osservare come nel periodo pre-pandemico (2014-2019) esso abbia registrato un incremento nominale dello +0,8% medio annuo, corrispondente ad un incremento reale dello 0,3% medio annuo; in quello pandemico (2019-2021) l'incremento nominale ha raggiunto il +3,3% medio annuo, pari al 2,4% reale; successivamente (2021-2024), malgrado le risorse straordinarie finalizzate al contenimento dell'epidemia siano state incorporate definitivamente nel finanziamento, la crescita è stata sostenuta in termini nominali (+3,2% medio annuo) ma negativa in termini reali (-1,5%). Qualora si volesse tenere conto della "natura emergenziale" dei finanziamenti finalizzati al contrasto della pandemia, ovvero si considerasse il FSN al netto dei finanziamenti aggiuntivi per il Covid-19, il tasso di crescita (2019-2023) in termini nominali si fermerebbe all'1,90%, e in termini reali si attesterebbe al -1,91%.

Figura 1. Fabbisogno *standard* nominale e reale



Fonte elaborazione © C.R.E.A. Sanità su Leggi di Bilancio e Istat, 2024

Le considerazioni quantitative che precedono segnalano la concreta difficoltà di "comporre" efficacemente il *trade-off* fra i vincoli di finanza pubblica e i bisogni di salute e anche una discrasia fra risorse e programmazione. Infatti, a fronte di una decrescita (o per lo meno una "non crescita") in termini reali del finanziamento, l'equilibrio ai sensi del D.Lgs. n. 68/2011 avrebbe richiesto una riduzione/congelamento dei LEA, realizzabile o con una loro "contrazione fisica", o grazie ad una maggiore efficienza "produttiva", o per effetto di una diminuzione dei loro costi unitari.

Per quanto concerne la prima opzione, appare evidente come la politica sanitaria non si sia indirizzata verso una riduzione dei LEA anzi, semmai, ad una loro espansione: sebbene non si sia ancora trovato l'accordo definitivo fra Stato e Regioni, sono stati, infatti, approvati i "nuovi LEA", in contraddizione "programmatoria" con la limitatezza delle risorse. La "possibilità" di perseguire guadagni significativi di efficienza produttiva (seconda opzione) appare anch'essa di difficile sostenibilità, a fronte della duplice constatazione di una spesa pubblica italiana per la Sanità che è ormai (si veda Polistena, 2023)) inferiore di oltre il 40% a quella dei Paesi europei di confronto (ovvero quelli membri già prima del trattato di Corfù del 1995), e con un *trend* di crescita anch'esso costantemente inferiore: nel periodo 2019-2022 al 3,6% medio annuo in Italia, contro il 5% dei Paesi EU-Ante 1995 e il 5,3% dell'intera Unione.

Per quanto concerne la terza opzione, infine, va propedeuticamente osservato che l'invecchiamento farebbe sottintendere un aumento dei costi unitari, come confermato dal fatto che il solo effetto demografico, assumendo come validi i pesi adottati per il riparto regionale, negli anni considerato avrebbe comportato un aumento atteso della spesa sanitaria dello 0,54% per l'ospedaliera e del 0,48% per la specialistica ambulatoriale. A

questo andrebbe aggiunta la considerazione degli incrementi attesi per effetto dell'innovazione terapeutica e delle aspettative della popolazione.

Il "congelamento" dei costi è, con tutta probabilità, alla base della mantenuta "sostenibilità" del SSN ed è stato comunque perseguito bloccando amministrativamente (ove possibile) i costi unitari dei servizi acquistati. In primo luogo, quelli relativi al personale, ma anche quelli degli acquisti di tecnologie sanitarie (per farmaci e dispositivi medici). Che questa politica sia sostenibile nel tempo è discutibile, come appare evidente anche sul lato del personale vista la mancanza di vocazioni in campo infermieristico, per la medicina generale e per le specializzazioni mediche più "disagiate". Sul lato delle tecnologie, la continua crescita del *payback* dovuto dalle Aziende, malgrado il progressivo aumento dei tetti, mette sempre più a rischio l'approvvigionamento dei farmaci innovativi. Senza poi considerare che la necessaria crescita dei tetti citati implica un corrispondete (e implicito) razionamento per altre voci, quali l'assistenza territoriale, che pure è dichiarata essere in cima all'agenda delle priorità del SSN. Il rischio, in definitiva, è che la mancata capacità di compensazione del *trade off* implicito nelle indicazioni del D.Lgs. n. 68/2011 in tema di determinazione del FSN, si trasformi in un razionamento implicito che, in assenza di governo del processo di "redistribuzione" dei diritti di accesso alle tutele, risulta foriero di crescita delle iniquità.

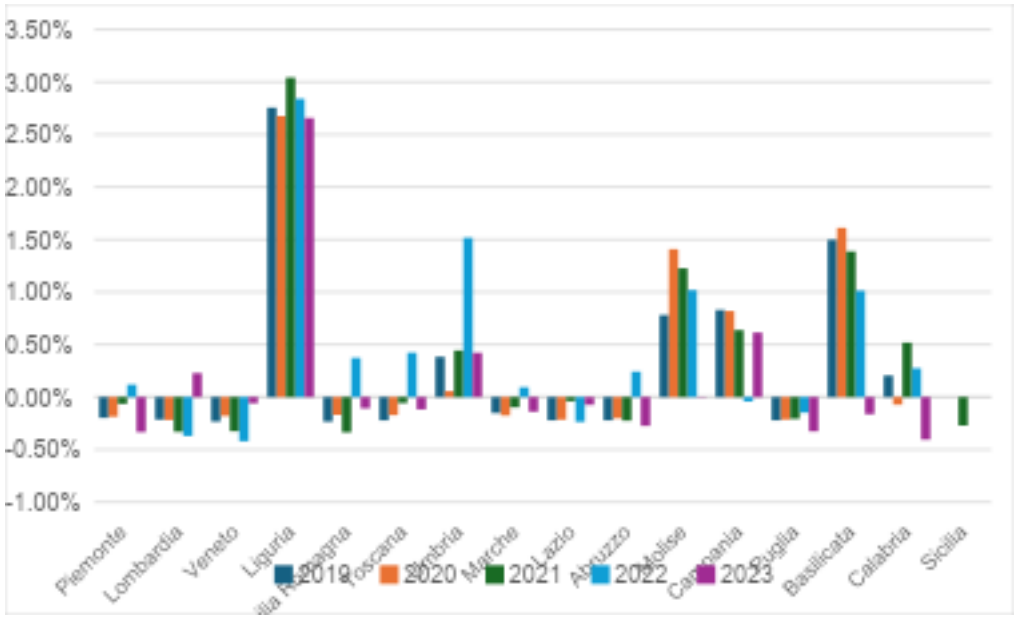
Pertanto, se il primo *step* del processo di finanziamento, come sopra argomentato, è stato segnato da importanti discontinuità rispetto al passato, gli *step* successivi, paradossalmente, sono invece caratterizzati da una prolungata "immutabilità".

Sempre a livello centrale, una volta determinato l'importo da distribuire per la Sanità, questo viene ripartito in quattro diverse poste in funzione delle priorità del Legislatore[3]:

1. Fondo Indistinto (di cui una parte finalizzato)
2. Accantonamenti
3. Fondo vincolato per Regioni
4. Fondo vincolato per altri Enti.

[3] Nel triennio 2020 – 2022 è stata aggiunta una quinta voce rappresentata dagli importi per finalità relative all'emergenza Covid–19.

Figura 2: Variazioni della quota di riparto degli Accantonamenti



Fonte: elaborazione C.R.E.A. Sanità© su dati Delibere CIPE

Il fondo indistinto (comprendente una parte finalizzata a obiettivi specificamente determinati) è la quota che va alle Regioni per l'erogazione dei LEA. Non tutto il fondo indistinto viene reso immediatamente disponibile per le Regioni. Ai sensi della L.191/2009 una parte (inizialmente lo 0,30%, poi portato allo 0,50% dalla L.197/2022) viene accantonata per essere distribuita successivamente. Il meccanismo originariamente era stato introdotto per incentivare comportamenti regionali virtuosi (ovvero l'adempimento agli obblighi descritti nell'accordo Stato-Regioni dell'8.8.2001), ma ha man mano perso questa sua finalizzazione, e viene ormai allocato su base pattizia concordata nell'ambito del Comitato permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Provincie Autonome per la verifica dell'erogazione dei LEA e dal Tavolo tecnico per la verifica degli adempimenti regionali.

A conferma di ciò, nella Figura 2 si vede come negli ultimi anni Liguria, Basilicata, Molise e Campania hanno beneficiato di una maggiore quota delle risorse accantonate a "scapito" di quelle settentrionali. In altri termini, sembra siano state utilizzate per "compensare" le diseconomie di scala delle Regioni di minori dimensioni, e l'insufficienza del sistema di riparto regionale nel tenere conto delle demografie "estreme" delle Regioni più vecchia e più giovane.[4] Per completezza, va poi ricordato che la L. 232/2016 ha introdotto i cosiddetti Fondi per i farmaci innovativi (oncologici e non oncologici, ora riuniti), le cui risorse, nei limiti dello stanziamento previsto, sono stornate dall'indistinto e dalle quote vincolate per essere assegnate alla Regioni ex post (a rimborso) in base ai consumi di farmaci innovativi sostenuti.

Il fondo vincolato destinato alle Regioni è destinato a finanziare la realizzazione di specifici obiettivi, di cui la componente principale è rappresentata dagli obiettivi di Piano ai sensi della L. n. 662/1996, sebbene il Piano sia scaduto e mai più rinnovato. Si segnala anche che gli eventuali residui della quota finalizzata del fondo indistinto, sebbene anch'essi destinati a finanziare la realizzazione di obiettivi prefissati, a differenza delle quote vincolate, diventino liberamente disponibili per le Regioni. In tal modo rappresentano dei "gradi di libertà" per le Regioni nell'allocazione delle risorse, sebbene rischino di evidenziare limiti nella corretta valutazione dei costi *standard* per il raggiungimento degli obiettivi a cui le risorse sono destinate. Infine, il fondo vincolato per gli Enti del settore sanitario (Croce Rossa italiana, Istituti zooprofilattici sperimentali, Centro nazionale trapianti, etc.) sono funzionali al loro funzionamento.

[4] Nella sezione 2.2 si chiarisce meglio la modalità di riparto regionale del fondo indistinto.

2.2 Il processo del finanziamento regionale (riparto)

Passando al cosiddetto riparto regionale, iniziamo osservando che esso avviene sul fondo indistinto, che rappresenta oltre il 96% del FSN, e che viene attribuito ai 3 macro-livelli di assistenza (LEA) vigenti:

1. Assistenza sanitaria preventiva (ambiente di vita e di lavoro)
2. Assistenza ospedaliera
3. Assistenza distrettuale.

L'assistenza distrettuale è a sua volta ripartita in quattro "sub-livelli":

4. Medicina di base
5. Farmaceutica
6. Specialistica
7. Territoriale.

Il riparto avviene separatamente per ogni singolo LEA (e sub-LEA), adottando dei pesi applicati alla popolazione, ritenuti rappresentativi dei diversi bisogni sanitari dei cittadini (Tabella 2). Appare immediatamente evidente come le quote di allocazione sui LEA risultino invariate (peraltro da oltre un decennio), a meno della variazione del tetto della farmaceutica: la quale ha l'effetto di ridurre la quota per l'assistenza territoriale ad un mero residuo, essendo tutte le altre voci determinate "ex ante". La sostanziale invarianza del fabbisogno attribuibile ai LEA sembra di difficile "giustificazione" a fronte del già richiamato invecchiamento demografico e delle variazioni organizzative indotte dall'evoluzione tecnologica, ma anche delle scelte strategiche del SSN: si pensi all'epocale riduzione dei posti letto ospedalieri (oltre il 30% nell'ultimo decennio) e il potenziamento dei *setting* assistenziali cosiddetti "territoriali".

Inoltre, appare paradossale che, in presenza di un imponente investimento per lo sviluppo dell'assistenza territoriale (obiettivo primario della missione 6 del PNRR), la voce destinata al suo finanziamento corrente sia quella determinata a residuo, e oltretutto in competizione con l'assistenza farmaceutica che è una delle voci di spesa più dinamiche. A livello regionale, peraltro, si riscontrano notevoli divergenze rispetto ai criteri nazionali, dimostrando che le allocazioni sui LEA non rappresentano vincoli di destinazione: ad esempio la Valle d'Aosta aumenta la quota destinata alla prevenzione di un punto percentuale (p.p.) sottraendolo equamente agli altri livelli. Di contro, l'Emilia-Romagna la riduce per aggiungere mezzo p.p. di finanziamento alla distrettuale e all'ospedaliera.

Tabella 2. Percentuali e criteri di riparto dei LEA

LEA	2019	2020	2021	2022	2023	Criteri di riparto
Prevenzione	5,00%	5,00%	5,00%	5,00%	5,00%	Popolazione non pesata
Ospedaliera	44,00%	44,00%	44,00%	44,00%	44,00%	50% pop. pesata / 50% non pesata
Distrettuale	51,00%	51,00%	51,00%	51,00%	51,00%	
Medicina di base	7,00%	7,00%	7,00%	7,00%	7,00%	Popolazione non pesata
Farmaceutica	11,63%	11,76%	11,84%	11,84%	11,71%	Tetto imposto sul fabbisogno complessivo comprensiva delle somme vincolate
Specialistica	13,30%	13,30%	13,30%	13,30%	13,30%	Popolazione Pesata

Tabella 2. Percentuali e criteri di riparto dei LEA						
LEA	**2019**	**2020**	**2021**	**2022**	**2023**	**Criteri di riparto**
Territoriale	19,07%	18,94%	18,86%	18,86%	18,99%	*Popolazione non pesata*
Fonte: CSR Atto 88/2019, CSR Atto 55/2020, CSR Atto 152/2021, CSR Atto 278/2022, CSR Atto 262/2023						

Per tenere conto dei diversi livelli di bisogno sanitario delle popolazioni, la ripartizione fra le Regioni delle risorse assegnate ai LEA avviene commisurandola alla loro popolazione "pesata", ovvero rideterminata in base ai diversi bisogni sanitari dei cittadini in base (sostanzialmente) all'età e al genere, con pesi stimati dai dati di consumo rilevati dal Nuovo Sistema Informativo Sanitario (NSIS), quali le SDO e il Flusso Tessera Sanitaria (nel caso della specialistica ambulatoriale), e dalle tariffe nazionali delle prestazioni sanitarie. La stima dei pesi presenta due criticità rilevanti: la prima è rappresentata dalla dipendenza dalle tariffe, che non vengono aggiornate significativamente da circa 20 anni e hanno presumibilmente ormai accumulato uno differenziale significativo rispetto ai costi reali; la seconda dal fatto che i pesi sono frutto di un calcolo "ragionieristico" effettuato sui consumi, ovvero senza tenere conto tanto (in negativo) dei consumi inappropriati e (in positivo) degli *unmet needs,* quanto della interazione con i consumi in altri *setting* assistenziali, il cui impatto è ben dimostrato in letteratura (Brenna, Polistena, Spandonaro, 2023). A parte le questioni metodologiche, anche per i pesi si registra una loro prolungata costanza nel tempo, ignorando l'impatto dell'avvento continuo di innovazioni terapeutiche e organizzative.

Nel complesso, indipendentemente dai problemi metodologici di stima dei pesi e di costanza nel tempo degli stessi, come si può vedere dalla Tabella 3, l'attuale processo di allocazione delle risorse alle regioni sposta poco rispetto ad un semplice criterio di riparto basato sulla popolazione residente. Fatta 100 la media Italia, le quote capitarie regionali variano, relativamente al 2023, in un *range* che va da 96,73 a 104,12, con una differenza assoluta di 7,39 p.p..

