

26/115/CR07/C7

DOCUMENTO DELLE REGIONI E DELLE PROVINCE AUTONOME PER L'INDAGINE CONOSCITIVA SULL'ATTUAZIONE DEI LIVELLI ESSENZIALI DI ASSISTENZA E SULL'EROGAZIONE DELLE PRESTAZIONI SANITARIE NELLE REGIONI

Il Comitato permanente per la verifica dell'erogazione dei Livelli Essenziali di Assistenza (Comitato LEA), istituito presso il Ministero della Salute – Dipartimento della Programmazione, dei dispositivi medici, del farmaco e delle politiche in favore del Servizio Sanitario Nazionale, ha recentemente concluso il percorso valutativo di **monitoraggio dei livelli essenziali di assistenza attraverso il Nuovo Sistema di Garanzia relativo all'anno 2024**.

Al Comitato LEA è affidato il compito di verificare l'erogazione dei Livelli Essenziali di Assistenza in condizioni di appropriatezza e di efficienza nell'utilizzo delle risorse, nonché la congruità tra le prestazioni da erogare e le risorse messe a disposizione dal Servizio Sanitario Nazionale. A tale scopo, il Comitato LEA si avvale del Nuovo Sistema di Garanzia (NSG), lo strumento che consente, grazie alle numerose informazioni disponibili sul Nuovo Sistema Informativo Sanitario (NSIS), di verificare - secondo le dimensioni dell'equità, dell'efficacia, e della appropriatezza - che tutti i cittadini italiani ricevano le cure e le prestazioni rientranti nei Livelli essenziali di assistenza (LEA). Il NSG è stato introdotto con il DM 12 marzo 2019 "Nuovo sistema di garanzia per il monitoraggio dell'assistenza sanitaria", per aggiornare il Sistema di Garanzia avviato nel 2000 ed è operativo dal 1° gennaio 2020.

Il NSG considera n. 88 indicatori distribuiti per macro-aree:

- n. 16 per la prevenzione collettiva e sanità pubblica
- n.33 per l'assistenza distrettuale
- n.24 per l'assistenza ospedaliera
- n.4 indicatori di contesto per la stima del bisogno sanitario
- n.1 indicatore di equità sociale
- n.10 indicatori per il monitoraggio e la valutazione dei percorsi diagnostico-terapeutici assistenziali - PDTA (BPCO, scompenso cardiaco, diabete, tumore mammella nella donna, tumore colon e tumore retto).

All'interno del NSG è poi stato individuato un sottoinsieme di indicatori, cosiddetto "CORE", da utilizzare per valutare sinteticamente l'erogazione dei LEA da parte delle Regioni, che sono suddivisi in tre macro-aree:

- prevenzione collettiva a sanità pubblica;
- assistenza distrettuale;
- assistenza ospedaliera.

Si ritiene che la documentazione prodotta dal Comitato LEA possa costituire il principale riferimento per l'Indagine conoscitiva sull'attuazione dei livelli essenziali di assistenza e sull'erogazione delle

prestazioni sanitarie nelle Regioni. Si riportano, di seguito, alcune considerazioni che si ritiene possano contribuire al generale miglioramento dell'attuazione dei livelli essenziali di assistenza.

I cambiamenti demografici e l'evoluzione delle modalità assistenziali evidenziano la necessità di avviare un percorso condiviso **di potenziamento, di ammodernamento e di efficientamento dell'organizzazione del Servizio Sanitario Nazionale** per dare continuità agli interventi realizzati nell'ambito del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR) - Missione 6 "Salute", per rafforzare le politiche di assistenza territoriale, di prevenzione e di sanità pubblica e per qualificazione l'assistenza ospedaliera con l'obiettivo di prevenire l'insorgere delle malattie, di migliorare la qualità della vita, di perseguire una medicina di prossimità più vicina ai bisogni della popolazione anche attraverso l'impiego delle innovazioni digitali e la digitalizzazione dei processi sanitari (telemedicina, teleassistenza, ..), di assicurare una gestione multiprofessionale ed integrata della cronicità attraverso una effettiva presa incarico del paziente orientata verso l'appropriatezza prescrittiva.

L'adozione di misure in materia di organizzazione del Servizio Sanitario Nazionale dovrà essere sviluppata in quadro di leale collaborazione tra Stato, Regioni e Province Autonome, nel rispetto delle competenze costituzionalmente attribuite agli Enti territoriali, attraverso un percorso chiaro e condiviso, e dovrà contare sulla disponibilità delle necessarie risorse economico-finanziarie e professionali.

La Legge di bilancio per l'anno 2026 e per il triennio 2026-2028 (Legge 30 dicembre 2025, n. 199) ha incrementato il **finanziamento del fabbisogno sanitario nazionale** standard previsto a legislazione vigente di 2.382,2 milioni per l'anno 2026, di 2.631 milioni per l'anno 2027 e di 2.633,1 milioni annui a decorrere dall'anno 2028.

Pertanto, il finanziamento del Servizio sanitario nazionale (SSN) che era pari a 136,536 miliardi nel 2025, ha raggiunto l'ammontare di 142,905 miliardi nel 2026 (*con un incremento complessivo di 6,369 miliardi, corrispondente al + 4,7%*), di 143,909 miliardi nel 2027 (*con un incremento di 1,004 miliardi, corrispondente al + 0,7%*) e di 144,778 miliardi nel 2028 (*con un incremento di 869 milioni, corrispondente al + 0,6%*).

Al momento, il quadro finanziario precedentemente delineato costituisce il riferimento per l'adozione delle misure di rafforzamento del Servizio Sanitario Nazionale e per l'attuazione dei Livelli Essenziali di Assistenza e per l'erogazione delle prestazioni sanitarie. Al riguardo, si formulano le valutazioni di seguito riportate.

1. **L'incremento del finanziamento del fabbisogno sanitario nazionale standard dell'anno 2026 non trova la necessaria continuità negli anni successivi.** A legislazione vigente, per l'anno 2027 l'incremento è pari a 1,004 miliardi (+0,7%), mentre per l'anno 2028 l'incremento è pari a soli 869 milioni (+0,6%).

L'andamento del livello di finanziamento, in assenza di una dinamica di crescita costante ed uniforme, non consente a Regioni e Province Autonome di definire una programmazione sanitaria pluriennale che è indispensabile per attuare delle misure di medio-lungo periodo in grado di determinare il concreto rilancio del sistema sanitario nazionale, di qualificare l'assistenza territoriale, l'assistenza ospedaliera e la prevenzione sanitaria.

Il documento della Conferenza delle Regioni e delle Province Autonome del 13 novembre 2025 (prot. n. 25/142/CR02/C2) recante le "*Prime valutazioni al Disegno di legge Bilancio di previsione dello Stato per l'anno finanziario 2026 e bilancio pluriennale per il triennio 2026-2028*", ha espresso la preoccupazione per la riduzione del finanziamento del FSN in rapporto al

PIL che, nel 2028, al termine del periodo di programmazione, scende al di sotto del 6%, ed ha auspicato un incremento dello stanziamento del FSN negli anni successivi al 2026.

2. **Gli oneri inflazionistici ed i costi energetici.** Un incremento così limitato del finanziamento non è sufficiente per compensare l'aumento dei costi energetici e la pressione inflazionistica che determina un forte incremento dell'indice dei prezzi: a titolo esemplificativo, fatto 100 l'indice dei prezzi del 2018, lo stesso è stato pari a 118,07 nel 2024 (*rif. Corte dei Conti Relazione al Parlamento sulla gestione dei servizi sanitari regionali Esercizi 2023-2024*). Al riguardo, si evidenzia che il tasso di crescita medio annuo composto (CAGR) dei costi per beni e servizi del Servizio Sanitario Nazionale rilevato tra il 2023 e il 2024 è stato pari al 4,93%.

Occorre poi considerare gli effetti economici determinati dall'aumento del costo dei beni e dei servizi per effetto degli eventi bellici in corso e del conseguente incremento del prezzo dell'energia e dei carburanti.

3. **La percentuale della ricchezza prodotta dal nostro Paese destinata alla sanità è limitata.** Il sostegno e lo sviluppo di politiche sanitarie espansive e pluriennali in grado di rispondere ai crescenti bisogni sanitari della popolazione richiede un incremento strutturale del finanziamento del fabbisogno sanitario nazionale. Il livello del finanziamento del fabbisogno sanitario nazionale standard, in termini di incidenza percentuale rispetto al Prodotto Interno Lordo nominale tendenziale, resta invece estremamente contenuto: 6,1% nel 2024, 6% nel 2025, 6,15% nel 2026, 6% nel 2027 e 5,9% nel 2028.

Attraverso il Patto per la Salute 2014-2016, Governo, Regioni e Province Autonome condivisero un importante e significativo percorso di crescita del livello di finanziamento del Servizio Sanitario Nazionale che avrebbe dovuto raggiungere nell'anno 2019 l'ammontare di 125,34 miliardi, pari al 7% in termini di incidenza percentuale rispetto al Prodotto Interno Lordo. Purtroppo, le successive manovre di finanza pubblica non hanno consentito di raggiungere questo obiettivo, nonostante che lo stesso sarebbe stato ancora insufficiente rispetto alla situazione dei nostri principali partner europei. Per il triennio 2026-2028, un finanziamento del fabbisogno sanitario pari al 7% del Prodotto Interno Lordo avrebbe comportato un incremento del Fondo Sanitario Nazionale di circa 20 miliardi l'anno.