Le uniche modifiche intervenute nei criteri di riparto, lungi dall'avere affrontato le tematiche segnalate, sembrano piuttosto da ascriversi a logiche pattizie fra le Regioni. Fino al 2023 sono state tese a ridurre gli effetti della composizione demografica, aumentando le quote ripartire sulla base della popolazione residente non pesata. Nel 2023, con l'approvazione del DM n. 61/2023, il riparto si è, invece, arricchito del criterio della "deprivazione". Gli effetti di tali manovre, quantitativamente limitati, sull'allocazione delle risorse alle varie regioni è visibile nella Figura 3, dalla quale risulta che la Liguria ha subito la "perdita" maggiore in termini di quota capitaria assegnata (-2,31%) e la Campania il vantaggio maggiore (+2,24%).

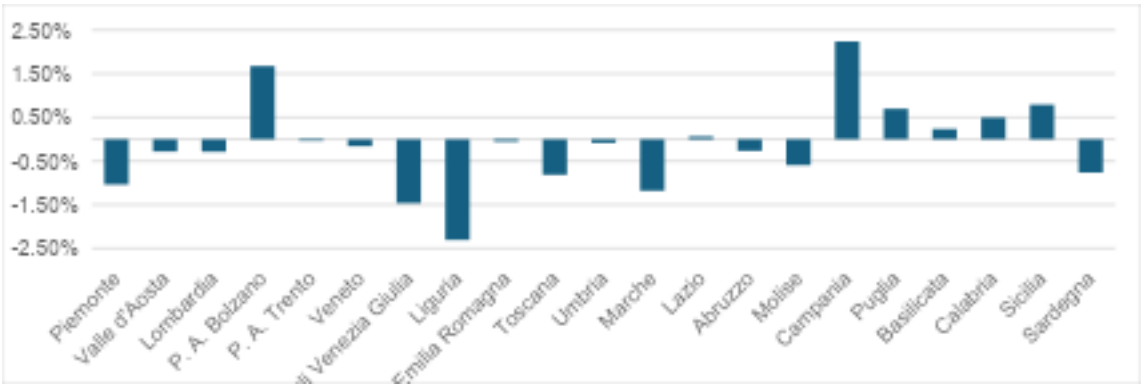
Tabella 3. Quote capitarie (Numeri indice Italia = 100 e valori in euro)					
Regioni	**2019 Italia = € 1857**	**2020 Italia = € 1898,97**	**2021 Italia = € 1963,25**	**2022 Italia = € 2028,19**	**2023 Italia = € 2098,75**
Italia	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00
Piemonte	102,21	102,16	102,03	101,95	102,02
Valle d'Aosta	100,89	100,95	100,83	100,82	101,08
Lombardia	99,89	99,79	99,58	99,58	98,69
P. A. di Bolzano	97,37	97,25	97,03	97,00	96,73
P. A. di Trento	99,24	99,21	99,03	99,13	98,21
Veneto	100,19	100,19	100,15	100,20	100,04
Friuli-Venezia Giulia	102,75	102,72	102,59	102,48	102,29

Tabella 3. Quote capitarie (Numeri indice Italia = 100 e valori in euro)					
Regioni	**2019 Italia = € 1857**	**2020 Italia = € 1898,97**	**2021 Italia = € 1963,25**	**2022 Italia = € 2028,19**	**2023 Italia = € 2098,75**
Liguria	104,74	104,60	104,36	104,20	104,12
Emilia-Romagna	101,07	100,90	100,68	100,61	100,56
Toscana	102,14	102,05	101,88	101,90	102,09
Umbria	102,12	102,11	102,13	102,13	104,02
Marche	101,56	101,56	101,53	101,48	101,24
Lazio	99,35	99,36	99,44	99,45	99,03
Abruzzo	100,82	100,86	100,94	100,93	101,34
Molise	101,40	101,64	101,82	101,81	102,62
Campania	96,42	96,54	96,76	96,81	97,38
Puglia	99,09	99,20	99,40	99,47	100,19
Basilicata	100,17	100,28	100,45	100,51	101,60
Calabria	98,76	98,92	99,17	99,17	99,61
Sicilia	98,36	98,44	98,70	98,68	99,07
Sardegna	101,01	101,26	101,66	101,83	102,49
Fonte: elaborazione C.R.E.A. Sanità© su dati Delibere CIPE					

Va inoltre notato che il *gap* tra le Regioni agli estremi del *range* si è ridotto negli anni, per poi stabilizzarsi fra il 2022 e il 2023 (**Errore. L'origine riferimento non è stata trovata.**). In definitiva la differenza di quota capitaria fra le Regioni agli estremi (Campania e Liguria), che era pari a € -154,61 nel 2019, si è ridotto di € 13,22 (€ 141,39 nel 2023). Peraltro, va considerato che sulla spesa che le Regioni devono sostenere con la quota capitaria loro assegnata incide la quota di spesa privata che va a ridurre l'onere regionale per l'erogazione dei LEA (compartecipazioni alla spesa, farmaci di classe A acquistati privatamente, prestazioni specialistiche effettuate a pagamento a causa delle liste di attesa, etc.).

La spesa sostenuta privatamente dalle famiglie varia nel *range* € 453,90 per la Puglia e € 1.029,89 per la Valle D'Aosta, con un differenziale di € 575,99. Anche senza considerare questa ultima Regione, che è a statuto speciale, il *range* risulta fra € 453,90 della Puglia e € 868,10 della Lombardia, con un differenziale di € 414,19. Quindi le differenze di finanziamento generate dal riparto rappresentano circa un terzo delle differenze indotte dai comportamenti di spesa dei cittadini che esitano in spese private.

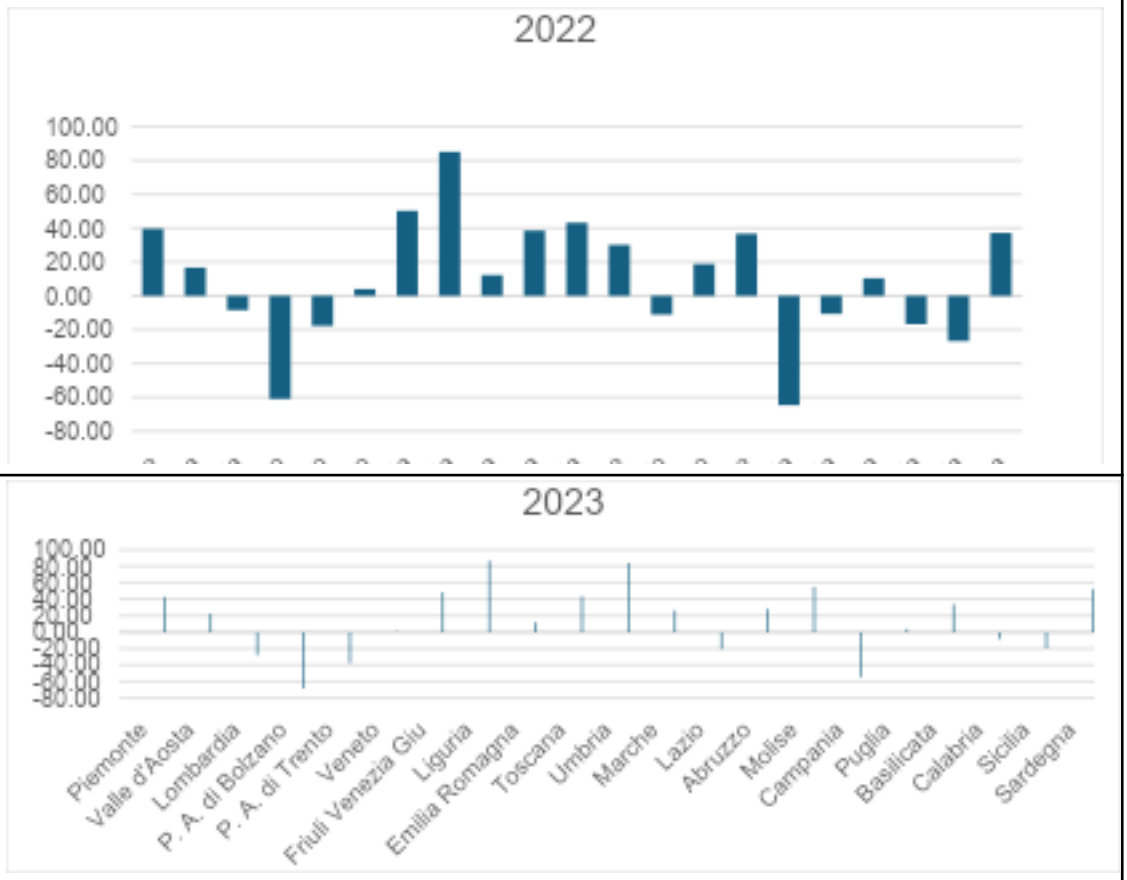
Figura 3: Impatto DM n. 61/2023



Fonte: elaborazione C.R.E.A. Sanità© su dati Delibere CIPE

Da quanto descritto si evince quindi un implicito incentivo per le Regioni a trasferire oneri sulla popolazione, nella misura in cui queste esitano in un risparmio per il bilancio regionale non compensato in fase di allocazione (riparto) delle risorse. In conclusione, anche gli algoritmi del riparto dimostrano la necessità di una "manutenzione", sia sul versante dei metodi di stima che dovrebbero essere statisticamente più corretti, ma anche introducendo fattori di correzione, in primis quelli legati alla diversa incidenza della spesa privata.

Figura 4: Differenze fra quota capitaria pura e pesata



Fonte: elaborazione C.R.E.A. Sanità© su dati Delibere CIPE

2.3 Il processo di finanziamento a livello locale

L'ultima fase del processo di finanziamento è quello con cui le Regioni, accertano le risorse assegnate, e le distribuiscono fra le Aziende sanitarie (territoriali e ospedaliere), nonché gli altri Enti dei Servizi Sanitari Regionali (SSR). Un'analisi esaustiva del processo di riparto effettuato dalle Regioni esula dallo scopo del presente contributo, per cui ci si limita ad asservare solo alcuni elementi rilevanti.

In varie realtà regionali si registra un sistema di allocazione delle risorse basato su criteri molto più dettagliati di quelli nazionali: a titolo di esempio, a fronte delle sei quote di allocazione nazionali delle risorse, il Piemonte ne adotta 11 per la Prevenzione, 5 per l'Ospedaliera, 11 per la Distrettuale, mentre l'Emilia-Romagna ne adotta 3 per la Prevenzione, 1 per l'Ospedaliera, 9 per la Distrettuale. Analogamente, in Piemonte per l'applicazione di pesi per tenere conto del bisogno si utilizzano 16 criteri aggiuntivi oltre quelli adottati a livello nazionale, in Emilia-Romagna 14, in Campania 5 e in Basilicata 4 in più. Un secondo aspetto degno di nota è quello relativo agli effetti dell'introduzione della Gestione Sanitaria Accentrata (GSA) prevista dal D.Lgs. 118/2011. Tale norma è finalizzata a razionalizzare la gestione contabile delle somme che le Regioni mantengono accentrate. Parallelamente, si è osservata l'istituzione di Aziende regionali di "supporto", cosiddette "Aziende Zero" (con diverse denominazioni, A.Li.Sa, ARCS, etc.), deputate a funzioni centralizzate di coordinamento (con varie "sfumature"), che in alcune Regioni hanno anche preso in carico la GSA.

Tabella 4. Modalità accentramento regionale risorse

Regioni	**GSA**	**"Azienda Zero"**	**GSA gestita da Regione/Azienda Zero"**
Piemonte	Si	Si*	Regione
Valle d'Aosta	No	No	No
Lombardia	Si	No	Regione
P. A. di Bolzano	No	No	No
P.A. di Trento	No	No	No
Veneto	SI	SI	Aziende Zero
Friuli-Venezia Giulia	No	SI (ARCS)	Azienda Zero
Liguria	Si	Si (A.Li.Sa)	Azienda Zero
Emilia-Romagna	SI	No	Regione
Toscana	SI	No	Regione
Umbria	Si	No	Regione
Marche	Si	No	Regione
Lazio	Si	No	Regione
Abruzzo	Si	No	Regione
Molise	SI	No	Regione
Campania	Sì	No	Regione
Puglia	Si	No	Regione
Basilicata	n.d.	n.d.	n.d.
Calabria	Si	No	Regione
Sicilia	Si	No	Regione
Sardegna	No	No	No

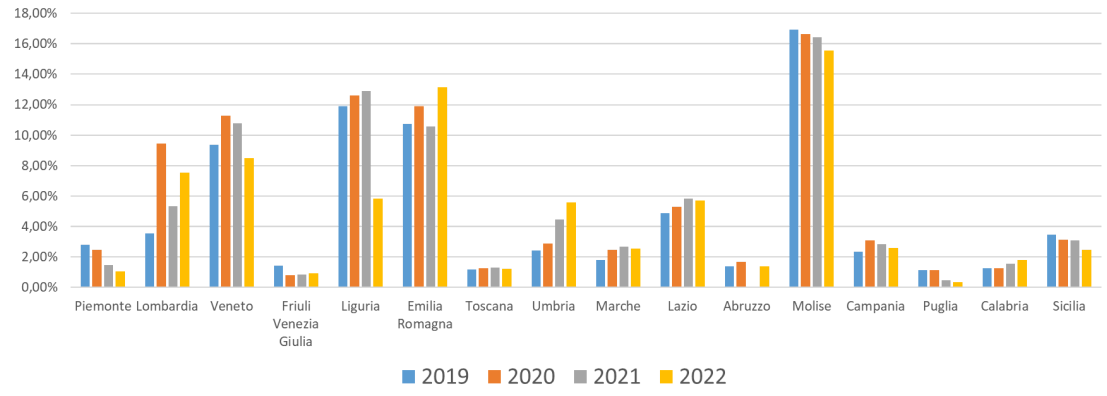
Fonte: elaborazione C.R.E.A. Sanità© su Normativa Regionale e Provinciale
*Nota: * nel 2022*

La Tabella 4 evidenzia come in tutte le Regioni a statuto ordinario per cui è stato possibile reperire informazioni sufficienti, la GSA è stata attivata. Quattro Regioni hanno anche istituito una "Azienda Zero", a cui, in tre casi è

stata attribuita la gestione della GSA. La quota di risorse mantenute accentrate risulta fortemente variabile sia fra le Regioni, sia nel tempo (Figura 3).

Anche in considerazione del fatto che alcune Regioni (Veneto, Marche, Emilia-Romagna, etc.) dichiarano di fare accantonamenti per il ripiano di disavanzi programmati, si può sostenere che le quote accentrate siano funzionali anche alla necessità di ripianare eventuali disavanzi locali. Di fatto il sistema di finanziamento, pur basato nelle fasi centrali e regionali su stime del bisogno, "atterra" a livello locale mantenendo un approccio che in larga misura rappresenta un "rimborso a piè di lista" delle spese sostenute.

Figura 3. Quota di finanziamento accentrata



Fonte: elaborazione C.R.E.A. Sanità© su dati Delibere regionali

Un ultimo punto che merita segnalazione riguarda il definitivo allontanamento dal disegno originario del D. Lgs.502/1992 ove prevedeva l'attribuzione del finanziamento alle Aziende territoriali, a loro volta chiamate ad acquistare prestazioni tariffate presso le strutture di erogazione, ivi comprese le Aziende Ospedaliere. Nei fatti, le AO sono in larga misura finanziate direttamente dalla Regione, configurando un sistema "ibrido", in parte legato ai DRG e alle prestazioni ambulatoriali "prodotte", e in parte legato alla copertura dei costi per funzione e/o a un *budget* regionale preassegnato. Questa attitudine, ormai generalizzata, conferma che le tariffe dei DRG e delle prestazioni di specialistica ambulatoriale, non sono rappresentative dei costi (pieni) sostenuti. A indiretta dimostrazione di quanto affermato, ed in contraddizione con gli atti di programmazione del SSN che indicano la volontà di potenziare l'assistenza territoriale, nel periodo considerato, nella maggioranza delle Regioni, si osserva un progressivo spostamento di risorse sulle Aziende Ospedaliere a scapito di quelle territoriali (Tabella 5).

2.4 Confronti internazionali

Il risultato del processo di finanziamento qui sopra descritto è più facilmente valutabile se si effettua una comparazione con i livelli di finanziamento della Sanità degli altri Paesi EU. In Europa la maggioranza dei sistemi sanitari è di stampo "bismarkiano", con un finanziamento prevalente attraverso contributi obbligatori versati a fondi che, tipicamente, sono di origine corporativa (Assicurazioni Sociali). Il SSN italiano è, di contro, classificabile fra i sistemi di stampo "beveridgiano", con un finanziamento esclusivamente di origine fiscale (Figura 4).

Secondo i dati OCSE riportati nella Figura 5, nel 2023, la quota media di copertura pubblica del finanziamento della Sanità in Europa risulta pari al 76,6%. I Paesi con la quota più bassa sono il Portogallo (61,7%), mentre quello con la quota più alta è la Lussemburgo (87,1%), con l'Italia al 74,0%, 2,7 p.p. in meno rispetto alla media Europea. Suddividendo i Paesi europei in due aree, quella dei Paesi membri dell'EU prima del 1995 (EU-Ante 1995) e quelli entrati nell'Unione successivamente (EU-Post 1995), si può osservare che per i primi la media di copertura del Finanziamento pubblico si attesta al 83,0%, risultando maggiore rispetto a quella italiana di 9,0 p.p..

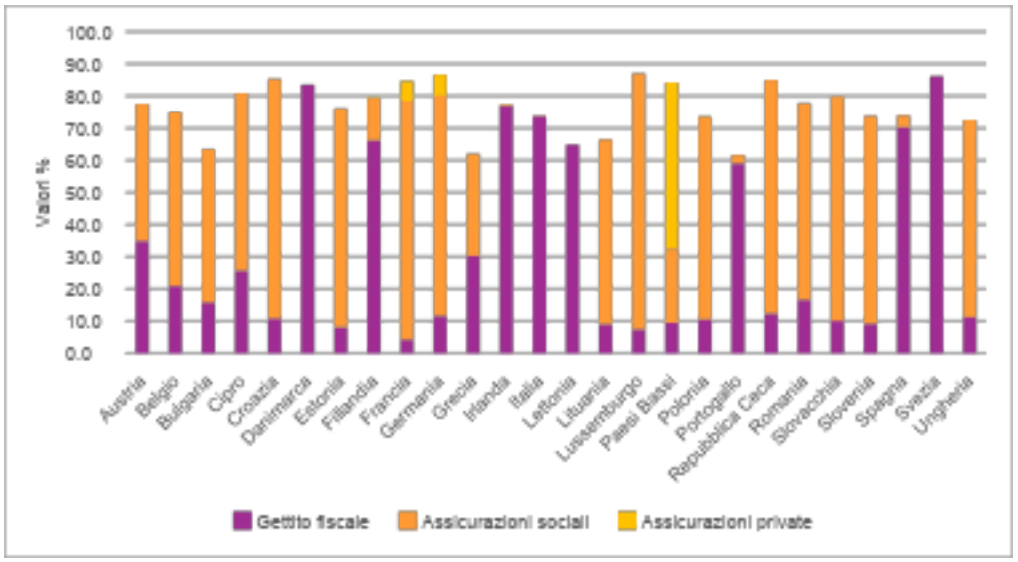
Tuttavia, la quota di copertura pubblica italiana è ormai inferiore (di 2,2 p.p.) anche rispetto alla media dei Paesi EU–post 1995 (Figura 6), avendo "virato" la "traiettoria" dopo la crisi finanziaria dei mercati della fine del primo decennio del secolo.

Tabella 5. Variazioni delle quote di riparto per ASL e AO

Regioni	Δ2020/2019		Δ2021/2020		Δ2022/2021	
	ASL	AO	ASL	AO	ASL	AO
Piemonte	0,82%	17,36%	3,39%	9,05%	2,32%	15,30%
Valle d'Aosta	-	-	-	-	-	-
Lombardia	-8,35%	35,66%	8,81%	-0,64%	0,37%	-4,94%
P. A. di Bolzano	-	-	-	-	-	-
P.A. di Trento	-	-	-	-	-	-
Veneto	0,10%	0,97%	3,78%	-0,05%	6,45%	-1,85%
Friuli-Venezia Giulia	-1,93%	47,65%	-1,74%	-3,99%	1,22%	-6,21%
Liguria	1,55%	1.63%	1,445	2,30%	3,42%	3,20%
Emilia-Romagna	4,13%	13,25%	-0,25%	30,04%	4,44%	23,96%
Toscana	-0,73%	13,21%	4,89%	-1,48%	4,78%	27,98%
Umbria	0,31%	7,11%	0,43%	0,40%	2,07%	18,44%
Marche	-0,70%	2,09%	2,23%	2,18%	4,73%	5,89%
Lazio	1,49%	1,32%	0,53%	27,80%	4,09%	-14,53%
Abruzzo	0,89%	-	n.d.	-	n.d.	-
Molise	0,10%	-	0,57%	-	-3,67%	-
Campania	1,42%	27,26%	0,74%	2,89%	4,79%	-17,87%
Puglia	-0,39%	-9,93%	4,76%	8,29%	2,39%	2,83%
Basilicata	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.
Calabria	1,73%	0,09%	2,36%	6,25%	9,93%	3,18%
Sicilia	-1,53%	29,35%	2,35%	0,79%	6,78%	8,48%
Sardegna	-0,32%	25,15%	7,335	-13,25%	-0,75%	15,94%

Fonte: elaborazione C.R.E.A. Sanità© su Normativa Regionale e Provinciale
Note: AO include anche AOU e IRCCS

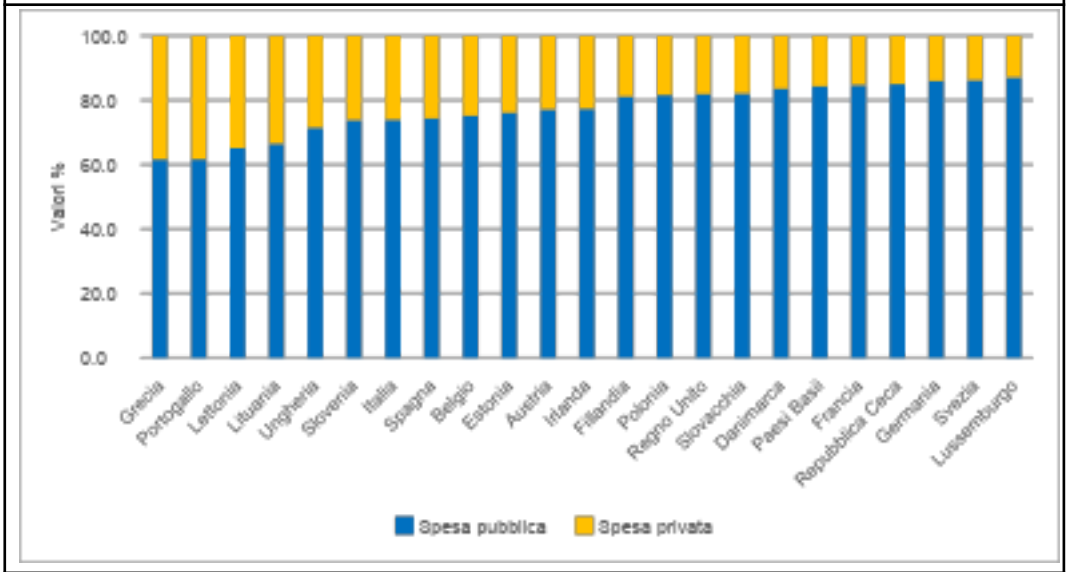
Figura 4. Finanziamento pubblico della Spesa Sanitaria corrente (2023).



Fonte: elaborazione C.R.E.A. Sanità su dati EUROSTAT, 2024.

Nel periodo più recente (2020-2023), i Paesi EU–Ante 1995 hanno registrato una crescita del finanziamento pubblico in coincidenza con la pandemia da Covid-19, e la hanno poi mantenuta con una quota superiore all'82%. I Paesi EU–Post 1995 hanno invece visto aumentare con continuità la quota pubblica di finanziamento, essendo giunti a ridosso dell'80% nel 2023. Di contro, l'Italia è passata da una quota del 76% nel 2020 al 74,0% nel 2023. L'andamento descritto rispecchia un crescente impegno pubblico verso obiettivi di crescita, che si è realizzato a scapito del *welfare* sanitario. A fronte di una spesa privata in larghissima misura *out of pocket*, questo "disinvestimento" relativo appare evocativo di rischi di crescita delle iniquità, aumentando nei fatti la correlazione fra opportunità di accesso ai servizi e condizioni socioeconomiche dei pazienti.[5]

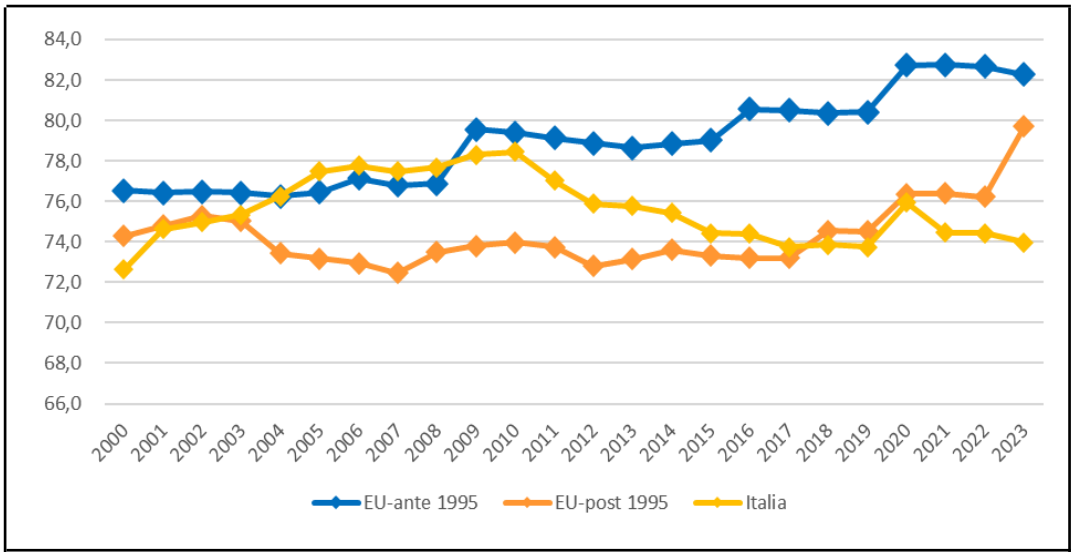
Figura 5. Composizione del Finanziamento della Spesa Sanitaria (2023).



Fonte: elaborazione C.R.E.A. Sanità su dati OCSE, 2024.

Figura 6. *Trend* finanziamento pubblico della Spesa Sanitaria corrente

[5] A tal proposito si veda il contributo di Atella, D'amico, et Al. (2025) in questo *special issue*.



Fonte: elaborazione C.R.E.A. Sanità su dati EUROSTAT, 2024.

3. La previsione di spesa sanitaria pubblica nel 2024-2027

Il rifinanziamento del SSN è il provvedimento più rilevante per il settore sanitario contenuto nella Legge di Bilancio 2025 (L. 207/2024), approvata lo scorso dicembre, che individua anche le aree di destinazione delle risorse aggiuntive. Secondo la nostra ricostruzione (Tabella 6), l'incremento del finanziamento ordinario o *standard*, rispetto a quello vigente, è pari a 1,3 miliardi di euro nel 2025, 5 e 5,7 miliardi nei due anni seguenti (per il biennio 2028-2029 l'incremento annuale è pari a 6,6 e di 7,7 miliardi di euro, mentre è di 8,8 miliardi a decorrere dal 2030). In particolare, nelle nostre stime oltre alle maggiori risorse indicate nell'art. 1, c. 273, specificatamente dedicato al rifinanziamento del SSN, abbiamo considerato anche quelle previste per la fornitura di ausili e protesi per i disabili impegnati in attività sportive (1 milione di euro all'anno) e per gli specializzandi non medici (30 milioni di euro per il 2025).[6] Abbiamo inoltre considerato anche il taglio di 50 milioni di euro annui dal 2025 del "fondo" finalizzato al contrasto delle patologie derivanti dalla pratica del gioco d'azzardo compulsivo, in concomitanza con la revisione più generale della disciplina della cura e riabilitazione delle patologie da dipendenze.[7] Va peraltro detto al riguardo che nel nuovo assetto le regioni "rientrano" delle risorse perdute, attingendole dal neoistituito Fondo per le dipendenze patologiche (FDP).

Tabella 6 – Il finanziamento statale ordinario del SSN 2024-2030 (*milioni di euro*)

	2024	2025	2026	2027	2028	2029	2030
Finanziamento a legis. vigente	134.015	135.231	135.517	135.518	135.518	135.518	135.518
Incremento LB 2025	-	1.283	4.966	5.685	6.557	7.619	8.792
- Personale		1.070	2.857	3.859	4.742	5.804	6.977
- Adeguamento tariffe DRG		77	1.000	1.000	1.000	1.000	1.000
- Obiettivi di carattere prioritario		0	774	341	379	379	379
- Piano pandemico		50	150	300	300	300	300
- Altre misure		86	186	186	136	136	136
Finanziamento programmato	134.015	136.514	140.483	141.203	142.075	143.137	144.310
Finanziamento programmato in % Pil	6,1	6,1	6,0	5,9			

[6] Cfr. L. 207/2024, art. 1 commi 305 e 340.
[7] Cfr. L. 207/2024, art. 1 commi 367-375.

Fonte*: elaborazioni su dati UPB (2024) e A.S. 1330 (LB 2025)*

La gran parte del finanziamento aggiuntivo è destinato a sostenere le maggiori spese per il personale: in particolare, rientrano nella nostra stima oltre agli effetti del rinnovo dei contratti del triennio 2025-2027 e di quello successivo, l'erogazione di nuove e specifiche indennità, l'incremento dei trattamenti accessori e le nuove risorse previste per gli specializzandi.[8] Tra le altre misure, le più significative almeno dal punto di vista del costo a carico del bilancio pubblico sono l'aggiornamento delle tariffe delle prestazioni ospedaliere, i cosiddetti DRG (77 milioni di euro nel 2025 e 1 miliardo a decorrere dal 2026), la "riserva" a favore degli Obiettivi sanitari di carattere prioritario e di rilievo nazionale, ossia specifiche aree di intervento individuati dal governo e condivisi dalle Regioni (774 milioni di euro nel 2026 e importi inferiori di circa la metà negli anni successivi) e l'attuazione del Piano pandemico nazionale 2025-2029, ossia il rinnovato sistema di linee guida per la gestione delle eventuali nuove emergenze sanitarie dovute a virus respiratori, al momento non ancora definitivamente approvato.[9] Infine, tra le altre misure sono ricompresi diversi interventi specifici di modesta entità e la minore spesa riconducibile al riordino del sistema di cura delle dipendenze tossicologiche, di cui si è detto in precedenza.