4. **La stima della spesa sanitaria è costantemente superiore al finanziamento disponibile.** Nell'arco temporale 2026 - 2028, la previsione della spesa sanitaria indicata nel Documento Programmatico di Finanza Pubblica 2025 risulta costantemente superiore al livello di finanziamento del fabbisogno sanitario nazionale: +7,5 miliardi nel 2025, +7 miliardi nel 2026, +7,9 miliardi nel 2027 e raggiunge gli 11 miliardi nel 2028 (*Ragioneria Generale dello Stato, Rapporto n. 12 "Il monitoraggio della spesa sanitaria 2025*).

Questa situazione dimostra un sottofinanziamento del Servizio Sanitario Nazionale in quanto la previsione di spesa è durevolmente superiore al finanziamento: mentre l'incidenza della spesa sanitaria sul Prodotto Interno Lordo si mantiene intorno al 6,3%-6,4%, l'incidenza del finanziamento sanitario corrente segna un andamento inferiore e decrescente intorno al 6%.

Al riguardo, si rileva che la spesa sanitaria italiana è inferiore alla spesa media UE ed a quella dei principali Paesi europei: la Corte dei Conti, nella Relazione al Parlamento sulla gestione dei servizi sanitari regionali Esercizi 2023-2024, ha rilevato che la spesa sanitaria pubblica italiana si mantiene su livelli nettamente inferiori a quella dei principali partner europei, sia in valore pro capite che in percentuale del Prodotto Interno Lordo. L'incidenza della spesa sanitaria pubblica italiana sul Prodotto Interno Lordo è stata pari al 6,3% nel 2024, inferiore di 4,3 punti a quella tedesca (10,6%), 3,5 punti a quella francese (9,7%) e 0,4 punti a quella spagnola (6,7%). La spesa pro capite a parità di potere d'acquisto, in Italia nel 2024, è stata pari a 2.375 euro, molto inferiore a quella della Germania (5.004 euro), Paesi Bassi (4.346 euro), Francia (3.486 euro) e Spagna (2.411 euro).

Il perdurare di questa situazione scarica parte dell'onere dell'assistenza sanitaria per i propri cittadini sui bilanci regionali e provinciali, che sono in crescente difficoltà nel garantire l'equilibrio economico-finanziario dei bilanci sanitari.

5. **L'incremento del finanziamento a destinazione vincolata.** Ai fini di una corretta valutazione dell'incremento del livello di finanziamento del fabbisogno sanitario nazionale previsto dalle manovre di bilancio per l'anno 2025 e per l'anno 2026, occorre considerare che tali risorse sono prevalentemente destinate a finanziare nuove misure previste a livello nazionale, ossia sono risorse "vincolate". Pertanto, tali risorse non concorrono alla riduzione del divario tra il fabbisogno sanitario e le risorse disponibili, né tantomeno possono essere impiegate per finanziare il rilancio e lo sviluppo del Servizio Sanitario Nazionale. Come riporta anche la Relazione dell'Ufficio Parlamentare di Bilancio sul Disegno di Legge di Bilancio per l'anno finanziario 2026, gli interventi previsti a livello nazionale in campo sanitario sono coperti, in parte dalle nuove risorse assegnate e, in parte dalle risorse allocate con la precedente legge di bilancio agli obiettivi sanitari di carattere prioritario e di rilievo nazionale. I principali interventi finanziati a valere sull'incremento del finanziamento del Servizio Sanitario Nazionale riguardano il personale (oneri per il rinnovo del CCNL, assunzioni per ridurre le liste di attesa, incremento delle indennità e delle prestazioni aggiuntive, valorizzazione del personale operante nel pronto soccorso), la revisione dei tetti di spesa farmaceutica e per l'acquisto di dispositivi medici, l'incremento del tetto di spesa per l'acquisto di prestazioni da soggetti privati, la revisione delle tariffe per l'assistenza ospedaliera, ambulatoriale e riabilitativa, il potenziamento delle misure per la prevenzione, le risorse per i malati di Alzheimer e per l'attuazione del Piano Nazionale Salute Mentale. L'ammontare dei finanziamenti vincolati normativamente è sensibilmente aumentato, arrivando a superare i 6 miliardi per l'anno 2026 (2,6 miliardi del 2024). Questa modalità limita l'autonomia delle Regioni e delle Province Autonome in quanto sulla parte del finanziamento del Servizio Sanitario Nazionale assegnata con vincolo di destinazione non è possibile tenere conto delle peculiarità territoriali e delle scelte organizzative e programmatiche regionali e provinciali: ogni Regione e Provincia Autonoma è costretta ad impiegare le risorse disponibili per le finalità del vincolo, indipendentemente dalla circostanza che il vincolo riguardi attività già fortemente sviluppate a livello regionale e che non necessitano di ulteriori investimenti. Tale situazione, peraltro, è stata riportata nel documento della Conferenza delle Regioni e delle Province Autonome del 13 novembre 2025 (prot. n. 25/142/CR02/C2) recante le *"Prime valutazioni al Disegno di legge Bilancio di previsione dello Stato per l'anno finanziario 2026 e bilancio pluriennale per il triennio 2026-2028"*, nel quale si riconosce l'incremento del FSN pari al 4,6% rispetto al 2025, ma si evidenzia che una parte rilevante dell'incremento è condizionata agli obiettivi di piano e ai rinnovi del contratto nazionale del personale in sanità. Più in generale, si evidenzia l'opportunità di **superare la suddivisione del budget sanitario** per categorie di spesa (*es. farmaci, personale, dispositivi*) e la logica dei singoli tetti di spesa. L'approccio a "silos" impedisce di compensare i fondi inutilizzati in un settore con quelli carenti in un altro, impedendo di tenere conto delle specificità organizzative delle singole Regioni e Province Autonome ed ostacolando l'effettiva integrazione dell'assistenza, senza peraltro tenere conto dei vantaggi di salute derivanti dall'utilizzo di un determinato fattore produttivo, anche in termini di riduzione dell'utilizzo di altri fattori produttivi.

L'articolo 32 della nostra Costituzione indica la tutela della salute come fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività, e la garanzia di cure gratuite agli indigenti. La Legge 833/1978 impegna il Servizio Sanitario Nazionale nel mantenimento e nel recupero della salute fisica e psichica di tutta la popolazione, senza distinzione di condizioni individuali o sociali e secondo modalità che assicurino l'eguaglianza dei cittadini. Il mantenimento di un servizio sanitario pubblico, connotato da universalità (rivolto a tutti i cittadini), da uguaglianza (accesso paritario alle cure) ed in una situazione di sostenibilità economica, non può prescindere dalla **disponibilità di un volume**

adeguato di risorse finanziarie. Le osservazioni precedentemente riportate dimostrano la necessità di un incremento del livello di finanziamento del fabbisogno sanitario nazionale, innanzitutto per recuperare il differenziale tra la spesa sanitaria corrente e l'ammontare del finanziamento del fabbisogno sanitario nazionale standard.

Con riferimento all'Italia, il rapporto OCSE Profilo della sanità 2025 ha evidenziato che nel 2023, la spesa sanitaria italiana è risultata decisamente inferiore rispetto alla media dell'UE: la spesa sanitaria pro capite ha raggiunto i 3.086 euro, circa il 19% in meno rispetto alla media UE di 3.832 euro. Questo divario riflette una spesa pubblica inferiore del 27% rispetto alla media UE pro capite, parzialmente compensata da una spesa privata superiore dell'8%.

Lo stesso rapporto indica che nel 2024 l'aspettativa di vita alla nascita in Italia ha raggiunto gli 84,1 anni, il livello più alto dell'Unione europea insieme alla Svezia, con un aumento di 0,6 anni rispetto all'anno precedente, stabilendo un nuovo record e collocando l'Italia quasi due anni e mezzo al di sopra della media UE. La quota di popolazione anziana e l'andamento dell'aspettativa di vita, che registrano un trend positivo di costante aumento, richiederebbe una maggior volume di spesa. E' necessario valutare attentamente la **spesa per l'assistenza a lungo termine, ossia i servizi sanitari e sociali rivolti agli anziani non autosufficienti, che secondo le più recenti proiezioni OCSE, negli anni è destinata a crescere significativamente rispetto ai livelli attuali.**

I mutamenti demografici e sociali in atto richiedono una risposta efficace ai bisogni di equità e di prossimità che non può prescindere dallo **sviluppo dell'integrazione socio-sanitaria**, con l'obiettivo di potenziare in modo uniforme a livello nazionale la rete dei servizi domiciliari, residenziali e semiresidenziali e di orientarsi verso un sistema integrato di assistenza basato sulla domiciliarità, sulla continuità delle cure, sull'invecchiamento attivo, su modelli personalizzati e innovativi di assistenza. Il costante invecchiamento della popolazione anziana determina un'evoluzione dei bisogni sanitari ed assistenziali, che saranno sempre più connotati da cronicità, multimorbilità, disabilità e non autosufficienza con la necessità di individuare i migliori modelli organizzativi, che dovranno essere sempre più integrati a livello socio-sanitario e dovranno disporre delle necessarie risorse finanziarie, a partire dal finanziamento del Piano nazionale triennale per la non autosufficienza.