A seguito di tali interventi il finanziamento del Ssn salirebbe nell'anno in corso a 136,5 miliardi di euro e a 140,5 nel 2026, mentre negli anni successivi le stime risentono sia del fatto che il finanziamento tendenziale (o a legislazione vigente) dal 2027 in poi è tenuto fermo al livello del 2026 e che gli incrementi previsti annui (in media meno di 1 miliardo all'anno) sono inferiori a quelli dei due anni precedenti.[10] In percentuale del Pil, il finanziamento rimarrebbe quest'anno allo stesso livello del 2024 (6,1%) per poi ridursi di un decimo di punto percentuale all'anno nei due anni seguenti e attestarsi nel 2027 sul 5,9%.[11] Nella Tabella 7 abbiamo riportato le stime ufficiali più aggiornate sull'evoluzione nel prossimo triennio della spesa sanitaria pubblica e della sua incidenza sulle principali variabili macroeconomiche.

Tabella 7 - La spesa sanitaria nel quadro tendenziale dei conti pubblici (2024-2027)

	2024	2025	2026	2027
Spesa sanitaria (mld. euro)	138,3	143,4	149,8	151,6
Quota su Pil (in %)	6,3	6,4	6,4	6,4
Quota sulla spesa primaria corrente (in %)	15,3	15,4	15,7	15,7
Spesa sanitaria (variazione in %)	4,9	3,6	4,5	1,2

Fonte: elaborazioni su dati MEF (2025)

Secondo questa ricostruzione, la spesa aumenterebbe del 3,6% quest'anno, del 4,5% nel 2026 e dell'1,2% nel 2027.[12] In percentuale del PIL la spesa sanitaria è prevista crescere di un altro decimo di punto e raggiungere il 6,4%, valore sui cui rimarrebbe anche nei due anni successivi. Aumenta, infine, anche l'incidenza sulla spesa

[8] Il costo dei rinnovi contrattuali non è esplicitamente indicato nei documenti ufficiali ed è stato stimato sulla base delle informazioni ricavabili dal prospetto riepilogativo degli effetti economici della Legge di bilancio.
[9] Cfr. L. 207/2024, art. 1 commi 300-301, 275 e 308.
[10] Per la stima del finanziamento tendenziale, vedere Ufficio Parlamentare di Bilancio (2024), p. 114.
[11] La revisione al ribasso della dinamica del Pil per il 2025-2027 rispetto alle analoghe stime ufficiali precedenti non ha effetti di rilievo sull'incidenza del finanziamento, se non per il 2025 che risulta un decimo di punto percentuale più alto di quello che sarebbe stato con il precedente profilo di crescita.
[12] Oltre alle misure introdotte dalla Legge di bilancio 2025 e agli interventi previsti a legislazione vigente, tale dinamica sconta anche i maggiori costi pari a 1,3 miliardi di euro di alcuni interventi facenti parte del PNRR che vengono mantenuti a regime e che dal 2027 peseranno sul finanziamento ordinario del SSN. Cfr. MEF (2025), pp. 39-43.

corrente primaria che passa dal 15,4% atteso per quest'anno (un decimo di punto percentuale in più del 2024) al 15,7% annuo nel biennio 2026-2027.

4. La spesa sanitaria in Italia

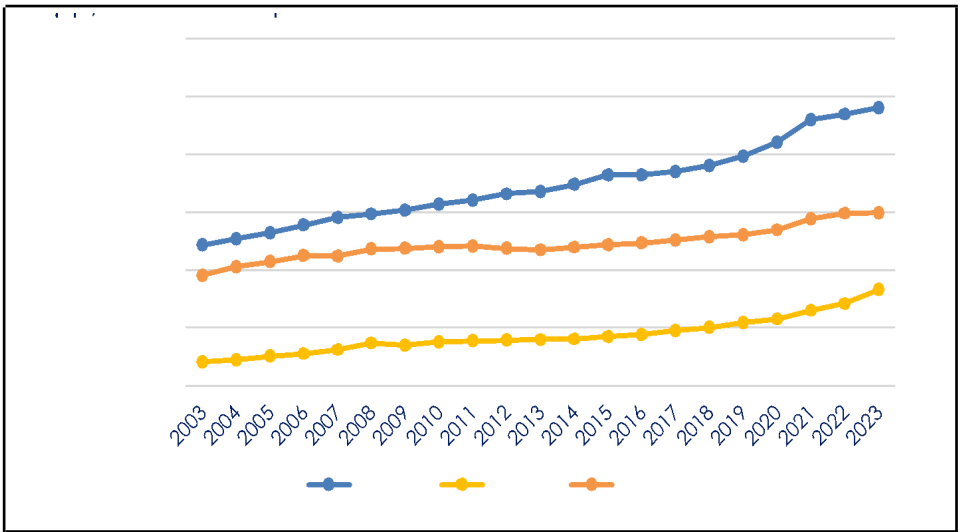
4.1 L'evoluzione della spesa sanitaria in un confronto internazionale

Nel 2023, la spesa sanitaria corrente italiana (pubblica e privata) è risultata pari a € 176,2 mld. (Figura 9), pari a € 2.986,0 pro-capite. Secondo i dati diffusi dall'OCSE, e riportati nella Figura 10, quest'ultimo valore è inferiore del 37,8% rispetto alla media (€ 4.802,4) dei (rimanenti) Paesi membri dell'Unione Europea (EU) da prima del 1995 (EU-Ante 1995), e superiore dell'80,3% rispetto alla media (€ 1.656,4) dei Paesi entrati nell'EU dopo il 1995 (EU-Post 1995) (Figura 10).[13] Anche la crescita della spesa sanitaria italiana risulta inferiore a quella degli altri Paesi Europei; in particolare, nell'ultimo anno la spesa sanitaria italiana ha fatto registrare una crescita dello 0,3% inferiore di 2,0 p.p. rispetto a quella degli altri Paesi del blocco EU-Ante 1995. Nell'ultimo decennio la crescita della spesa in Italia è stata, invece, del 2,4% minore di 5,2 p.p. rispetto a quella verificatasi nei Paesi EU-Post 1995: nell'ultimo anno lo scarto ha raggiunto -16,6 p.p.. Di conseguenza, il *gap* (negativo) della spesa sanitaria pro-capite rispetto a "EU-Ante 1995" si è progressivamente allargato: di 1,3 p.p. nell'ultimo anno, di 7,7 p.p. nell'ultimo decennio, di 16,2 p.p. rispetto al 2003 (Figura 10). Parallelamente, rispetto ai Paesi "EU-Post 1995" il *gap* (positivo) si è ridotto di 287,2 p.p. rispetto al 2003 e di 114,5 p.p. rispetto al 2013, di cui 30,0 p.p. nell'ultimo anno (Figura 11).

Analoghe osservazioni si possono fare utilizzando la spesa pro-capite a parità di potere di acquisto: il *gap* (negativo) tra l'Italia e i Paesi EU-Ante 1995 risulta pari al 28,8% nel 2023, ed è cresciuto di 10,8 p.p. rispetto al 2003, di 2,8 p.p. rispetto al 2013 e di 0,5 p.p. nell'ultimo anno; rispetto ai Paesi EU-Post 1995, il *gap* (positivo) risulta del +30,6% nel 2023, ed è diminuito di 9,6 p.p. nell'ultimo anno, di 35,3 p.p. rispetto al 2013 e di 103,0 p.p. rispetto al 2003. Inoltre, è degno di nota come il divario nella spesa sanitaria totale rispetto ai Paesi UE-15 si stia ampliando più rapidamente rispetto al divario in termini di PIL. In particolare, nell'ultimo decennio, il divario nella spesa sanitaria totale è aumentato di tre volte rispetto a quello del PIL, con una differenza media annua di -1,2 punti percentuali rispetto a -0,4 punti percentuali (+3,0% contro 3,4%). Questi andamenti sono in gran parte influenzati dalla componente pubblica.

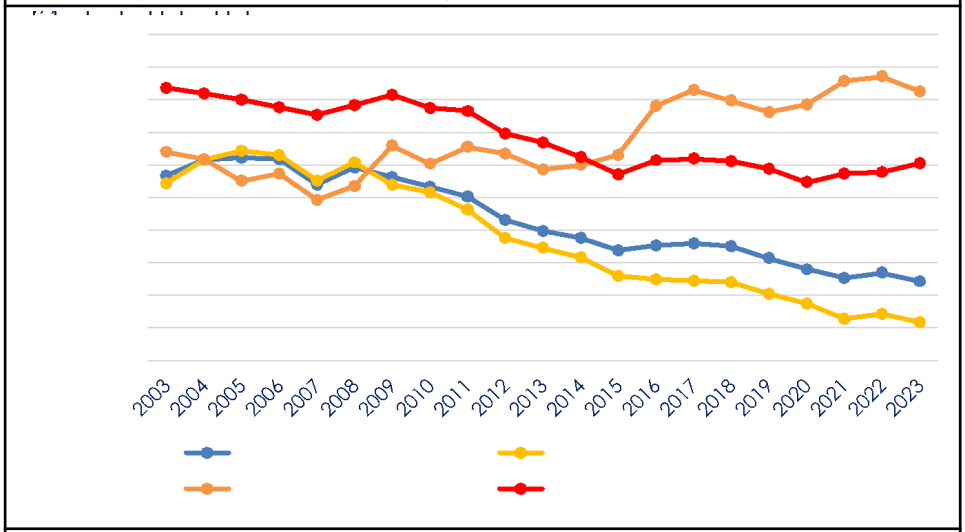
Figura 9 - *Trend* della spesa sanitaria totale pro-capite

[13] Per i Paesi presenti nell'UE prima del 1995 si fa riferimento a: Austria, Belgio, Danimarca, Finlandia, Francia, Germania, Grecia, Irlanda, Lussemburgo, Olanda, Portogallo, Regno Unito, Spagna e Svezia. Per i Paesi presenti nell'UE dopo il 1995 si fa riferimento a: Estonia, Lettonia, Lituania, Polonia, Repubblica Ceca, Slovacchia, Slovenia e Ungheria. Si tenga presente che nell'analisi non sono stati considerati i seguenti Paesi: Bulgaria, Cipro, Croazia, Malta e Romania in quanto non sono disponibili i dati relativi all'intero arco temporale analizzato.



Fonte: elaborazione C.R.E.A. Sanità su dati OCSE, 2024.

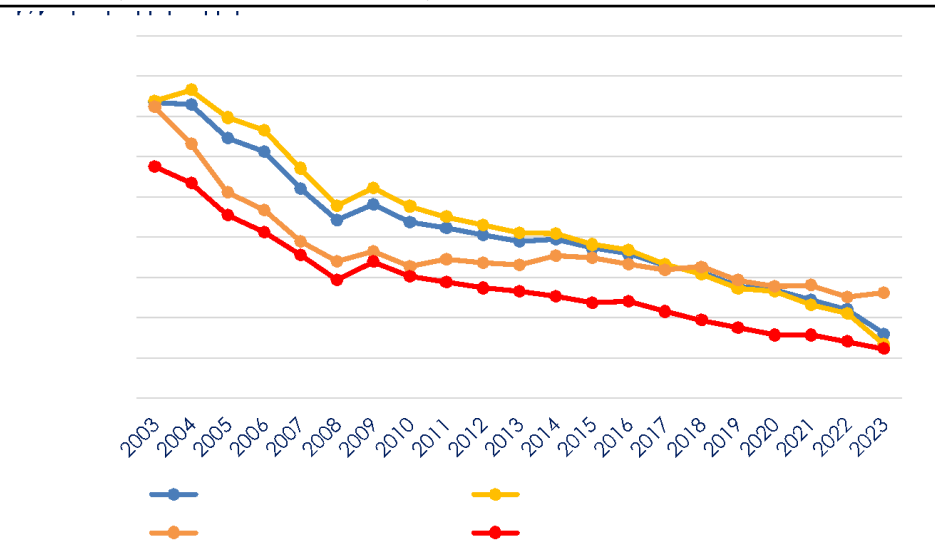
Figura 10. *Trend* del *gap* Italia vs. "EU-Ante 1995" in termini di spesa sanitaria (totale, pubblica e privata) e PIL pro-capite



Fonte: elaborazione C.R.E.A. Sanità su dati OCSE, 2024.

Il divario della spesa pubblica tra l'Italia e i Paesi EU-Ante 1995 nel 2023 risulta del -44,0%, in aumento di +1,2 p.p. sull'anno precedente, di +11,4 p.p. nell'ultimo decennio, di +21,3 p.p. tra il 2003 ed il 2023. Esprimendo la spesa in $-PPP, il divario risulta pari al – 35,7%, con un incremento nell'ultimo anno (+0,4 p.p.), in aumento di +7,1 p.p. nell'ultimo decennio e +16,8 p.p. rispetto al 2003. Parallelamente, rispetto ai Paesi EU-Post 1995, la spesa pubblica, pur rimanendo maggiore (+67,3% nel 2023), vede ridursi il differenziale: di -302,0 p.p. rispetto al 2003 e di -138,1 p.p. nell'ultimo decennio. In $-PPP, lo scarto si è ridotto di quasi sei volte e mezzo rispetto al 2003 e di tre volte e mezzo dal 2013.

Figura 11. *Trend* del *gap* Italia vs. "EU-Post 1995" in termini di spesa sanitaria (totale, pubblica e privata) e PIL pro-capite



Fonte: elaborazione su dati OCSE 2024 - © C.R.E.A. Sanità

Figura 12. Incidenza della spesa sanitaria pubblica sul PIL e sul PIL al netto degli interessi sul debito pubblico (2023)



Fonte: elaborazione su dati OCSE 2024 - © C.R.E.A. Sanità

Infine, anche la componente privata della spesa sanitaria è inferiore dell'8,7% rispetto ai Paesi EU-Ante 1995. Il *gap* è stato "altalenante": è cresciuto nel periodo 2003-2007 (in larga misura per effetto dell'abolizione dei *ticket* nel 2001), ha quindi registrato un andamento altalenante fino al 2023, con un aumento di +2,3 p.p. nell'ultimo anno. La spesa privata espressa in $-PPP risulta superiore a quella degli altri Paesi EU-Ante 1995 del +2,0%, -2,4 p.p. rispetto all'anno prima. Fino al 2020, a parità di potere di acquisto, l'onere sostenuto privatamente delle

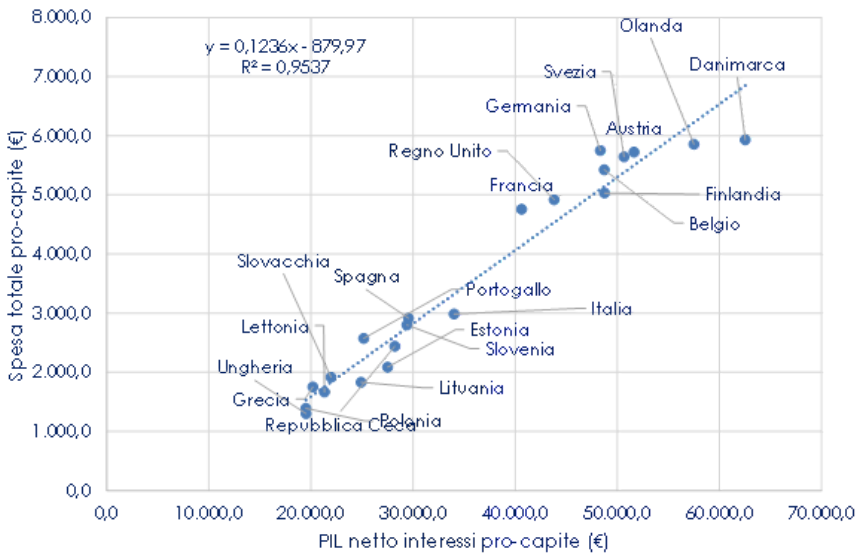
famiglie italiane è stata inferiore a quello medio delle famiglie residenti nei Paesi EU-Ante 1995, diventando successivamente maggiore.

Come già anticipato prima, i *gap* di spesa sanitaria evidenziati sono, in larga misura, condizionati dagli andamenti della componente pubblica. Il divario della spesa pubblica tra l'Italia e i Paesi EU-Ante 1995 è, infatti, del -44,0% (in aumento di 1,2 p.p. sull'anno precedente); la crescita dello scarto, tra il 2003 ed il 2023, è stata di 21,3 p.p. e tra il 2013 e il 2023 di 11,4 p.p.. Il dato sul *gap* si conferma in $-PPP essendo passato dal – 18,9% del 2003, al -28,6 del 2013, sino al – 35,7% a fine 2023, con una lieve incremento nell'ultimo anno (+0,4 p.p.). Parallelamente il dato di spesa pubblica dei Paesi EU-Post 1995 si riavvicina a quello italiano: pur rimanendo ancora maggiore, il differenziale di spesa italiana si è ridotto di 302,0 p.p. nell'ultimo ventennio (dal +369,3% del 2003 al +67,3% nel 2023) e di 138,1 p.p. nell'ultimo decennio. In $-PPP, lo scarto tra Italia e Paesi EU-Post 1995 si è ridotto di quasi sei volte e mezzo rispetto al 2003 e di tre volte e mezzo dal 2013.

Nel 2023, la spesa sanitaria pubblica nell'UE, al netto degli interessi sul debito pubblico, ha rappresentato in media l'8,5% del PIL (8,3% "con interessi"). Nei Paesi EU-Ante 1995, arriva al 9,1% (8,8%) e nei Paesi EU-Post 1995 al 6,1% (5,9%). L'incidenza in Italia è del 6,5% del PIL (6,1% "con interessi"), quindi -2,0 p.p. rispetto all'EU, -2,6 p.p. agli altri Paesi EU-Ante 1995 (solamente Grecia, Irlanda, Lussemburgo e Portogallo hanno registrato quote inferiori) e +0,4 p.p. rispetto agli altri Paesi EU-post 1995. Le incidenze più alte in EU sono quelle della Germania (10,2%), della Francia (9,9%), della Svezia (9,6%) e del Regno Unito (9,2%) (Figura 12). Infine, per quanto concerne l'incidenza della spesa privata sul PIL, in Italia essa è pari al 2,2%, pari +0,3 p.p. superiore a quella media dei Paesi EU-Ante 1995 e maggiore di +0,6 p.p. a quella media dei Paesi EU-Post 1995.

Nel complesso, mettendo in relazione la spesa sanitaria totale pro-capite sul PIL (al netto degli oneri per gli interessi passivi sul debito pubblico), si osserva come essa risulti in Italia inferiore a quella statisticamente attesa dell'11,3%, ovvero di € 19,6 mld (Figura 13).

Figura 13. Spesa sanitaria totale *vs* PIL netto interessi (valori pro-capite)



Nota: sono stati considerati outliers ed esclusi nella regressione i dati di Irlanda e Lussemburgo.
Fonte: elaborazione su dati OCSE 2024 - © C.R.E.A. Sanità

4.2 I *trend* nella spesa sanitaria pubblica italiana

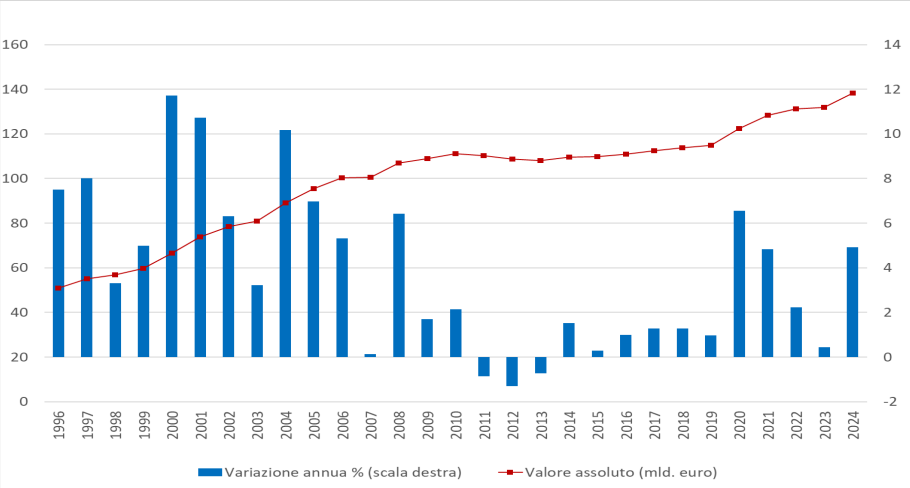
Secondo i più recenti dati di contabilità nazionale riportati nella Figura 14, nel 2024 la spesa sanitaria complessiva della PA è stata pari a 138,3 miliardi di euro, in crescita del 4,9% rispetto all'anno prima, 1,2 punti percentuali in

più del tasso di crescita medio dell'intero periodo. I dati considerati mostrano come la dinamica sia stata più sostenuta nel periodo iniziale fino al 2010 (quando la crescita media è stata del 5,9% all'anno), a cui è seguita una riduzione dell'1% in media d'anno nel triennio seguente. Negli anni successivi, infine, la spesa ritorna a crescere, anche se ad un tasso medio inferiore a quello del periodo iniziale e pari al 2,3%.

Scendendo più nel dettaglio, a spingere verso l'alto la spesa ha contribuito la dinamica della spesa sostenuta "direttamente" per l'erogazione delle prestazioni che è aumentata del 5,1%, praticamente il doppio di quella relativa alle altre "componenti" di spesa (servizi amministrativi, contribuzioni diverse e altre uscite), aumentate a loro volta del 2,6%. Tra le prestazioni, che raggiungono in tal modo il 94% della spesa totale (un decimo di punto percentuale in più dell'anno prima, ma inferiore della stessa misura alla media dell'intero periodo considerato), la componente più dinamica è quella erogata direttamente dalle strutture pubbliche ("produttori non market) che cresce del 7%, oltre quattro volte la crescita di quelle erogate dalle strutture private accreditate ("produttori market").

Nel complesso la componente pubblica della spesa è cresciuta nel 2024 del 6,6%, 2,6 punti percentuali in più del tasso di crescita medio del periodo considerato. In particolare, la spesa per redditi è cresciuta del 5,6%, sostenuta dagli oneri relativi al rinnovo dei contratti del triennio 2022-24, dal costo degli interventi messi in campo per per rispondere alla carenza di personale nelle strutture.[14] Gli acquisti di beni e servizi (i "consumi intermedi"), a loro volta, sono aumentati del 7,5%: in particolare, gli acquisti diretti di famaci da parte delle strutture sono cresciuti dell'8,4%, sostenuti anche dal previsto incremento del relativo tetto di spesa, mentre tra i restanti prodotti e servizi, cresciuti del 7,1%, spicca la maggiore spesa per dispositivi medici, anche per l'assenza nel 2024 di alcuna posta compensativa legata al relativo *pay-back*.[15]

Figura 14 – Dinamica della spesa sanitaria pubblica (1996-2024)



Fonte: elaborazioni su dati Istat (2025a).
La spesa sanitaria rappresentata è elaborata dall'ISTAT, nell'abito della stima della spesa dell'intera PA, secondo i principi di contabilità economica nazionale (Sec 2010).

La spesa per le prestazioni acquistate presso operatori *market*, è aumentata nel 2024 dell'1,6%, meno della metà del tasso di crescita medio annuo dell'intero periodo esaminato (3,4%). La riduzione della spesa ospedaliera accreditata e di quella dell'assistenza medico-generica (-0,8 e -0,3% rispettivamente) è più che compensata dall'incremento delle altre prestazioni. Tra queste, l'assistenza medico-specialistica aumenta sostanzialmente in linea con la spesa complessiva riconducibile agli operatori *market* (1,7%), mentre le prestazioni raggruppate nella

[14] Cfr. MEF (2025), pp. 31-33.
[15] Cfr. MEF (2025), pp. 33-35.

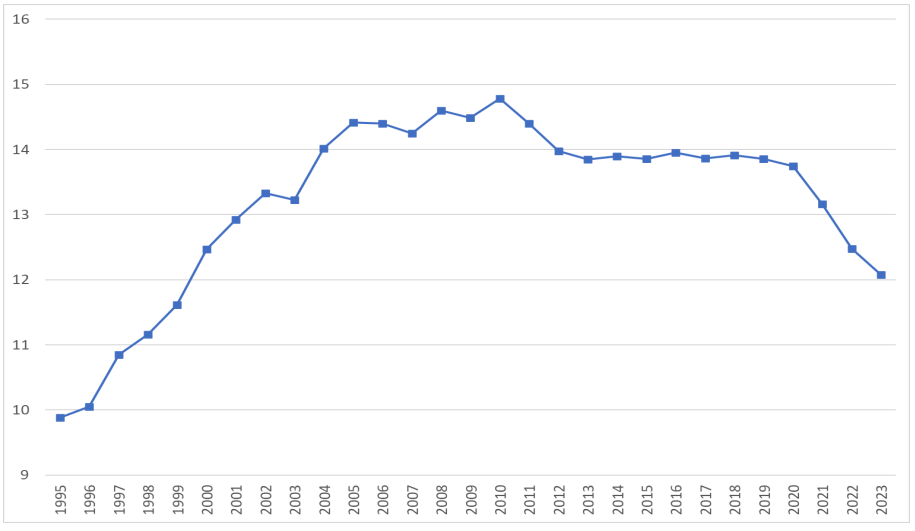
cosiddetta Altra assistenza, la farmaceutica territoriale e l'assistenza riabilitativa, integrativa e protesica crescono in maniera più sostenuta (rispettivamente 4,3, 2,8 e 2,2%).

Valutato nel quadro più generale dei conti pubblici, la spesa sanitaria ha accresciuto la sua incidenza al 14% della spesa corrente, superiore di un decimo di punto percentuale a quella del 2023 e di tre decimi rispetto alla media dell'intero periodo esaminato, e al 15,3% della spesa primaria corrente, due decimi di punti percentuali in più dell'anno precedente, ma inferiore della spessa misura della media dell'intero periodo. Rispetto al Pil, infine, la spesa ha accresciuto la sua incidenza di un decimo di punto percentuale rispetto al 2023 e alla media dell'intero periodo considerato, raggiungendo il 6,3%.

4.3 Il peso e la composizione della spesa sanitaria pubblica italiana

Ulteriori indicazioni sull'adeguatezza della spesa sanitaria nel quadro della sostenibilità dei conti pubblici e del ruolo che tale settore ricopre nella più generale azione di governo possono essere ricavate dalla valutazione del peso della corrispondente spesa su quella complessiva e dal confronto con quello prevalente negli altri paesi.[16] Secondo i dati più aggiornati disponibili, nel 2023 la spesa sanitaria pubblica, comprensiva anche della parte di spesa in conto capitale riconducibile al settore, è stata di 138,3 miliardi di euro, pari al 6,5% del Pil.[17] Il peso rispetto alla spesa pubblica complessiva si è attestato al 12,1%, quattro decimi di punti percentuali in meno dell'anno prima.[18] Il settore sanitario rappresenta il terzo settore di attività per ordine di importanza dopo la Protezione sociale (39,3%) e i Servizi generali delle amministrazioni pubbliche (13,8%).

Figura 15 – Il peso della spesa sanitaria pubblica in Italia in % della spesa pubblica (1995-2023)



Fonte: elaborazioni su dati ISTAT (2024)

[16] Utilizzeremo a tal fine la classificazione della spesa pubblica per funzioni comunemente adottata a livello internazionale (Classification Of the Functions Of Government – COFOG). La classificazione si articola su 3 livelli "gerarchici di aggregati contabili", di cui il primo è costituito dalle 10 Divisioni che rappresentano gli obiettivi generali della spesa pubblica (Servizi generali della Pubblica amministrazione, Difesa, Ordine pubblico e sicurezza, Affari economici, Protezione dell'ambiente, Abitazione e assetto territoriale, Sanità, Attività ricreative, culturali e di culto, Istruzione e Protezione sociale). Ciascuna Divisione è ripartita in Gruppi – relativi a specifiche aree di intervento - a lora volta ripartiti in Classi, che identificano specifici obiettivi delle aree di intervento.

[17] Cfr. Istat (2024). Al momento l'Istat non ha ancora aggiornato la ripartizione della spesa pubblica complessiva per funzioni coerentemente con l'aggiornamento 2025 dei dati di contabilità nazionale.

[18] Al netto degli oneri per la sottoscrizione o l'emissione e il pagamento per interessi sul debito pubblico, il peso del settore sanitario nel 2013 è del 13%, mezzo punto percentuale in meno del 2022.

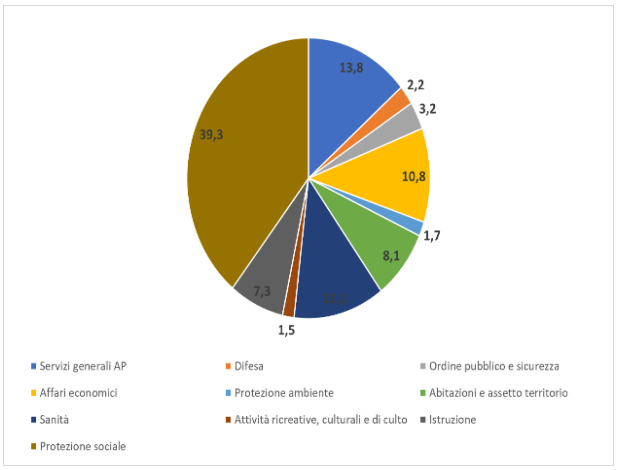
Come si può vedere nella Figura 15, dove è riportato il peso della spesa sanitaria sulla spesa pubblica complessiva a partire dal 1995, il valore di 12,1% è il più basso registrato dal 2000. Più precisamente, il peso della spesa sanitaria cresce pressoché ininterrottamente dal 1995 al 2010 quando raggiunge il 14,8% della spesa complessiva. Si riduce nel decennio successivo quando si attesta in media sul 13,9% e in modo più significativo nel triennio finale considerato (12,6% in media). Sulla riduzione registrata nell'ultimo triennio, oltre alle già viste specifiche decisioni prese per il settore sanitario, pesa la maggiore spesa pubblica sostenuta per le detrazioni di imposta concesse per i lavori di efficientamento energetico e ristrutturazione degli immobili, per ragioni contabili classificata tra le spese[19]: secondo alcune stime, il bonus 110% (cosiddetto "superbonus") e il bonus facciate hanno comportato nel triennio 2021-2023 una maggiore spesa di oltre 170 miliardi di euro. La funzione (Abitazioni e assetto del territorio) in cui rientrano tali spese è passata da un'incidenza media dello 0,9% nel quinquennio 2016-2020 ad una del 6,2% nel triennio seguente, con il picco nel 2023 quando è stata dell'8,1%. Già a partire dal 2024, grazie anche alle modifiche normative varate che hanno posto un freno alla domanda di incentivi e comportato una modifica delle regole di contabilizzazione, il previsto esaurirsi di tale filone di spesa dovrebbe ricondurre l'incidenza della spesa sanitaria sui valori del recente passato.[20]

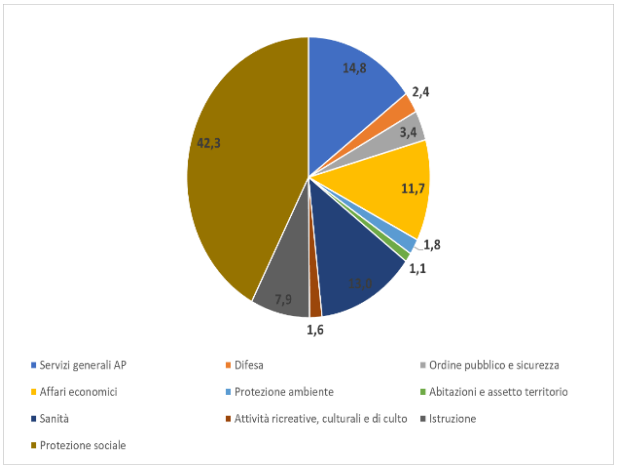
Figura 16 – La composizione della spesa pubblica italiana nel 2023

A - Spesa effettiva B - Spesa depurata

[19] Considerate le caratteristiche degli incentivi edilizi, in particolare del bonus 110% (cosiddetto "superbonus") e del bonus facciate, e soprattutto la possibilità di cessione del credito d'imposta, le detrazioni di imposta relative agli anni 2021-2023 sono stati registrati nei conti della PA dal lato delle spese, nell'anno in cui la detrazione è maturata in relazione allo stato di avanzamento dei lavori per il suo intero ammontare, e non da quello delle entrate, quando i relativi crediti fiscali vengono effettivamente utilizzati (Istat, 2023a e 2023b).