Negli ultimi anni, si è registrata un'espansione della spesa sanitaria privata (out-of-pocket e sanità integrativa): nel 2024, a fronte di una spesa sanitaria pubblica pari a circa 138 miliardi, si è registrata una spesa privata di oltre 47 miliardi, di cui circa 41 miliardi di spesa diretta delle famiglie (out-of-pocket) e circa 6,3 miliardi di spesa intermediata, prevalentemente assicurazioni volontarie e fondi sanitari integrativi (rif. dati Istat giugno 2025).

L'Ufficio Parlamentare di Bilancio ha realizzato un focus per analizzare il ruolo del mercato nel sistema sanitario italiano (*UPB Focus n. 3 del 31 marzo 2026*) che ha evidenziato come alla già elevata incidenza della spesa diretta delle famiglie rispetto agli standard europei (quasi nove uni percentuali sopra quella media europea), si affianca il significativo incremento della spesa intermediata da assicurazioni, mutue e fondi sanitari.

Nell'anno 2024 la spesa intermediata è significativamente incrementata rispetto all'anno precedente, anche grazie al progressivo incremento del numero degli iscritti ai fondi sanitari integrativi che sono passati da 6,9 milioni del 2014 a 16,2 milioni del 2023, per i quali sono stati spesi per circa 3,2 miliardi (2,1 miliardi per prestazioni LEA e 1,1 miliardi per prestazioni extra LEA) a fronte di una spesa dell'anno 2014 di 2,1 miliardi (rif. 3' Rapporto 2021-2023 sui Fondi sanitari integrativi in Italia del Ministero della Salute).

Contestualmente è cresciuto anche il numero delle **persone che hanno rinunciato alle cure** a causa di una situazione di difficoltà economica. Entrambe le situazioni – spesa sanitaria privata e rinuncia alle cure - generano una iniquità di accesso alle prestazioni che penalizza le persone con minore capacità economica - le quali non possono attivare un'assicurazione sanitaria, né beneficiare della

sanità integrativa, né accedere privatamente alle prestazioni, e le Regioni caratterizzate da una maggiore incidenza della povertà.

Al riguardo, è opportuno svolgere una riflessione anche in relazione alle agevolazioni fiscali previste per questi regimi che agevolano il sottoscrittore ma sottraggono risorse alla fiscalità generale e quindi al finanziamento del Servizio Sanitario Nazionale.

Negli ultimi anni, l'esiguità delle risorse disponibili ha complicato il raggiungimento dell'intesa in sede di Conferenza Stato-Regioni sul riparto delle risorse finanziarie disponibili destinate al Servizio Sanitario Nazionale, nonostante l'impegno profuso da Regioni e Province Autonome per garantire la migliore equità distributiva delle risorse, anche attraverso la revisione dei criteri di riparto.

Un primo significativo **aggiornamento dei criteri di riparto del finanziamento del fabbisogno sanitario nazionale** è stato definito con l'Intesa del 21 dicembre 2022 in sede di Conferenza Stato-Regioni. Alla formula di riparto principalmente basata sulla popolazione regionale ponderata per l'età, sono stati affiancati criteri legati alle condizioni socioeconomiche e alla mortalità. In particolare, le risorse disponibili sono state ripartite come segue:

- il 98,5% dei fondi, sulla base del criterio della popolazione residente e della frequenza dei consumi sanitari per classi di età. Le risorse vengano distinte per tre macro-livelli di assistenza (prevenzione, distrettuale ed ospedaliera) che pesano rispettivamente per il 5, il 51 e il 44% del totale. La ponderazione per età si applica solo su alcune componenti, in particolare sul 50% dei fondi per l'assistenza ospedaliera e sulla componente della specialistica (che costituisce il 13,3% del totale) nell'ambito dell'assistenza distrettuale; sulle restanti componenti si utilizza un pro capite secco.
- lo 0,75% delle risorse disponibili, sulla base del tasso di mortalità della popolazione di età inferiore ai 75 anni;
- lo 0,75% sulla base di indicatori utilizzati per definire particolari situazioni territoriali impattanti sui bisogni sanitari quali, in particolare, l'incidenza della povertà relativa individuale, l'incidenza della bassa scolarizzazione nella popolazione di età maggiore a quindici anni e, infine, il tasso di disoccupazione.

Questa prima revisione dei criteri, a partire dal 2023, ha prodotto una redistribuzione delle risorse a favore delle Regioni del Sud Italia. In sede di riparto del Fondo Sanitario Nazionale dell'anno 2025 è poi stato introdotto il criterio della bassa densità abitativa e dell'estensione territoriale ha prodotto una redistribuzione delle risorse a favore delle Regioni più piccole.

La Conferenza delle Regioni e delle Province autonome ha condiviso la necessità di procedere ad una revisione dei criteri definiti dalla normativa vigente per il riparto delle disponibilità finanziarie per il Servizio Sanitario Nazionale, che ad oggi risultano non pienamente rispondenti all'attuale contesto e agli effettivi bisogni di salute dei cittadini. Pertanto, la Conferenza ha affidato ad un soggetto terzo, individuato in un pool di Università pubbliche, la predisposizione di uno studio finalizzato all'individuazione di un set di criteri integrativi, sostitutivi o modificativi di quelli previsti dalla normativa vigente da utilizzare per il riparto delle disponibilità finanziarie per il Servizio Sanitario Nazionale, quale strumento da mettere a disposizione del decisore politico in tempo utile già per il riparto del FSN 2026, che è in corso di definizione.

Il perdurare della situazione richiamata al precedente punto 4 (*spesa sanitaria superiore al finanziamento disponibile*) scarica parte dell'onere dell'assistenza sanitaria per i propri cittadini sui bilanci regionali e provinciali, che sono in crescente difficoltà nel garantire l'equilibrio economico-finanziario dei bilanci sanitari. La scelta di non tagliare i servizi sanitari - indispensabili per garantire il diritto costituzionale della tutela della salute - comporta in molte realtà l'incremento delle imposte regionali ed il rischio di assoggettamento ai Piano di rientro dal deficit sanitario.

Per quanto l'argomento presenti dei profili di complessità, è opportuno sviluppare una riflessione sui meccanismi che regolano i **Piani di rientro dal deficit sanitario ed i Commissariamenti**: sono strumenti eccezionali e transitori, ma che in alcune realtà sono attivi da quasi 20 anni.

La Legge finanziaria per l'anno 2005 (L. 311/2004, art. 1 c. 180) ha previsto la stipula di Accordi tra il Ministero della Salute, il Ministero dell'Economia e delle Finanze e le con le singole Regioni interessate per la definizione di Programmi operativi di riorganizzazione, di riqualificazione, di potenziamento del Servizio sanitario regionale (successivamente chiamati Piani di rientro), contenenti sia le misure di riequilibrio del profilo erogativo dei LEA per renderli conformi alla programmazione nazionale ed al vigente Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri di fissazione dei LEA, sia le misure per garantire l'equilibrio di bilancio sanitario e per rimuovere le cause strutturali del disavanzo sanitario, per migliorare i servizi erogati e per rispettare l'erogazione dei LEA. La verifica dell'attuazione delle misure previste nei Piani di Rientro viene effettuata congiuntamente dal Comitato LEA e dal Tavolo di verifica degli adempimenti regionali. Qualora la verifica evidenzia la mancata realizzazione delle misure ed il mancato raggiungimento degli obiettivi previsti dai Piani di rientro, la Regione è diffidata ad adottare le necessarie misure correttive: qualora le misure correttive non siano adottate o siano insufficienti il Consiglio dei Ministri nomina un Commissario ad acta (*rif. Decreto Legge 1 ottobre 2007, n. 159, art. 4*)

Ad oggi, i Piani di rientro interessano ben sei Regioni (Abruzzo, Calabria, Lazio, Molise, Puglia, Sicilia): la Regione Campania è uscita dal Piano di rientro a seguito delle verifiche degli adempimenti regionali del marzo 2026). Il Commissariamento interessa una Regione (Molise): la Regione Calabria, dopo 17 anni, è uscita dal Commissariamento ad aprile 2026.

In alcune situazioni, i Piani non sono stati in grado di coniugare efficacemente l'obiettivo del risanamento economico con la reale riqualificazione dell'assistenza ed il miglioramento dell'erogazione delle prestazioni LEA, hanno frenato la programmazione degli investimenti per ammodernare strutture e tecnologie e bloccato le assunzioni del personale. Si ravvisa la necessità di **stabilire formalmente le condizioni per regolare l'uscita delle Regioni dal Piano di rientro**, che attualmente non è prevista nella normativa di riferimento. L'uscita potrebbe essere stabilita in presenza di una situazione di equilibrio economico-finanziaria, di una valutazione sufficiente nell'erogazione dei LEA nelle tre macroaree oppure di un percorso di costante miglioramento (verificata attraverso gli indicatori del Nuovo Sistema di Garanzia), riscontrata per un periodo continuativo pluriennale (2 – 3 anni).