[20] La progressiva eliminazione della possibilità di cessione dei crediti realizzata dal governo (cfr. in particolare, Dl. 11/2023 e Dl. 39/2024) ha comportato a partire dal 2024 una revisione delle regole di contabilizzazione, per cui i crediti verranno registrati come una riduzione di entrate al momento della fruizione da parte dei contribuenti, mentre tra le spese continueranno a pesare solo quelli già ceduti e relativi ai lavori in corso di completamento (Eurostat, 2024).





Fonte: elaborazioni su dati ISTAT (2024)

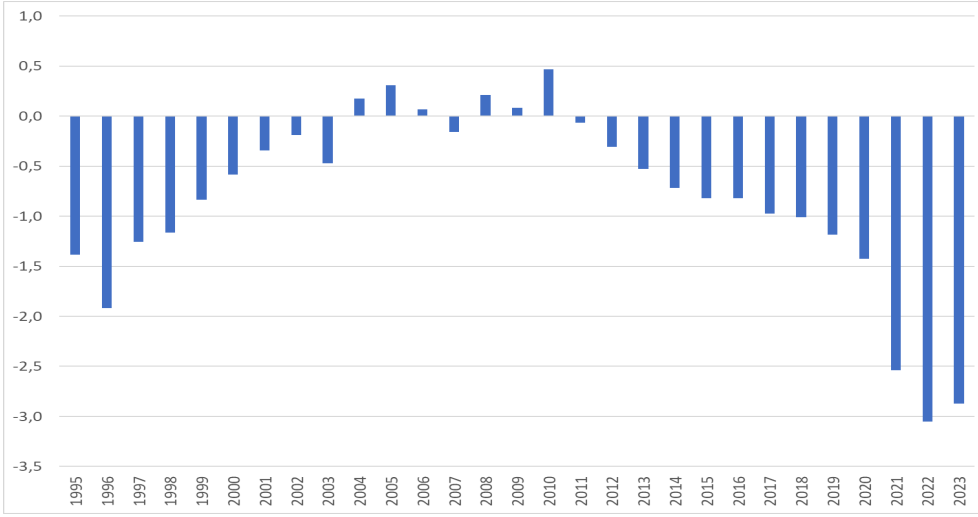
Nella Figura 16 abbiamo riportato la ripartizione della spesa pubblica per funzioni registrata nel 2023. In particolare, tale ripartizione è riportata secondo due modalità: nella prima (riquadro A) è riportata la composizione così come registrata dall'Istat, mentre nella seconda (Riquadro B) la composizione della spesa ottenuta depurando la stima "originaria" della maggiore spesa imputabile al superbonus.[21] Secondo i dati "originari", il settore sanitario rappresenta, come già detto, il 12,1% della spesa pubblica complessiva, inferiore all'incidenza della Protezione sociale (39,3%) e dei Servizi generali delle amministrazioni pubbliche (13,8%). Se si guarda invece alla composizione della spesa al netto degli esborsi per il superbonus, il peso del settore sanitario sale al 13% (nove decimi di punti percentuali in più del peso "originario"). In maniera analoga cresce il peso degli altri settori, ad eccezione di quello relativo alle Abitazioni (7 punti percentuali in meno del peso "originario"). Tra i settori che incrementano il loro peso, si segnalano quelli della protezione sociale (3 punti percentuali in più) e dei Servizi generali (1 punto percentuale in più).

Il confronto con l'esperienza degli altri paesi europei rivela come, in Italia, il peso della spesa sanitaria pubblica su quella complessiva sia stato negli ultimi trent'anni sostanzialmente più basso della media. Tale andamento lo si può vedere meglio nella Figura 17 dove si riporta la differenza tra l'incidenza della spesa sanitaria italiana rispetto a quella media dei 20 paesi dell'area Euro (inclusa l'Italia). In particolare, nella seconda metà degli anni '90 sembra prevalente una tendenza a chiudere il divario rispetto all'Europa. Nel decennio successivo il peso della sanità pubblica si mantiene sostanzialmente in linea con quello europeo, per poi lasciare il campo a una tendenza opposta con un ampliamento del divario, che si accentua nel biennio 2021-2023.

[21] Per la spesa relativa al superbonus nel 2023 (81,3 miliardi di euro) vedere Camera dei deputati - Osservatorio sulla finanza pubblica (2024), p. 5.

In particolare, nel 2023 il minor peso del settore sanitario in Italia rispetto a quello medio dei paesi dell'area Euro è di 2,9 punti percentuali. In modo analogo, ad eccezione dei Servizi pubblici generali, in cui sono registrati anche gli oneri del debito pubblico, e delle Abitazioni e assetto del territorio, per i quali il peso sulla spesa pubblica complessiva è in Italia superiore di 1,7 e 5,6 punti percentuali a quello medio dei paesi dell'area Euro, una differenza negativa si registra anche per i restanti settori e in particolare per l'Istruzione (2 punti percentuali in meno). Al netto della spesa riconducibile al superbonus, la differenza negativa dell'Italia nella Sanità e nell'Istruzione si riduce rispettivamente a 2,1 e 1,5 punti percentuali. Aumenta invece a 2,7 punti percentuali la differenza positiva relativa ai Servizi generali, mentre per la Protezione sociale la differenza muta di segno e da negativa (0,7 punti percentuali) diviene positiva (1,9 punti percentuali).

Figura 17 – Il peso della spesa sanitaria pubblica: un confronto internazionale (differenza tra Italia e media Area Euro)



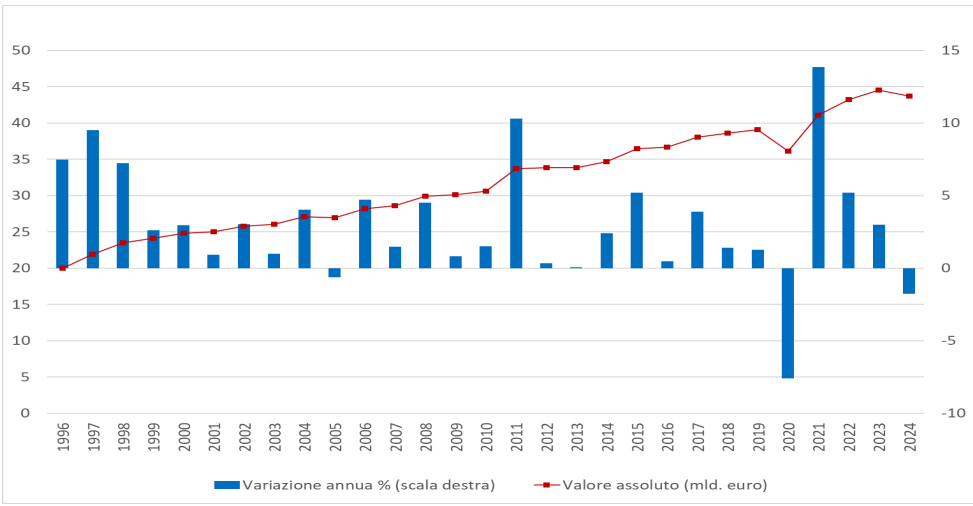
Fonte: elaborazioni su dati Eurostat (2025)

4.4. La dinamica della spesa sanitaria privata a livello nazionale.

Nel 2024 la spesa sanitaria diretta delle famiglie si è ridotta dell'1,8%, attestandosi su un importo di 43,7 miliardi di euro (vedere Figura 18). È la terza volta che negli ultimi trent'anni circa si registra una riduzione della spesa sanitaria delle famiglie, dopo quella del 2005 (-0,7%) e del 2020 (-7,6%). Complessivamente dal 1995 la spesa sanitaria diretta delle famiglie si è più che raddoppiata, crescendo a un tasso medio annuo del 3%, più alto di quello della spesa per consumi complessiva (2,7%).

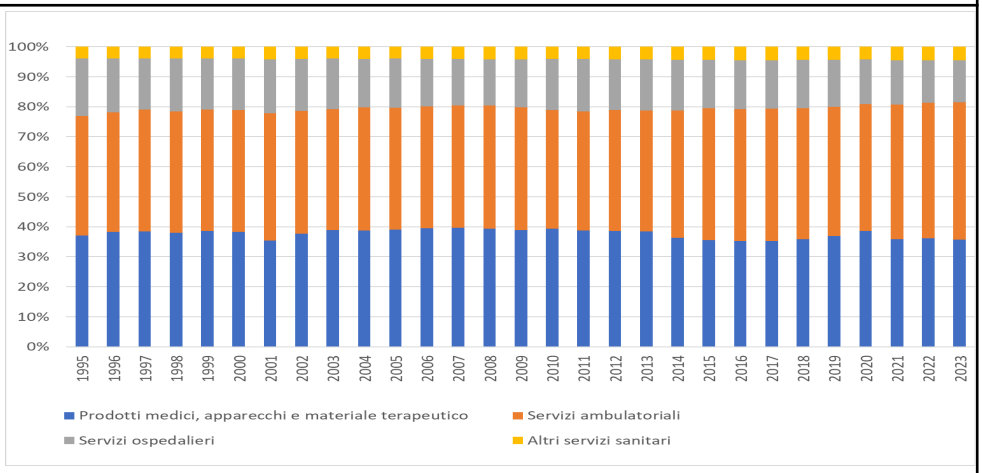
In percentuale dei consumi complessivi (quelli finali interni, ossia quelli effettuati sul territorio nazionale dalle famiglie residenti e non residenti), nel 2024 la spesa sanitaria è stata del 3,4%, un decimo di punto percentuale in meno del 2023, esattamente in linea con l'incidenza media registrata nell'intero periodo considerato. In modo analogo, si riduce l'incidenza rispetto al PIL che nel 2024 è stata pari al 2%, un decimo in meno dell'anno prima e in linea con la media dell'intero periodo considerato.

Figura 18 – Dinamica della spesa sanitaria privata (1996-2024)



Fonte: elaborazioni su dati ISTAT (2025b)

Figura 19 – Composizione della spesa sanitaria privata (1995-2023)



Fonte: elaborazioni Fondazione Farmafactoring su dati ISTAT (2025b)

Scendendo più nel dettaglio, nella Figura 19 abbiamo riportato per il periodo 1995-2023 la ripartizione della spesa tra le principali tipologie che la compongono: prodotti sanitari (medicinali e altri articoli sanitari), servizi ambulatoriali, ospedalieri e altri servizi sanitari. La tipologia più rilevante è quella dei servizi ambulatoriali che, in media nell'intero periodo esaminato, ha assorbito il 41,7% della spesa totale. Seguono la spesa per prodotti sanitari e per servizi ospedalieri, pari in media rispettivamente al 37,7 e al 16,4% della spesa totale, mentre i rimanenti servizi raggiungono un'incidenza media del 4,2%. Si segnala, infine, come nell'arco di tempo considerato si realizza una "ricomposizione" del paniere di consumo a vantaggio dei servizi ambulatoriali e degli altri servizi che hanno accresciuto la loro incidenza a "danno" degli altri due tipi di spesa.

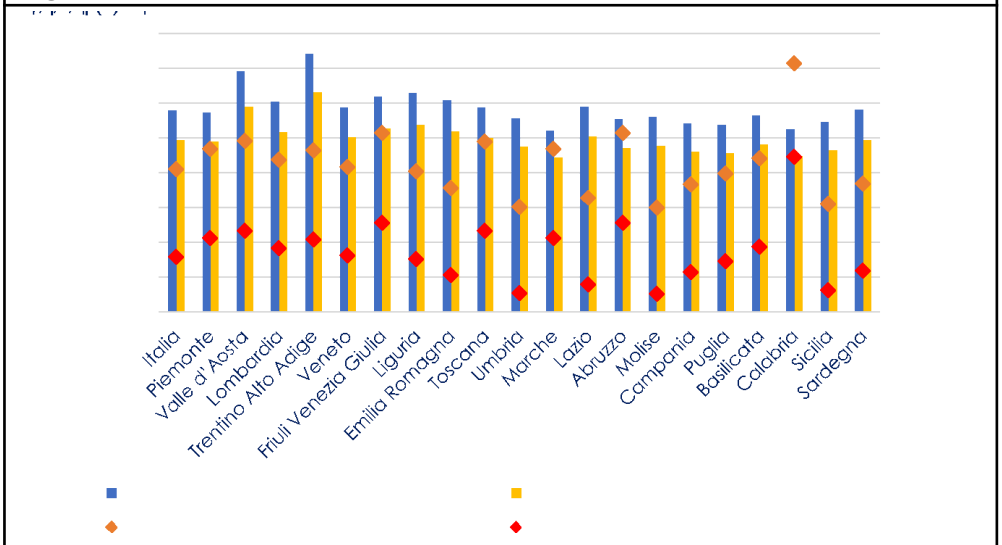
4.5 Gli andamenti della spesa a livello regionale *pre* e *post* Covid-19

Per stimare i *trend* di spesa regionali sono stati considerati i dati pubblicati nel Rapporto "Il monitoraggio della spesa sanitaria" della Ragioneria Generale dello Stato e dall'Istat nell'ambito del sistema dei conti della sanità (*System of Health Accounts* – SHA), depurando quest'ultima statistica della voce inerente alla *governance* e all'amministrazione del sistema sanitario. Per quanto concerne la spesa sanitaria privata, alla componente *Out of Pocket* (OOP), è stata sottratta una stima della spesa rimborsata per effetto di copertura assicurative (in forma

cosiddetta indiretta) ed aggiunto il valore della spesa privata intermediata (spesa per polizze collettive e individuali), secondo le informazioni ricavabili dalla banca dati dell'Associazione Nazionale fra le imprese assicuratrici (ANIA).