Il Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR) ha destinato alla Missione 6 “Salute” 15,63 miliardi, ai quali si sono successivamente aggiunte ulteriori risorse che hanno portato l'ammontare delle risorse complessivamente disponibili a 20,9 miliardi. La Missione 6 “Salute” si articola in due Componenti:

- C1. Reti di prossimità, strutture e telemedicina per l'assistenza sanitaria territoriale
- C2. Innovazione, ricerca e digitalizzazione del Servizio Sanitario Nazionale

La Componente 1 è finalizzata a potenziare il Servizio Sanitario Nazionale allineando i servizi ai bisogni delle comunità e dei pazienti, tenuto anche conto delle criticità evidenziate dalla pandemia, a rafforzare le strutture e i servizi sanitari di prossimità e i servizi domiciliari, a sviluppare l'assistenza domiciliare, attraverso la realizzazione delle Case della Comunità (target PNRR n. 1.038), degli Ospedali di Comunità (target PNRR n. 307), delle Centrali Operative Territoriali (target PNRR n. 480,) la presa in carico dei pazienti in assistenza domiciliare (target PNRR n. 842.000 pazienti over 65enni) ed in telemedicina (target PNRR n. 300.000 pazienti).

La Componente 2 è finalizzata a sviluppare gli investimenti nel sistema salute, a rafforzare la ricerca scientifica in ambito biomedico e sanitario, a potenziare e ammodernare il Servizio Sanitario Nazionale a livello tecnologico e digitale, attraverso l'acquisizione di grandi apparecchiature e

l'ammodernamento del parco tecnologico e digitale ospedaliero, gli interventi per un ospedale sicuro e sostenibile, il rafforzamento dell'infrastruttura tecnologica e degli strumenti per raccolta, elaborazione, analisi dati (FSE 2.0, modelli predittivi, NSIS).

A fine 2026, il Servizio Sanitario Nazionale sarà nelle condizioni di completare l'attivazione delle nuove strutture finanziate dal PNRR – la cui realizzazione ha raggiunto ed in alcuni casi superato i citati target PNRR, e di implementare i servizi progressivamente attivati in questi anni, quali l'assistenza domiciliare.

Queste attivazioni ed implementazioni comporteranno la necessità di adeguate risorse per finanziare l'incremento della spesa per beni e servizi e per il personale dipendente e convenzionato.

A titolo esemplificativo, la Componente 1 “Reti di prossimità, strutture e telemedicina per l'assistenza sanitaria territoriale” si è posta l'obiettivo di potenziare il Servizio Sanitario Nazionale per allineare i servizi ai bisogni delle comunità e dei pazienti, di rafforzare le strutture e i servizi sanitari di prossimità e i servizi domiciliari, di sviluppare la telemedicina e superare la frammentazione e la mancanza di omogeneità dei servizi sanitari offerti sul territorio. Per il raggiungimento di questo obiettivo sono state realizzate le Case della Comunità per la presa in carico della persona e gli Ospedali di Comunità per il rafforzamento dell'assistenza sanitaria intermedia e delle sue strutture, sono stati incrementi i pazienti che ricevono assistenza domiciliare. Dal prossimo anno, saranno necessarie le risorse per attivare e portare a regime la gestione delle nuove strutture (Case della Comunità, Ospedali della Comunità, COT) e per implementare e stabilizzare il maggior livello di assistenza (es. *assistenza domiciliare*).

Conclusa la realizzazione degli interventi finanziati dal Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR) - Missione 6 “Salute”, è necessario dare continuità alla **ricerca e all'innovazione** tecnologica, farmacologica e terapeutica per favorire la prevenzione dell'insorgere delle malattie e la presa in carico dei pazienti cronici e con multimorbilità. A tale scopo è necessario assicurare in modo continuativo la disponibilità di un adeguato livello di risorse.

E' necessario investire maggiormente nella **Prevenzione sanitaria**, anche riconducendo questa tematica all'interno dello schema di disegno di legge recante "Delega al Governo per l'adozione di misure in materia di riorganizzazione e potenziamento dell'assistenza territoriale e ospedaliera e revisione del modello organizzativo del Servizio Sanitario Nazionale", in quanto la presa in carico precoce della malattia oltre a migliorare la qualità della vita dei pazienti, in prospettiva, riduce il bisogno assistenziale. La **Sanità Digitale** costituisce un'occasione di cambiamento sistemico per ottimizzare l'impiego delle risorse, per migliorare i processi di presa in carico e cura e la qualità dei servizi sanitari (es. *FSE 2.0, stratificazione della popolazione, piani di cura personalizzati, telemedicina, teleconsulto, telemonitoraggio, telerefertazione*). A tale scopo è necessario definire a un quadro normativo nazionale che favorisca l'interscambio e l'utilizzo delle informazioni.

A parte la tematica del finanziamento del Servizio Sanitario Nazionale, di cui si è già parlato, uno dei punti di maggiore criticità per la gestione sanitaria è costituito dalla normativa vigente che stabilisce **limiti al costo del personale**. Sono passati circa vent'anni dall'introduzione del primo limite di spesa (tetto pari alla spesa dell'anno 2004 ridotta dell'1% per il 2006 e dell'1,4% dal 2007), poi affiancato, a decorrere dal 2019, dal limite della spesa sostenuta nell'anno 2018. Nel tempo, i tetti di spesa per il personale sanitario sono stati oggetto di alcune parziali revisioni per allentare le restrizioni sulle assunzioni (es. Il Decreto Legge 35/2019 c.d. “Decreto Calabria” ha previsto l'incremento a livello regionale del tetto di spesa del personale nella misura del 10% dell'incremento del Fondo sanitario regionale rispetto all'anno precedente, eventualmente incrementabile di un ulteriore 5%, poi confermato dal Decreto Legge 73/2024; la Legge di bilancio per l'anno 2026 che ha autorizzato assunzioni in deroga al limite di spesa per la riduzione delle liste di attesa; la Legge di bilancio per l'anno 2022 ha autorizzato assunzioni in deroga per il potenziamento dell'assistenza territoriale). Il superamento definitivo dei tetti di spesa è indispensabile per il rafforzamento del Servizio Sanitario Nazionale: la carenza di personale sanitario, con particolare riferimento ad alcune professioni

sanitarie, unita all'impossibilità di incrementare la spesa per il personale dipendente a causa dei tetti di spesa, ha alimentato negli anni il fenomeno dei "gettonisti": medici, infermieri e altri professionisti sanitari reclutati tramite agenzie di somministrazione del lavoro o cooperative.

Si pone in evidenza la criticità rappresentata dalla carenza di personale infermieristico che, stando alle valutazioni dell'Oms/Europa, potrebbe trasformarsi nei prossimi anni in una vera e propria emergenza. E' necessario disporre delle risorse e delle misure necessarie per garantire una adeguata dotazione infermieristica. Il Rapporto OCSE Profilo della sanità 2025 ha evidenziato una presenza di infermieri praticanti oltre il 20% sotto la media europea.

Ad oggi, il superamento dei tetti di spesa delineato dal Decreto Legge 73/2024 c.d. "Decreto Liste di attesa" ed annunciato dal Ministro della Salute non ha ancora trovato attuazione. E' necessario superare le vigenti limitazioni alle assunzioni del personale, per poter dare seguito ad una programmazione adeguata dei profili professionali di cui necessita il Servizio Sanitario Nazionale anche per attivare ed implementare le strutture ed i servizi del PNRR, per bandire un numero sufficiente di borse di studio per specialisti e medici di medicina generale, attraverso un piano straordinario di assunzioni. La Ragioneria Generale dello Stato nel Rapporto n. 12 "*Il monitoraggio della spesa sanitaria 2025*"), ha evidenziato che nonostante la spesa per i redditi da lavoro dipendente sia incrementata in valore assoluto, il rapporto della stessa in percentuale alla spesa sanitaria corrente nel periodo 2015-2025, sia decrementato, passando dal 31,2% del 2015 al 30,3% del 2024. Un piano straordinario di assunzioni non può essere realizzato con le risorse disponibili, ma richiede un congruo adeguamento del finanziamento del fabbisogno sanitario nazionale.

La carenza di personale infermieristico e di personale medico per alcune specialità critiche, quali la medicina d'urgenza, l'anestesiologia, la medicina generale, è aggravata dalla crescente domanda dovuta all'invecchiamento della popolazione, alla riduzione della forza lavoro a causa dei pensionamenti, alla limitata interoperabilità in parte dovuta alla "rigidità" determinate dalla presenza di un gran numero di professioni sanitarie riconosciute, alla minore attrattività della professione anche per effetto di una retribuzione non competitiva. E' quindi necessario investire delle risorse per **adeguare ed aumentare le retribuzioni** e prefigurare prospettive di carriera e di ruolo per gli operatori sanitari.

La **spesa farmaceutica dell'anno 2025** (rif. Monitoraggio AIFA del 9 giugno 2026) si è attestata a 24,938 miliardi, con un aumento del 5,4% rispetto all'anno 2024, un'incidenza del 18,42% sul FSN 2025 (a fronte di una soglia del 15,30%) e il superamento del tetto di spesa nazionale del 3,12%.

Desta particolare preoccupazione l'incremento dell'acquisto diretto dei farmaci che ha superato il tetto della spesa programmata (pari a 11,234 miliardi) di circa 4,7 miliardi. La spesa per acquisti diretti di farmaci di classe A e H da parte delle strutture sanitarie pubbliche è stata pari a 17,221 miliardi, con un aumento del 6% rispetto all'anno precedente (+ 974 milioni).

Questo andamento comporterà un ripiano della spesa farmaceutica per acquisti diretti a carico delle aziende produttrici (c.d. *payback farmaceutico*) di oltre 2,3 miliardi.

Al riguardo, si rileva che la Legge di bilancio per l'anno 2026 (Legge 199/2025, art. 1, c. 386), a decorrere dall'anno 2026, ha incrementato il tetto della spesa farmaceutica per acquisti diretti dello 0,30% (che si attesta al 8,8%) e il tetto della spesa farmaceutica convenzionata dello 0,05% (che si attesta al 6,85%). Queste misure di incremento dei tetti di spesa programmata, a parità di spesa farmaceutica, comportano la riduzione della quota di ripiano del superamento del tetto di spesa a carico delle aziende produttrici, con un maggiore onere a carico del Servizio Sanitario Nazionale.

Si evidenzia la necessità di definire puntualmente gli obiettivi operativi funzionali a migliorare il complessivo governo della spesa farmaceutica nazionale, le misure per ricondurre la spesa farmaceutica in un contesto di compatibilità economica e finanziaria, salvaguardando l'equità di accesso ai medicinali e il loro uso sicuro e appropriato. La leva del prezzo rappresenta uno degli strumenti strategici da esercitarsi attraverso i processi negoziali con le aziende farmaceutiche; tuttavia, il governo della spesa farmaceutica non può essere ricondotto esclusivamente alla dinamica

dei prezzi, ma richiede un approccio integrato che tenga conto anche dei consumi, dell'appropriatezza prescrittiva e dei modelli di utilizzo a livello regionale. E' necessario procedere:

- alla revisione della rimborsabilità, con eventuale esclusione di categorie a basso valore terapeutico;
- alla definizione di criteri più selettivi di accesso alla rimborsabilità, con particolare riferimento alle condizioni cliniche di maggiore gravità;
- alla promozione dell'appropriatezza prescrittiva;
- ad interventi di riallineamento dei prezzi all'interno di categorie terapeutiche omogenee;
- alla promozione dell'utilizzo di farmaci equivalenti e biosimilari;
- all'analisi e monitoraggio comparativo dei consumi a livello regionale, con individuazione di margini di efficientamento;
- alla definizione di indicatori di monitoraggio, modalità di calcolo, target di riferimento e stime di impatto economico;
- all'aggiornamento Prontuario Farmaceutico nazionale;
- all'aggiornamento dei canali distributivi dei farmaci.

Tra le priorità del Servizio Sanitario Nazionale vi è la garanzia della disponibilità dei farmaci innovativi, a partire dai farmaci innovativi oncologici. Pertanto, non è condivisibile la riduzione di 140 milioni annui operata a decorrere dall'anno 2026 del Fondo farmaci innovativi (da 1,3 a 1,160 miliardi disposta dall'articolo 1, comma 388 della Legge di bilancio per l'anno 2026).

La sostenibilità economico-finanziaria del Servizio Sanitario Nazionale non può prescindere dalla piena disponibilità del **ripiano del superamento dei tetti della spesa farmaceutica e per l'acquisto di dispositivi medici** a carico delle aziende produttrici (*c.d. payback*). Non è più procrastinabile la definizione di regole certe che consentano un tempestivo ripiano dei superamenti dei tetti della spesa, che concilino le esigenze del sistema sanitario e delle aziende produttrici, evitando lunghi, complessi ed onerosi contenziosi legali.

Con riferimento situazione all'acquisto dei dispositivi medici non è ancora stata definita la modalità di ripiano per gli anni 2019 – 2025. Pertanto, è necessario un immediato riavvio del Tavolo di lavoro sul payback dei dispositivi medici con l'obiettivo di trovare soluzioni alle criticità esistenti per il periodo 2019-2025, con interventi finanziari già a partire dal 2026 e con l'impegno a definire contestualmente una nuova governance del settore che consenta di superare l'attuale sistema del payback.

Al riguardo, si evidenzia che la Legge di bilancio per l'anno 2026 (Legge 199/2025, art. 1, c. 399), a decorrere dall'anno 2026, ha rideterminato nella misura del 4,6%, il tetto di spesa nazionale per l'acquisto di dispositivi medici di cui all'articolo 9-ter, comma 1, lettera b), del decreto-legge 19 giugno 2015, n. 78. L'incremento del tetto di spesa di 0,2% comporterà la riduzione del payback, ossia della quota di ripiano del superamento del tetto di spesa a carico delle aziende produttrici, con un maggiore onere a carico del Servizio Sanitario Nazionale.

Con riferimento alla **mobilità sanitaria**, è opportuno premettere che tratta di una tematica complessa che non può essere ricondotta a una semplice analisi economica o geografica; la comprensione della mobilità richiede un approccio che tenga conto dei molteplici fattori che possono influenzare la scelta dei cittadini di spostarsi in altre regioni per ricevere le cure. La scelta dei cittadini di affidarsi anche a strutture collocate in altre Regioni è un diritto ma occorre evitare che questo diritto si trasformi in una esigenza: la mobilità sanitaria è condivisibile qualora l'assistenza richiesta riguardi prestazioni di alta complessità e qualificazione erogate da strutture sanitarie o da IRCCS di eccellenza o di rilievo nazionale o sovregionale, mentre dovrebbe essere limitata qualora riguardi prestazioni di bassa complessità per stabilire il diritto del cittadino a ricevere le prestazioni sanitarie di prossimità, evitando onerosi spostamento verso altre regioni. Nell'ultimo decennio i saldi di mobilità sanitaria confermano la grande attrattività delle Regioni del Centro Nord (in primis Lombardia, Emilia-Romagna, Veneto, Toscana) verso i cittadini delle Regioni del Centro Sud (in primis Calabria,

Campania, Puglia, Sicilia, Abruzzo). L'incidenza della mobilità sanitaria sui bilanci regionali è riscontrabile in sede di riparto annuale del fabbisogno sanitario e delle disponibilità finanziarie per il Servizio sanitario nazionale: il riparto dell'anno 2025, ha considerato, tra l'altro, la mobilità sanitaria relativa al 2024 che è stata quantificata in circa 4,7 miliardi.

L'esigibilità del diritto alla tutela della salute richiede un intervento strutturale per evitare lo spostamento di migliaia di pazienti. Strumenti utili possono essere il controllo sull'appropriatezza delle prestazioni ed il ricorso agli Accordi regionali bilaterali per regolamentare la mobilità sanitaria e per cercare di circoscriverla alle prestazioni appropriate e di alta specialità. Sono comunque necessarie delle politiche di riequilibrio territoriale ed investimenti straordinari sull'organizzazione, sulle infrastrutture e le tecnologie, sul capitale umano al fine di perseguire la prossimità di strutture sanitarie qualificate ed affidabili, partendo dagli investimenti strutturali e tecnologici realizzati attraverso le risorse del PNRR.

Si evidenzia la necessità di promuovere un processo di **semplificazione delle procedure inerenti i finanziamenti ex art. 20 della legge 67/1988** che presentano delle criticità riconducibili alla complessità ed alla durata delle procedure stesse che non consentono un agevole e tempestivo impiego delle risorse pubbliche rese disponibili, le quali rimangono per lungo tempo immobilizzate con evidenti riflessi negativi sulla gestione finanziaria e contabile della Regione e dell'intero Servizio Sanitario Regionale. In alcune situazioni, la lunghezza dell'iter procedurale comporta un parziale superamento della programmazione degli investimenti, con l'aumento dei costi degli interventi e/o l'emergere di nuovi/diversi fabbisogni che richiedono la variazione degli interventi stessi e, quindi, la conseguente necessità di procedere a rimodulazioni dell'Accordo per aggiornarne i contenuti, nonché a revoche di interventi già approvati e relativa richiesta di sostituzione con nuovi interventi. Si ritiene necessaria una semplificazione procedurale da attuarsi mediante la revisione dell'Accordo tra il Governo, le Regioni e le Province Autonome di Trento e Bolzano sulla semplificazione delle procedure per l'attivazione dei programmi di investimento in sanità, sancito in sede di Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano in data 19 dicembre 2002 e integrato nel 2008.