Le analisi sono state condotte con riferimento agli ultimi 3 bienni disponibili, dividendo il periodo nella fase pre-Covid-19 (2018-2019), Covid-19 (2020-2021) e Post Covid-19 (2022-2023). Sulla base delle stime descritte, nel 2023 la spesa sanitaria complessiva a livello nazionale - comprendendo sia quella pubblica che privata – risulterebbe pari a € 171,5 mld. (€ 2.906,6 pro-capite). La spesa è risultata in aumento dello +0,2% (+€ 6,2 pro-capite) nell'ultimo biennio (2022-2023), del +7,1% (+€ 185,4 pro-capite) durante la pandemia da Covid-19 (anni 2020-2021) e del +2,2% (+€ 53,6 pro-capite) nel biennio precedente (2018-2019). In termini reali, nel periodo post-pandemico (2022-2023) la crescita della spesa totale pro-capite è risultata negativa del -4,9% (equivalente a -€ 126,4 pro-capite), mentre nei due bienni precedenti la crescita era rimasta positiva: del +3,4% nel periodo Covid-19 e del +1,6% in quello precedente.[22]

Figura 6. Spesa sanitaria totale pro-capite standardizzata nominale e reale



Fonte: elaborazione su dati Ragioneria Generale dello Stato e Istat, 2024 - © C.R.E.A. Sanità

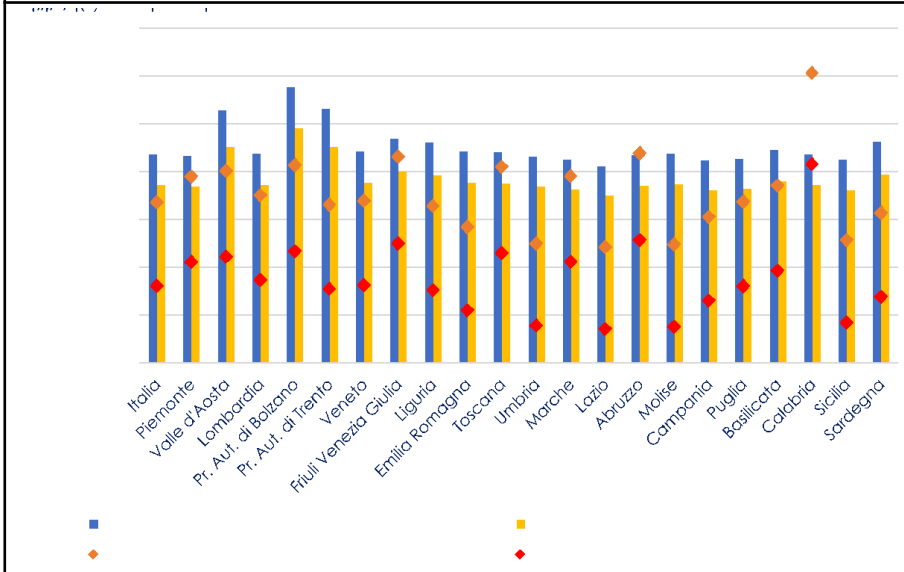
Gli andamenti descritti sono largamente legati a quelli della spesa sanitaria pubblica che nel 2023 si attesta a € 128,9 mld (71,2% della spesa, ovvero € 2.184,1 pro-capite), in diminuzione dello -0,4% rispetto al 2022; durante la pandemia era aumentata del +5,1%, e nel biennio precedente del +2,1%. In termini reali, nel post-pandemia si è registrata una contrazione del-5,4%, mentre la crescita dei due bienni precedenti era risultata rispettivamente pari al +1,4% e al +1,5%.

La spesa sanitaria privata ha raggiunto, nel 2023 € 42,6 mld., equivalenti a € 722,4 pro-capite. L'89,5% del totale della spesa privata risulta OOP (€ 38,1 mld.), in riduzione di 1,2 p.p. rispetto al 2018 e di 0,6 p.p. rispetto all'anno precedente; quella intermediata (€ 4,5 mld.) rappresenta il restante 10,5% (in aumento di 1,1 p.p. rispetto al 2018 e di 0,6 p.p. rispetto all'anno precedente); il peso della spesa intermediata è andato aumentando tra il 2018 e il 2023, ad eccezione di lievi flessioni nel 2020 e nel 2022. Nel complesso la spesa privata ha registrato un aumento del +2,0% nell'ultimo anno, mentre durante il periodo pandemico era aumentata del +13,8%, e nel biennio precedente del +2,2%. Anche per questa voce di spesa nel post-pandemia la crescita reale è risultata negativa (-3,2%), a fronte del +9,9% durante la pandemia e dell'+1,6% nel periodo immediatamente precedente.

[22] I valori nominali sono stati deflazionati impiegando il FOI, ossia l'indice nazionale dei prezzi al consumo per le famiglie di operai e impiegati.

A livello regionale, la spesa sanitaria pro-capite registra valori massimi in Trentino-Alto Adige e Valle d'Aosta (rispettivamente € 3.621,8 e € 3.502,9), mentre all'estremo opposto si collocano Campania (€ 2.643,5) e Calabria (€ 2.626,1). La differenza tra la Regione con spesa massima e quella con spesa minima è pari a 1,38 volte ovvero € 995,7; escludendo le Regioni a Statuto Speciale, la differenza risulta pari a € 662,1 (1,25 volte). Ad analoghe conclusioni si arriva anche standardizzando i dati di spesa mediante i pesi utilizzati per il riparto del finanziamento (desunti dalla delibere CIPE), che rappresentano una stima dei diversi fabbisogni regionali in funzione delle caratteristiche della popolazione: i valori massimi di spesa si registrano ancora in Trentino Alto Adige (€ 3.715,2) e Valle d'Aosta (€ 3.465,1), con all'estremo opposto le Marche (€ 2.612,7) e la Calabria (€ 2.636,1); il differenziale tra la Regione con spesa massima e quella con spesa minima risulterebbe di 1,42 volte, ed escludendo le Regioni a statuto speciale di 1,21 volte (Figura 6).

Figura 7. Spesa sanitaria pubblica pro-capite standardizzata nominale e reale

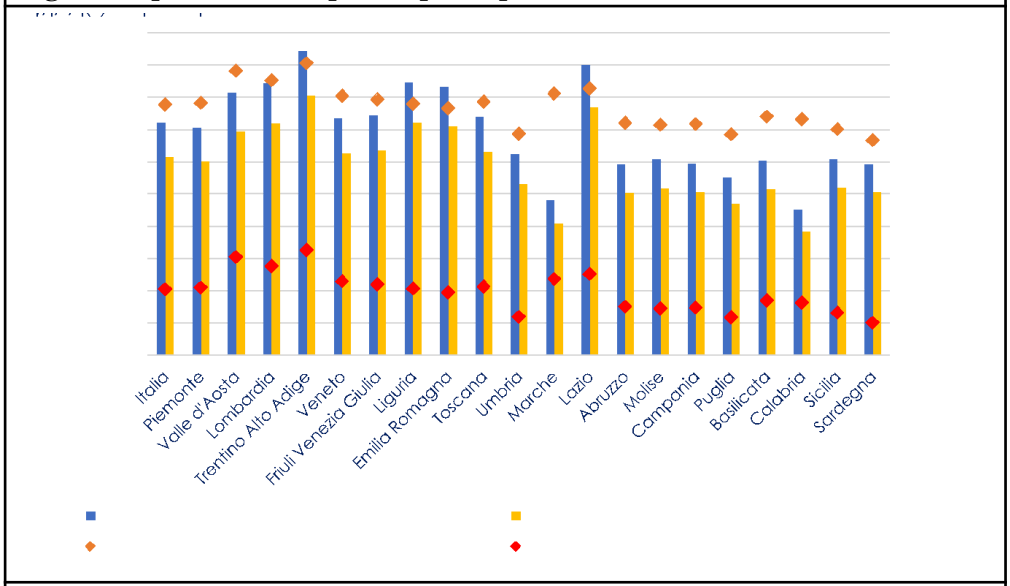


Fonte: stima su dati Ragioneria Generale dello Stato e Istat, 2024 - @ C.R.E.A. Sanità

La quota di spesa pubblica si attesta al 73,6% nelle Regioni del Nord, al 73,2% in quelle del Centro, mentre è pari al 78,8% in quelle del Sud. La spesa pubblica pro-capite risulta massima nella P.A. di Bolzano e in Valle d'Aosta (rispettivamente € 2.789,6 e € 2.676,7 pro-capite), seguite dalla P.A. di Trento (€ 2.610,5) e dalla Liguria (€ 2.403,8); all'estremo opposto si collocano Campania (€ 2.062,5) e Lazio (€ 2.038,8); la differenza tra la Regione con spesa pubblica massima e minima è pari a 1,37 volte, ovvero € 750,8 pro-capite; escludendo le Regioni a statuto speciale, che non entrano nel riparto del Fabbisogno Standard, la differenza si riduce di 18,9 p.p. risultando pari al 1,18 volte (€ 365,8 pro-capite). Utilizzando nel confronto la spesa standardizzata[23], lo scarto tra la Regione con spesa pro-capite standardizzata massima (P.A. Bolzano € 2.883,6) e quella minima (Lazio € 2.058,7) sale al 1,40 volte (€ 824,9 pro-capite). Non considerando le Regioni a Statuto Speciale, si riduce a 1,14 volte ovvero a € 291,9 pro-capite (Figura 7).

[23] La spesa è stata standardizzata pesando la popolazione con i pesi impiegati per il riparto, come da relative delibere CIPE

Figura 8. Spesa sanitaria privata pro-capite standardizzata nominale e reale.



Fonte: stima su dati Istat, 2024 - @ C.R.E.A. Sanità

La spesa sanitaria privata pro-capite registra i valori massimi in Trentino-Alto Adige (€ 822,5) e Lazio (€ 895,0), con all'estremo opposto la Calabria (€ 450,7). La differenza tra la Regione con spesa massima e quella con spesa minima supera le 2,0 volte (€ 471,8), valore in crescita rispetto all'anno precedente quando la differenza era pari a € 464,7. Utilizzando la stessa standardizzazione utilizzata per la spesa pubblica, si passa da € 946,3 pro-capite del Trentino-Alto Adige a € 452,4 delle Campania con una differenza pari a € 493,9 (2,09 volte) (Figura 8.). Escludendo dall'analisi le Regioni a Statuto Speciale la differenza si riduce a € 451,3 pro-capite (2,0 volte).

5. I Problemi nel Finanziamento del SSN

Le analisi proposte segnalano la difficoltà che il SSN incontra nel coniugare i vincoli macroeconomici sulle risorse con le "promesse" fatte alla popolazione. Anche prescindendo dalle dichiarazioni relative all'aggiornamento (ovvero ampliamento) dei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA), i Livelli Essenziali delle Prestazioni (LEP) definiti per la Sanità che dovrebbero essere garantiti a tutta la popolazione, la (pur significativa) crescita nominale delle risorse registrata dalla pandemia di COVID-19 in poi, nei fatti risulta negativa, o al più costante, in termini reali. Peraltro, è ragionevole attendersi una crescita dei costi del SSN, spinta dall'invecchiamento, dai crescenti costi per l'accesso alle tecnologie (innovative), ma anche dall'espansione delle aspettative della popolazione.

5.1. L'Impatto dell'Invecchiamento della Popolazione

L'Italia è uno dei paesi con la popolazione più anziana al mondo, con circa il 23% dei cittadini di età superiore ai 65 anni, una percentuale destinata a salire al 35% entro il 2050. Questa trasformazione demografica ha conseguenze significative sul sistema sanitario: malgrado si osservi una tendenza allo spostamento verso età più avanzate di alcune eventi patologici (in particolare quelli acuti prevenibili, quali infarti e ictus), la "compressione della morbilità", in qualche modo registrata a livello aggregato dall'aumento dell'aspettativa di vita in buona salute, non sembra sufficiente a compensare l'aumento dei bisogni derivante dalla prevalenza delle cronicità. Tra queste ultime, particolarmente significativo risulta l'aumento della prevalenza delle cosiddette patologie non trasmissibili (cardiovascolari, metaboliche, neurodegenerative come demenze e Alzheimer), che spinge verso un incremento dei bisogni e quindi della spesa sanitaria.

L'invecchiamento implica anche un allargamento delle aspettative della popolazione, nel senso di una "integrazione" dei bisogni sanitari e sociali; questi ultimi derivano in primo luogo dalla progressiva degenerazione

della cronicità in "non autosufficienza": ne segue che il confine fra bisogni sanitari e sociali diviene estremamente labile, spingendo ad un allargamento della domanda (ad esempio di assistenza domiciliare integrata) e quindi dei costi per il SSN.

Va aggiunto che l'invecchiamento evolve di pari passo con la trasformazione della struttura familiare, con nuclei sempre più piccoli e una maggiore frequenza di anziani soli, i cui bisogni assistenziali (sociosanitari) si moltiplicano e non trovano ancora una credibile risposta formale nel SSN, rimanendo essa ad oggi confinata all'erogazione di provvidenze in denaro (ad esempio le indennità di accompagnamento) e/o alla presenza di un "esercito" di badanti, in larga misura "in nero".

Da ultimo, l'invecchiamento della popolazione genera anche una riduzione della forza lavoro, peggiorando il rapporto fra soggetti che contribuiscono al finanziamento del SSN e soggetti che usufruiscono dei relativi servizi: un elemento, quest'ultimo che rischia di compromettere ulteriormente la sostenibilità del sistema, ovvero le possibilità di mantenere una coerenza fra risorse disponibili e "promesse" di tutela sanitaria.

5.2. Il Costo delle Tecnologie Mediche[24]

L'innovazione tecnologica ha portato a uno straordinario ampliamento delle opportunità terapeutiche: il numero di condizioni patologiche trattabili si è ampliato in modo molto significativo e l'efficacia delle cure è fortemente aumentata, permettendo di ridurne la mortalità, e in qualche caso di eradicare le patologie, e/o di rallentarne la progressione, aumentando anche i tassi di sopravvivenza per molte malattie dagli esiti infausti. L'innovazione tecnologica ha peraltro anche aumentato le capacità diagnostiche, facendo emergere condizioni patologiche sinora misconosciute (o diagnosticate in ritardo). Entrambi i fenomeni tendono a generare un aumento dei costi sanitari, amplificato dalla crescita dei costi "unitari" dei trattamenti. Senza pretesa di esaustività, quest'ultimi dipendono sia dall'allungamento della durata dei trattamenti (dovuto sia alla diagnosi precoce che all'allungamento della sopravvivenza), sia dall'aumento dei prezzi delle tecnologie.

Su questo ultimo aspetto rileva come l'introduzione delle biotecnologie, e in particolare delle cosiddette terapie avanzate (ad esempio quelle geniche), comporti incrementi nei costi di ricerca e sviluppo e anche di produzione. Inoltre, la "tendenza" allo sviluppo della medicina personalizzata, riducendo i mercati potenziali delle tecnologie (in campo farmaceutico, ad esempio, si assiste all'arrivo sul mercato di terapie con indicazioni sempre più specifiche per sottogruppi di popolazione), ovvero riducendo i volumi di vendita e quindi le possibilità di ritorno dall'investimento, rappresenta un'opportunità ma anche una sfida finanziaria per i sistemi sanitari.

Da ultimo ricordiamo che larga parte delle tecnologie delle *life sciences* hanno mercati globalizzati e quindi i prezzi si determinano con riferimento ad una *willingness to pay* che non è strettamente nazionale: nella misura in cui la crescita del finanziamento del SSN risulta da anni significativamente inferiore a quella media (ad esempio) europea, si evidenza un'ulteriore sfida per la sostenibilità del SSN, in termini di capacità di accesso a tecnologie il cui costo medio cresce più velocemente delle risorse disponibili.

5.3. Finanziamento, vincoli di Bilancio, spesa ed equità

Malgrado il SSN rappresenti uno dei pilastri dello stato sociale italiano, e sia stato pensato con una impronta tipicamente "beveridgiana", ovvero perseguendo universalità e globalità delle tutele, alla prova dei fatti risulta che la quota di finanziamento pubblico della spesa sanitaria è significativamente al di sotto della media EU, risultando ormai persino inferiore a quella media dei Paesi EU dell'Est (vedere Fig. 8). Ciò perché negli anni molte decisioni sono state prese più sulla base delle necessità imposte dai vincoli maro-economici che non da scelte di tutela dei fabbisogni dei cittadini.