Le Regioni e le Province Autonome hanno assicurato la piena collaborazione nel percorso di definizione delle **tariffe dell'assistenza specialistica ambulatoriale e protesica** consapevoli della necessità di aggiornare i vecchi nomenclatori tariffari risalenti all'anno 2017 e di consentire l'entrata in vigore dei nuovi livelli essenziali di assistenza in modo uniforme su tutto il territorio nazionale, superando le differenze interregionali che si sono consolidate nel tempo, a partire dalle Regioni in Piano di rientro dal deficit sanitario. Al momento, il Decreto Interministeriale 25 novembre 2025 di definizione delle tariffe relative all'assistenza specialistica ambulatoriale e protesica è stato annullato con efficacia differita dal Tar Lazio che ha rilevato, tra l'altro, la carenza istruttoria e la mancata rilevazione aggiornata dei costi. Si evidenzia l'esigenza di arrivare ad una tempestiva definizione delle nuove tariffe dell'assistenza specialistica ambulatoriale per evitare la decadenza delle nuove prestazioni introdotte nei nomenclatori nazionali e quindi ricomprese nei Livelli Essenziali di Assistenza.

In conclusione, si ritiene che l'attuazione dei livelli essenziali di assistenza e l'erogazione delle prestazioni sanitarie necessiti della disponibilità di maggiori risorse finanziarie e di personale per completare il potenziamento, l'ammodernamento e l'efficientamento del Servizio Sanitario Nazionale realizzato nell'ambito del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR), per raggiungere una maggiore equità territoriale e sociale per l'accesso alle prestazioni sanitarie, per perseguire un maggiore equilibrio tra spesa pubblica e privata, per contenere i tempi di attesa nell'erogazione di prestazioni sanitarie appropriate, per adeguare le prestazioni sanitarie ai nuovi ed ulteriori bisogni assistenziali indotti dal continuo cambiamento demografico, per investire nella ricerca e nell'innovazione delle cure.

La programmazione sanitaria delle Regioni e delle Province Autonome deve avere come riferimento un quadro finanziario nazionale certo e pluriennale, che consenta di investire nella qualità e nell'innovazione delle prestazioni sanitarie, nel capitale umano quale elemento prioritario per il sistema sanitario, nel miglioramento dell'equità di accesso alle prestazioni, e di confermare la vocazione pubblica ed universale del Sistema Sanitario Nazionale, in un contesto di sostenibilità economico-finanziaria.

Approfondimento valutativo del Coordinamento dell'Area Assistenza Territoriale della Commissione Salute

L'attuazione uniforme dei Livelli Essenziali di Assistenza costituisce, allo stato attuale, una condizione necessaria di tenuta del Servizio sanitario nazionale. Essa non può essere ricondotta esclusivamente alla definizione di standard normativi o alla realizzazione di infrastrutture, ma deve essere valutata in relazione alla concreta capacità dei sistemi sanitari regionali di assicurare dotazioni professionali adeguate, assetti organizzativi efficaci, finanziamento stabile ed adeguato al fabbisogno di salute della popolazione, integrazione sociosanitaria e continuità della presa in carico dei cittadini.

Il Servizio sanitario nazionale, istituito con legge n. 833 del 1978, si fonda sui principi di universalità, uguaglianza ed equità nell'accesso alle prestazioni sanitarie. Tali principi conservano piena attualità, ma impongono oggi una verifica sostanziale della capacità dei diversi territori di garantire, secondo criteri omogenei e misurabili, l'effettiva esigibilità del diritto alla salute.

È noto a tutti che il contesto nazionale è caratterizzato da rilevanti differenziazioni demografiche, sociali e orografiche, che incidono in modo significativo sull'organizzazione dei servizi sanitari regionali. Densità abitativa, invecchiamento della popolazione, presenza di aree interne, montane e insulari, tempi di accesso ai presidi ospedalieri e territoriali, disponibilità di professionisti e distribuzione delle strutture costituiscono variabili determinanti nella programmazione dell'offerta assistenziale. Tali fattori possono generare condizioni di difficoltà nell'accesso alle cure, nella gestione dell'emergenza-urgenza e nella continuità assistenziale, rendendo necessario un equilibrio strutturato tra uniformità degli standard nazionali e adattamento organizzativo ai fabbisogni specifici dei territori.

In tale quadro si colloca il PNRR, Missione 6, Salute, orientato al rafforzamento dell'assistenza territoriale mediante l'ulteriore rafforzamento dell'Assistenza Domiciliare Integrata, la realizzazione delle Case della Comunità e degli Ospedali di Comunità, l'attivazione delle Centrali Operative Territoriali, il potenziamento della telemedicina e una più strutturata presa in carico della cronicità. Tali interventi hanno sollecitato le Regioni a investire nella riorganizzazione dei servizi di prossimità, ma hanno al contempo evidenziato criticità attuative connesse alla disomogeneità territoriale, alla non piena operatività delle strutture, all'incompleta integrazione sociosanitaria e, soprattutto, alla carenza di professionisti di tutte le tipologie.

La principale criticità per le Regioni non attiene, pertanto, alla sola realizzazione fisica delle strutture previste dal PNRR, bensì alla loro effettiva capacità di operare come presidi integrati, accessibili e continuativi. In questa prospettiva, la carenza di personale sanitario e sociosanitario, le difficoltà di reclutamento, l'incremento della domanda assistenziale e l'aumento dei costi di produzione dei servizi determinano una pressione crescente sui sistemi sanitari regionali. La piena attuazione dei

LEA e delle riforme territoriali presuppone, conseguentemente, risorse finanziarie adeguate, stabili e coerenti con gli obiettivi assegnati al Servizio sanitario nazionale.

La disponibilità di professionisti dell'assistenza primaria rappresenta uno dei principali presupposti funzionali per l'effettiva erogazione dei LEA territoriali, per il funzionamento delle Case della Comunità e degli Ospedali di Comunità e per il conseguimento degli obiettivi di prossimità e continuità assistenziale previsti dalla riforma. Per esempio, il monitoraggio AGENAS sul DM 77/2022, relativo al secondo semestre 2025, evidenzia che lo stato di attivazione delle Case della Comunità, delle Centrali Operative Territoriali e degli Ospedali di Comunità deve essere valutato non solo in termini di realizzazione fisica, ma anche con riferimento ai servizi effettivamente erogati, agli standard organizzativi e alla disponibilità del personale necessario a garantirne la piena operatività.

Secondo le analisi della Fondazione GIMBE, diffuse nel rapporto sulla carenza dei medici di medicina generale aggiornato al 1° gennaio 2025, si stima una carenza nazionale di circa 5.716 medici di medicina generale, con maggiori criticità nelle Regioni più popolate e con il rischio di ulteriore aggravamento in ragione degli oltre 8.180 pensionamenti previsti entro il 2028. Anche per i pediatri di libera scelta si registra una carenza stimata in circa 502 professionisti, prevalentemente concentrata nelle Regioni del Nord. Ulteriori criticità riguardano gli infermieri di famiglia e comunità, figura centrale nell'attuazione del DM 77/2022.

In tale contesto occorre citare, altresì, il sub investimento M6C1 I1.2.1 – “Assistenza domiciliare” del PNRR, Missione 6 INVESTIMENTO - M6C1 I1.2 - Casa come primo luogo di cura e telemedicina. Per potenziare, infatti, l'assistenza domiciliare degli anziani sono state investite nel periodo 2022-2025 risorse PNRR per circa 3 miliardi. Nell'ultimo anno il finanziamento dedicato è stato pari a 1,18 miliardi di PNRR.

Tale programma si è esaurito a fine 2025. Fatta salva l'erogazione di risorse residue PNRR per il solo 2026 di circa 250 mln non è stata assicurata continuità di finanziamenti per il futuro. Il sub investimento PNRR aveva consentito lo sviluppo dell'ADI, potenziando soprattutto i territori maggiormente in ritardo. Grazie a questi finanziamenti nel 2025 tutte le Regioni sono riuscite a garantire lo standard nazionale di servire con l'ADI almeno il 10% dei propri over 65. Le Regioni grazie alle risorse PNRR hanno intrapreso diverse azioni (finanziamento interventi domiciliari dei MMG, assunzioni di personale, acquisto di prestazioni, accordi contrattuali per acquisto da erogatori privati accreditati, acquisto di beni e servizi per le cure domiciliari). Oggi c'è forte preoccupazione per la sostenibilità futura di tali azioni che dovrebbero costituire un pilastro della nuova sanità territoriale.

Alla luce di tali elementi, l'attuazione dei LEA deve essere considerata quale obiettivo sostanziale e non meramente formale. Le Regioni e le Province autonome assicurano l'erogazione delle prestazioni mediante modelli organizzativi differenziati, ma all'interno di un quadro nazionale che deve garantire comparabilità, equità e misurabilità degli esiti. Le principali condizioni abilitanti riguardano il finanziamento stabile e adeguato dei LEA, la piena operatività della riforma territoriale, l'adeguata applicazione del DM 77/2022, il reclutamento e la valorizzazione del personale, l'innovazione digitale omogenea e il coinvolgimento strutturato delle autonomie territoriali nella definizione delle politiche sanitarie nazionali.

Il Rapporto OASI 2024, elaborato dal CERGAS SDA Bocconi, evidenzia, in tale prospettiva, che la sostenibilità del SSN dipende non soltanto dalla disponibilità di nuove strutture, ma soprattutto dalla presenza di professionisti, dalla capacità organizzativa dei servizi territoriali e dal coordinamento tra offerta pubblica e privata. Il Rapporto richiama inoltre il crescente divario tra bisogni di salute e

capacità di risposta del sistema, segnalando la necessità di intervenire su priorità di accesso, modelli organizzativi e criteri di allocazione delle risorse.

Il Nuovo Sistema di Garanzia conferma che, pur in presenza di alcuni miglioramenti complessivi, permangono disuguaglianze territoriali idonee a incidere sull'effettiva esigibilità del diritto alla salute. Le criticità si concentrano, in particolare, nell'area dell'assistenza territoriale, proprio nella fase in cui le misure del PNRR e il DM 77/2022 richiedono una più robusta capacità di presa in carico, integrazione dei servizi e continuità assistenziale.

Le criticità richiamate evidenziano una crescente difficoltà del SSN e dei sistemi sanitari regionali nel fornire risposte tempestive e appropriate alla domanda di salute. La ridotta capacità produttiva del settore pubblico, riconducibile anche alla carenza di medici, infermieri e altri professionisti sanitari, può determinare un maggiore ricorso improprio all'offerta privata e un incremento della spesa sanitaria direttamente sostenuta dai cittadini. Quando i tempi di attesa risultano non compatibili con i bisogni assistenziali, l'accesso alle prestazioni rischia di dipendere in misura crescente dalla capacità economica individuale, con un possibile ampliamento delle disuguaglianze sociali e territoriali e, nelle situazioni di maggiore vulnerabilità, della rinuncia alle cure. In tale contesto resta centrale il ruolo del sistema pubblico nelle funzioni di programmazione, regolazione e governo, nonché nella presa in carico dei casi complessi, nell'emergenza-urgenza e nella continuità assistenziale.

Nell'ambito di tale sistema, le Regioni perseguono il miglioramento dell'accesso alle prestazioni specialistiche attraverso una strategia integrata, fondata sull'attuazione del nuovo PNGLA, sul pieno sviluppo della Piattaforma Nazionale Liste d'Attesa, sul rafforzamento dell'appropriatezza prescrittiva, sullo sviluppo di modelli organizzativi territoriali integrati e sulla valorizzazione dei percorsi di presa in carico.

La questione delle liste d'attesa viene quindi affrontata non soltanto come tema di capacità produttiva, ma come componente di un più ampio governo dell'accesso ai servizi sanitari. In tale prospettiva, appropriatezza, tempestività, equità e continuità assistenziale rappresentano dimensioni tra loro strettamente integrate e fondamentali per garantire l'effettiva attuazione dei LEA sull'intero territorio nazionale.

In materia di sostenibilità finanziaria, il Rapporto OASI 2024 evidenzia che, per allinearsi ai livelli di finanziamento dei principali sistemi sanitari europei, sarebbero necessari circa 40 miliardi di euro aggiuntivi. La spesa sanitaria pubblica italiana si attesta intorno al 6,3% del PIL, valore inferiore rispetto ai principali Paesi europei, quali Francia, Germania e Regno Unito, che registrano livelli compresi indicativamente tra il 9% e l'11% del PIL. Tale evidenza è coerente con le analisi comparative richiamate dal Rapporto OASI, che collocano il SSN italiano tra i sistemi pubblici meno finanziati nel confronto europeo, in un contesto demografico caratterizzato da elevato invecchiamento della popolazione e crescita della domanda assistenziale.

A tali elementi si aggiunge la pressione derivante dall'invecchiamento della popolazione e dall'aumento della prevalenza delle patologie croniche. Secondo le evidenze riportate dal Rapporto OASI 2024, le persone con patologie croniche rappresentano circa il 41% della popolazione residente, mentre gli anziani non autosufficienti sono stimati in circa 4 milioni. Ne consegue una domanda crescente di assistenza territoriale, domiciliare e sociosanitaria, che rende il rafforzamento della prossimità assistenziale una condizione imprescindibile per la sostenibilità complessiva del sistema.

Occorre garantire un adeguamento stabile del finanziamento del SSN e dei LEA, rafforzare le politiche di reclutamento e valorizzazione del personale sanitario e sociosanitario, assicurare la piena

operatività delle strutture territoriali previste dal PNRR, consolidare l'integrazione tra assistenza sanitaria, sociosanitaria e sociale, ridurre i divari territoriali mediante strumenti di monitoraggio, accompagnamento e perequazione, governare il rapporto pubblico-privato in funzione dell'equità di accesso e promuovere l'innovazione digitale quale leva di omogeneizzazione, evitando che essa si traduca in un ulteriore fattore di differenziazione.

La Corte dei conti, nella Relazione al Parlamento sulla gestione dei Servizi sanitari regionali, ha confermato la persistenza di significative disuguaglianze nell'erogazione dei LEA e di un rilevante disallineamento tra aree del Paese, evidenziando come la mobilità sanitaria interregionale continui a rappresentare un indicatore della diversa attrattività e capacità produttiva dei sistemi sanitari regionali.

La stessa Corte dei conti, nella relazione sulla gestione finanziaria 2022-2023 dei Servizi sanitari regionali, ha evidenziato che gli effetti negativi della pandemia sull'erogazione delle prestazioni non risultavano ancora pienamente riassorbiti e che, in molte Regioni, i volumi di attività del 2022 non avevano recuperato i livelli del 2019. Tale situazione ha contribuito ad aggravare il ricorso alla spesa privata e la rinuncia alle cure, fenomeni strettamente correlati ai tempi di attesa.

Il passaggio decisivo consiste nel superamento di una logica prevalentemente centrata su strutture e adempimenti formali, orientando programmazione, finanziamento e monitoraggio alla capacità effettiva di garantire LEA, presa in carico, tempestività, qualità ed equità. Solo mediante tale impostazione sarà possibile coniugare standard nazionali uniformi, autonomia organizzativa regionale e concreta esigibilità del diritto alla salute.

Approfondimento valutativo del Coordinamento dell'Area Assistenza Ospedaliera della Commissione Salute

Premessa

L'assetto della rete ospedaliera costituisce uno degli elementi fondamentali per garantire l'effettività del diritto alla salute sancito dall'articolo 32 della Costituzione e per assicurare l'erogazione uniforme dei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA) sull'intero territorio nazionale.

Il Decreto Ministeriale 2 aprile 2015, n. 70 (DM 70/2015) ha rappresentato una delle più importanti riforme della programmazione ospedaliera degli ultimi decenni, introducendo criteri omogenei per la classificazione delle strutture, per la definizione degli standard quantitativi e qualitativi e per lo sviluppo delle reti cliniche.

A distanza di oltre dieci anni, il quadro di riferimento è profondamente mutato.

L'invecchiamento della popolazione, l'incremento delle patologie croniche e della multimorbidità, l'esperienza maturata durante la pandemia da COVID-19, la progressiva carenza di professionisti sanitari, l'evoluzione delle tecnologie digitali e l'attuazione della Missione 6 del PNRR rendono oggi necessario aggiornare gli strumenti di programmazione, mantenendo fermi i principi ispiratori del DM 70/2015 ma adeguandoli alle mutate esigenze assistenziali.

La riflessione sulla rete ospedaliera non può pertanto limitarsi alla dimensione strutturale o quantitativa, ma deve riguardare l'intero modello organizzativo del Servizio sanitario nazionale.

1. Dieci anni dal DM 70/2015: risultati conseguiti e nuove sfide della rete ospedaliera

Il DM 70/2015 aveva una duplice finalità: da un lato superare la frammentazione dell'offerta ospedaliera, promuovendo modelli organizzativi fondati sulla concentrazione delle attività ad elevata complessità e sulla qualificazione delle strutture; dall'altro garantire una maggiore uniformità nell'erogazione dei LEA, attraverso criteri programmatori condivisi sull'intero territorio nazionale.

La diffusione del modello **Hub & Spoke**, il consolidamento delle **reti cliniche tempo-dipendenti**, la definizione di **standard minimi di attività**, l'introduzione di criteri uniformi per la classificazione delle strutture ospedaliere e il progressivo sviluppo di sistemi di monitoraggio degli esiti hanno prodotto risultati significativi, contribuendo a migliorare la qualità dell'assistenza e la sicurezza delle cure, oltre che l'appropriatezza organizzativa e clinica.

Parallelamente, il sistema di valutazione delle performance si è progressivamente evoluto grazie all'introduzione del **Nuovo Sistema di Garanzia (NSG)**, al consolidamento del **Programma Nazionale Esiti (PNE)** e allo sviluppo di sistemi regionali di monitoraggio che consentono oggi una valutazione più completa della qualità dell'assistenza, non limitata ai soli volumi di attività ma estesa agli esiti clinici, all'appropriatezza e alla sicurezza delle cure.