[24] Maggiori approfondimenti su questo tema sono disponibili in Atella e Chiari (2025) in questo *special issue*.

Il risultato è che oggi, come visto in precedenza, anche se corretta per tenere conto della diversa incidenza degli oneri per gli interessi sul debito pubblico, la spesa sanitaria italiana in rapporto al PIL rimane sotto la "retta di regressione", ovvero la quota attesa sulla base delle regolarità statistiche rilevate nei dati (vedere Fig. 13). Non di meno, un rifinanziamento del servizio pubblico, che riportasse il dato italiano sulla retta di regressione, anche qualora possibile, lascerebbe l'Italia su livelli di spesa (intorno al 7%) molto inferiori a quelli (ad esempio) di Germania e Francia, che destinano oltre il 10% del PIL alla sanità. Adottando una diversa ottica, il suddetto riallineamento implicherebbe il (difficile) reperimento di una somma che si aggira sui 10 mld. di €, cifra che rimane largamente insufficiente a garantire un riallineamento degli organici e delle relative retribuzioni (C.R.E.A. Sanità, 2022, 2023, 2024) agli standard europei: obiettivo che, come già argomentato, risulta esistenziale per il SSN, data la assoluta carenza di infermieri e anche di medici per le posizioni più disagiate.

In ogni caso, il reperimento di risorse aggiuntive per la Sanità appare operazione complessa, considerando che il confronto con gli altri Paesi EU in termini di allocazione delle risorse nei bilanci statali, restituisce una situazione che vede la Sanità in sofferenza (con una quota allocativa di 2,9 punti percentuali inferiore rispetto alla media EU) - ma l'Istruzione soffre ancor di più (-3,1 punti percentuali). In modo complementare, troviamo nel bilancio nazionale 3 p.p. allocati sostanzialmente per far fronte agli oneri del debito pubblico, e altri 3 p.p. sulla protezione sociale; quindi, su prestazioni in denaro che pur sempre hanno per destinataria la fascia anziana della popolazione.

L'arretramento della quota di intervento pubblico ha necessariamente effetti negativi sull'equità del sistema (si veda Atella, De Luca et Al., 2025 in questo *special issue*) ed è frutto di un evidente cambiamento di priorità nelle politiche economiche intervenuto a partire dagli anni 2008/2009. La progressiva riduzione della quota di finanziamento (pubblico), registratasi a partire dalla data citata, appare evocativa di un progressivo impegno verso le politiche di sostegno alla crescita (con effetti, se positivi, invero molto modesti) a scapito di quelli a sostegno della protezione sociale. La coerenza fra risorse e "promesse" è stata sinora perseguita con politiche di efficientamento che, per lo più, si sono estrinsecate in "blocchi amministrativi", come i tagli dei prezzi dei farmaci, i tetti di spesa per le tecnologie, l'incremento delle compartecipazioni dei cittadini alla spesa e, principalmente, i tetti imposto alle spese sul personale. Inoltre, negli ultimi anni si è assistito ad un crescente razionamento implicito (ad esempio generato dalle "liste di attesa"), concentrato sulle prestazioni "procrastinabili": in primis prevenzione, assistenza domiciliare, etc.. Quanto precede sintetizza l'elemento di maggiore criticità attuale del sistema, che rischia di implodere per manifesta incapacità di mantenere le "promesse" fatte ai cittadini, ma anche di mantenere "viva" la vocazione dei professionisti sanitari a lavorare per il SSN.

Tra gli effetti più evidenti di un tale processo di sottofinanziamento del SSN si riscontrano le difficoltà nel mantenere livelli di servizio adeguati, l'allungamento delle liste di attesa per le prestazioni mediche e il crescente ricorso alla sanità privata da parte dei cittadini per ottenere cure tempestive. Inoltre, la limitata disponibilità di risorse ha ostacolato gli investimenti in nuove tecnologie e infrastrutture, riducendo la capacità del SSN di rispondere alle nuove esigenze sanitarie. Inoltre, la carenza di risorse si riflette nella difficoltà nel reclutamento e nel mantenimento del personale sanitario, con medici e infermieri che sempre più spesso emigrano verso altri paesi per condizioni lavorative migliori.

5.4. Criteri di allocazione e disparità regionali

Se i livelli di finanziamento rappresentano un problema per la "tenuta" del SSN, anche per i processi di allocazione delle risorse si possono segnalare svariate contraddizioni. Le regole di allocazione appaiono sempre meno cogenti, e si assiste ad una deriva verso un riparto sempre più oggetto di negoziazione fra le Regioni e sempre meno legato a evidenze oggettive. Il processo appare molto "disordinato", quand'anche contraddittorio, in termini di incentivo per la promozione dell'equità ed efficienza di sistema. A livello regionale prevale il "fai da

te", con scelte di finanziamento interne, variamente articolate, in termini tanto di processo, che di prioritizzazione degli interventi, nonché di algoritmi di riparto. In attesa che si creino le condizioni macroeconomiche per rifinanziare il sistema, sarebbe, quindi, almeno opportuno mettere mano ad un riordino complessivo della materia.

Appare evidente come il sistema attuale abbia fallito nell'obiettivo della rimozione delle disparità regionali (vedere Atella, De Luca et Al. (2025) in questo *special issue*). Da un lato osserviamo come le regioni più ricche (e meglio amministrate), tipicamente del Nord, abbiano sviluppato sistemi sanitari più efficienti, mentre nelle regioni meridionali si continuano a registrare carenze in termini di *understaffing*, obsolescenza delle strutture, etc.. Queste disuguaglianze si traducono anche in fenomeni di migrazione sanitaria, tipicamente dal Sud al Nord, che aumentano la pressione sugli ospedali del Nord, e aggravano il divario finanziario tra le regioni, poiché parte delle risorse destinate alle regioni meridionali viene trasferita verso il Nord, attraverso i saldi finanziari della mobilità. Dall'altro va registrato che le Regioni più ricche sono avvantaggiate da uno sgravio di oneri derivante dai consumi sostenuti privatamente dai cittadini (anche per prestazioni teoricamente comprese nei LEA e quindi a carico del SSN): le differenze (fra regioni agli estremi del *ranking*) di spesa privata sono di tre volte maggiori rispetto a quelle generate dagli algoritmi di riparto del Fabbisogno Sanitario Nazionale, che non le prende affatto in considerazione. Si genera nei fatti un incentivo "perverso" per le Regioni, potenzialmente spinte a "promuovere" la spesa privata (tipicamente mediante i già richiamati "razionamenti impliciti"), onde poter usare le risorse "liberate" per garantire prestazioni "extra LEA", aumentando la qualità relativa della propria risposta assistenziale.

6. Conclusioni

Il sistema sanitario italiano si trova di fronte a sfide significative. L'invecchiamento della popolazione, i costi delle tecnologie avanzate e le disparità regionali richiedono una riforma strutturale del modello di finanziamento. Fin dall'introduzione del federalismo fiscale — e, in realtà, anche nel periodo antecedente — il livello di finanziamento della spesa sanitaria in Italia si è mantenuto costantemente inferiore rispetto alla media dei Paesi dell'Unione Europea: ad oggi risulta essere risulta inferiore del 44,0% rispetto alla media dei Paesi dell'UE a 15 (ante 1995). Ciò ha ovviamente determinato un progressivo ampliamento del divario tra il sistema sanitario italiano e quelli degli altri Stati membri.

Nel confronto internazionale, la spesa sanitaria totale italiana risulta inferiore dell'11,3% rispetto a quanto atteso sulla base delle risorse economiche disponibili, misurate in termini di PIL depurato dagli interessi sul debito pubblico. Anche qualora questo divario fosse colmato, la spesa sanitaria in Italia continuerebbe a collocarsi ben al di sotto dei livelli medi dell'Unione Europea. Sebbene anche la spesa sanitaria privata rimanga, in termini assoluti, al di sotto delle medie europee, la sua incidenza sul PIL italiano è più elevata rispetto a quella osservata in altri contesti, indicando una maggiore propensione — o necessità — da parte delle famiglie italiane a sostenere spese sanitarie dirette.

A livello interno, persistono ampie disuguaglianze territoriali nella distribuzione della spesa sanitaria, ulteriormente acuite dalla componente privata sostenuta direttamente dalle famiglie e da un meccanismo di riparto del finanziamento pubblico che non considera adeguatamente la complementarità tra le due componenti. È in questo contesto che emerge un interrogativo cruciale: con una quota di spesa sanitaria a carico diretto delle famiglie pari al 24,8% della spesa complessiva — corrispondente a circa 41,4 miliardi di euro, al netto delle compartecipazioni al SSN — il Servizio Sanitario Nazionale (SSN) è ancora in grado di garantire pienamente le proprie promesse di universalismo e uguaglianza nell'accesso alle cure?

A fronte di tali evidenze, la sostenibilità del SSN impone una riflessione strutturale sul rapporto tra i diritti garantiti e le risorse disponibili. Sebbene un incremento del finanziamento pubblico sarebbe auspicabile, l'attuale

contesto di vincoli di bilancio rende tale obiettivo difficilmente realizzabile nel breve periodo. In questo scenario, appare urgente avviare una riflessione sistemica sulla spesa sanitaria privata, oggi crescente anche attraverso forme di intermediazione collettiva come i fondi sanitari aziendali. Un'integrazione coerente e regolata tra la tutela pubblica e le iniziative private si renderebbe necessaria in un'ottica di sussidiarietà, superando l'approccio storicamente egemonico del SSN, che ha spesso ostacolato la costruzione di un sistema integrato di protezione sanitaria.

Considerato che una soluzione fondata esclusivamente sul piano finanziario appare, allo stato attuale, irrealistica, si impone la necessità di procedere a una prioritizzazione esplicita delle tutele offerte e a una riallocazione delle risorse disponibili. Tale processo, inevitabilmente complesso sul piano politico e sociale, richiede una revisione delle aspettative e dei diritti di cittadinanza, ancorata a principi rigorosi di equità, con particolare attenzione alla protezione delle fasce più fragili della popolazione, tenendo conto non solo dello stato di salute, ma anche del reddito e del livello di competenza sanitaria (*health literacy*).

A livello macroeconomico, appare particolarmente urgente una revisione dei criteri di riparto del Fabbisogno Sanitario Nazionale (FSN), al fine di ridurre le disuguaglianze regionali, che permangono sostanzialmente invariate nonostante le riforme del SSN attuate dagli anni Novanta e l'introduzione del federalismo fiscale. In particolare, un sistema di allocazione più equo dovrebbe tener conto in misura maggiore della correlazione tra bisogni sanitari e condizioni socioeconomiche, comprese le diverse capacità delle famiglie di sostenere spese sanitarie private.

Bibliografia

ANIA, Premi Danni, consultabile alla seguente pagina: http://www.ania.it/it/pubblicazioni/

Atella, V., Piano Mortari, A., Kopinska, J., Belotti, F., Lapi, F., Cricelli, C., & Fontana, L. (2019). Trends in age-related disease burden and healthcare utilization. *Health Economics, 28*(10), 1196–1210. https://doi.org/10.1002/hec.3912

Brenna E., Polistena B., Spandonaro F., *Analysing outpatient care access for planning purposes: The Basilicata Region experience*, in Evaluation and Program Planning 99, 2023.

Camera dei Deputati - Osservatorio sulla finanza pubblica e sulle politiche di bilancio e per i rapporti con gli enti, nazionali e internazionali, competenti in materia (2024), *Effetti del Superbonus e del Bonus facciate sul quadro di finanza pubblica*, Roma, https://documenti.camera.it/leg19/dossier/pdf/Dossier_OFP_04_Superbonus.pdf

C.R.E.A. Sanità (2022). XVIII Rapporto Sanità. Senza riforme e crescita, SSN sull'orlo della crisi. A cura di F. Spandonaro, D. d'Angela e B.Polistena. Disponibile su: https://www.creasanita.it/wp-content/uploads/2023/04/CREASanita_RapportoSanita_2022_Volume.pdf

C.R.E.A. Sanità (2023). XIX Rapporto Sanità. Il futuro (incerto) del SSN, fra compatibilità macroeconomiche e urgenze di riprogrammazione A cura di F. Spandonaro, D. d'Angela e B.Polistena. Disponibile su: https://www.creasanita.it/wp-content/uploads/2024/02/19%C2%B0Rapporto_sanita.pdf

C.R.E.A. Sanità (2024). XX Rapporto Sanità. Manutenzione o Trasformazione: l'intervento pubblico in Sanità al bivio. A cura di F. Spandonaro, D. d'Angela e B. Polistena. Disponibile su: https://www.creasanita.it/wp-content/uploads/2025/01/20-Rapporto-Sanita_2025.pdf

Eurostat (2024), Advice letter on Superbonus, July 2024.

Istat (2023a). Indagine conoscitiva sugli strumenti di incentivazione fiscale con particolare riferimento ai crediti di imposta. Audizione presso la 6ª Commissione (Finanze e tesoro) Senato della Repubblica, 15 marzo 2023.

Istat (2023b). Superbonus, il parere Eurostat dopo lo scambio di informazioni con ISTAT. Nota per la Stampa, 26 settembre 2023.

Istat (2024). Voci di uscita per funzione (COFOG 2 e 3 cifre), Tavole statistiche consultabili alla seguente pagina: https://esploradati.istat.it/databrowser/#/it/dw/categories/IT1,DATAWAREHOUSE,1.0/UP_ACC_PUBAM/UP_DCCN_OTEPPA/IT1,95_94_DF_DCCN_OTEPPA_2,1.0 (ultima consultazione maggio 2025).

Istat (2025a), *I conti della protezione sociale*, Tavole statistiche consultabili alla seguente pagina: www.istat.it (ultima consultazione maggio 2025).

Istat (2025b), *Spesa per consumi finali delle famiglie,* Tavole statistiche consultabili alla seguente pagina: www.istat.it (ultima consultazione maggio 2025).

Ministero dell'Economia e delle Finanze (2025), *Documento di finanza pubblica, Sezione II Analisi e tendenze della finanza pubblica*, Roma

Neri, S., Vainieri, M., & Vola, F. (2020). Il finanziamento della sanità in Italia: diseguaglianze regionali e vincoli di sostenibilità. *Politiche Sanitarie, 21*(1), 13–27.

OECD. (2021). *Health at a Glance: Europe 2020: State of Health in the EU Cycle*. OECD Publishing. https://doi.org/10.1787/82129230-en

OECD/EU. (2024). *Health at a Glance: Europe 2024: State of Health in the EU Cycle*. OECD Publishing. https://doi.org/10.1787/health-glance-eur-2024-en

Polistena B. (2023). Il futuro incerto del SSN fra compatibilità macro economiche e urgenze di riprogrammazione. In XIX Rapporto Sanità. Il futuro (incerto) del SSN, fra compatibilità macroeconomiche e urgenze di riprogrammazione. A cura di F. Spandonaro, D. d'Angela e B.Polistena. Disponibile su: https://www.creasanita.it/wp-content/uploads/2024/02/19%C2%B0Rapporto_sanita.pdf

Ufficio Parlamentare di Bilancio (2024). Audizione della Presidente dell'Ufficio parlamentare di bilancio nell'ambito delle audizioni preliminari all'esame del disegno di legge recante "Bilancio di previsione dello Stato per l'anno finanziario 2024 e bilancio pluriennale per il triennio 2024-2026", Roma.