Tuttavia, il contesto nel quale il DM 70/2015 è stato elaborato risulta profondamente diverso da quello attuale. Negli ultimi dieci anni il Servizio sanitario nazionale è stato interessato da trasformazioni strutturali che hanno modificato profondamente il quadro di riferimento della programmazione sanitaria.

L'invecchiamento progressivo della popolazione e il conseguente incremento della prevalenza delle patologie croniche e della multimorbilità hanno determinato una domanda assistenziale caratterizzata da una crescente complessità clinica, che richiede percorsi integrati tra ospedale e territorio piuttosto che una risposta esclusivamente ospedaliera.

La pandemia da **COVID-19** ha evidenziato l'importanza di disporre di reti ospedaliere resilienti, integrate con il sistema dell'emergenza-urgenza e con l'assistenza territoriale, dimostrando come la capacità di risposta del sistema dipenda non soltanto dalla disponibilità di posti letto, ma dalla **flessibilità organizzativa**, dalla rapidità di riconversione delle strutture, dall'integrazione tra i diversi livelli assistenziali e dalla disponibilità di personale adeguatamente formato.

Contestualmente, la crescente **carenza di professionisti sanitari**, che interessa in misura particolare alcune discipline strategiche quali anestesia e rianimazione, medicina d'emergenza-urgenza, radiologia, chirurgia generale e numerose professioni sanitarie, rappresenta oggi uno dei principali fattori limitanti per la piena attuazione degli standard organizzativi previsti dal DM 70/2015.

A tali elementi si aggiunge la profonda evoluzione tecnologica intervenuta nell'ultimo decennio. Lo sviluppo della telemedicina, dei sistemi di teleconsulto, della diagnostica avanzata, dell'intelligenza artificiale e della digitalizzazione dei percorsi assistenziali rende oggi possibile una diversa organizzazione delle reti cliniche, fondata sulla condivisione delle competenze e delle informazioni **piuttosto che sulla sola prossimità fisica delle strutture**.

In questo scenario si inseriscono gli investimenti previsti dalla **Missione 6 del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza**, che stanno ridisegnando l'assistenza territoriale attraverso Case della Comunità, Ospedali di Comunità, Centrali Operative Territoriali e rafforzamento dell'assistenza domiciliare. Tali interventi costituiscono una straordinaria opportunità di riequilibrio del sistema, ma potranno produrre effetti duraturi solo se accompagnati da una contestuale evoluzione della rete ospedaliera e da una piena integrazione tra i diversi livelli assistenziali.

Alla luce di tali trasformazioni, appare opportuno avviare una riflessione sull'evoluzione della programmazione ospedaliera nazionale.

L'obiettivo **non dovrebbe essere quello di superare l'impianto del DM 70/2015**, che conserva ancora oggi la propria validità nei principi fondamentali, bensì quello di aggiornarne alcuni strumenti applicativi alla luce dell'esperienza maturata, delle evidenze disponibili e delle profonde trasformazioni intervenute nel Servizio sanitario nazionale.

La sfida dei prossimi anni non consiste infatti nel ridefinire esclusivamente il numero delle strutture o dei posti letto, ma nel progettare una rete ospedaliera capace di garantire qualità, sicurezza, appropriatezza, sostenibilità ed equità di accesso, valorizzando le reti cliniche, l'innovazione tecnologica, l'integrazione con il territorio e la centralità delle competenze professionali.

La rete ospedaliera quale garanzia dei LEA

L'ospedale rappresenta soltanto uno degli elementi del percorso assistenziale. La capacità di garantire i LEA non dipende dal numero delle strutture o dei posti letto, bensì dall'effettiva integrazione tra:

- assistenza territoriale;
- rete ospedaliera;
- reti cliniche;
- emergenza-urgenza;
- riabilitazione;
- assistenza domiciliare.

La qualità dell'assistenza è oggi determinata dalla continuità del percorso di cura piuttosto che dalla singola prestazione.

Per questo motivo la rete ospedaliera deve essere considerata parte integrante di una rete assistenziale complessiva e non un sistema separato.

La necessità di una maggiore flessibilità programmatica

Uno degli aspetti maggiormente emersi nell'applicazione del DM 70/2015 riguarda la rigidità di alcuni standard. Le Regioni presentano **caratteristiche profondamente differenti** sotto il profilo geografico, orografico, demografico, epidemiologico e infrastrutturale.

La mera applicazione uniforme di standard quantitativi rischia, in alcuni contesti, di produrre effetti contrari agli obiettivi di equità.

Sarebbe pertanto opportuno mantenere standard nazionali uniformi introducendo, tuttavia, una quota di flessibilità programmatica che consenta alle Regioni di motivare specifiche deroghe sulla base di criteri oggettivi, quali:

- demografia e stato della salute della popolazione assistita;
- stato dell'arte delle strutture;
- tempi di percorrenza;
- dispersione abitativa;
- caratteristiche montane o insulari;
- bacino turistico;
- aree interne;
- geografia dei servizi sanitari di confine.

Una tale impostazione consentirebbe di garantire uniformità dei principi e, al tempo stesso, maggiore appropriatezza organizzativa.

Le reti cliniche: la vera evoluzione del sistema ospedaliero

Negli ultimi anni l'elemento maggiormente innovativo non è stato rappresentato dalla classificazione degli ospedali, quanto piuttosto dallo sviluppo delle reti cliniche.

Le reti tempo-dipendenti hanno dimostrato come sia possibile garantire contemporaneamente:

- elevati livelli di qualità;
- prossimità delle cure ed equità di accesso;
- sicurezza del paziente e standardizzazione dei processi;
- continuità tra ospedale e territorio,
- concentrazione delle competenze;
- innovazione tecnologica appropriata per setting assistenziale;
- sostenibilità economica

Le esperienze maturate nelle reti ictus, infarto miocardico, trauma maggiore, emergenza pediatrica, oncologica, neonatologica, trapianti, dimostrano che il valore non risiede nella singola struttura ma nell'organizzazione del percorso assistenziale.

Occorre pertanto che la futura programmazione valorizzi le reti quale elemento strutturale della programmazione nazionale.

La qualità delle cure: dagli standard agli esiti

Negli ultimi anni il sistema di monitoraggio si è profondamente evoluto. Oggi il SSN dispone già di numerosi strumenti di valutazione:

- Nuovo Sistema di Garanzia;
- Programma Nazionale Esiti;
- monitoraggi LEA;
- sistemi regionali;
- indicatori Agenas.

Più che introdurre nuovi sistemi di monitoraggio appare necessario **integrare e armonizzare** quelli esistenti e utilizzarli come strumenti di governo.

La programmazione della rete dovrebbe progressivamente orientarsi agli esiti clinici, alla qualità, alla sicurezza e all'appropriatezza.

Gli indicatori di volume dovrebbero rappresentare uno degli elementi della valutazione e non l'unico parametro programmatico.

Va inoltre monitorato in modo specifico l'effetto che lo sviluppo delle attività e delle strutture territoriali avrà sulla pressione che i bisogni sanitari esercitano sugli ospedali.

PROPOSTE

- **Aggiornare il DM 70/2015**, preservandone l'impianto generale e i principi ispiratori, adeguandolo all'evoluzione epidemiologica, demografica, organizzativa e tecnologica del Servizio sanitario nazionale, in stretta integrazione con il DM 77/2022.
- **Introdurre margini di flessibilità programmatica**, consentendo alle Regioni di modulare alcuni standard sulla base di criteri oggettivi (orografia, aree interne, tempi di percorrenza, densità abitativa e caratteristiche epidemiologiche), nel rispetto degli standard nazionali.
- **Riconoscere le reti cliniche come elemento strutturale della programmazione sanitaria**, definendone modelli organizzativi omogenei, requisiti di funzionamento e strumenti di monitoraggio, anche attraverso la telemedicina e il teleconsulto.
- **Orientare la programmazione verso gli esiti di salute, la qualità e l'appropriatezza**, valorizzando, **integrando e armonizzando** tra loro gli strumenti di monitoraggio già esistenti (NSG, PNE e sistemi regionali), evitando così la duplicazione degli indicatori e sviluppando il monitoraggio degli effetti dello sviluppo del sistema territoriale sulle attività ospedaliere.
- Uniformare le regole di codifica a livello nazionale superando linee guida regionali per la corretta codifica delle dimissioni ospedaliere.
- **Integrare la programmazione ospedaliera con quella del personale sanitario**, superando i vincoli che limitano il reclutamento e prevedendo una pianificazione nazionale coerente con i reali fabbisogni assistenziali.

2. Personale: il principale fattore limitante

La maggiore criticità dell'attuale rete ospedaliera non riguarda le strutture ma la disponibilità di professionisti, che costituisce il principale fattore limitante nell'applicazione degli standard organizzativi previsti dal DM 70/2015.

È necessario sviluppare una programmazione nazionale del fabbisogno che tenga conto dei pensionamenti, dell'evoluzione epidemiologica, dell'introduzione di nuove tecnologie e delle competenze avanzate delle professioni sanitarie.

La sostenibilità della rete ospedaliera non può più essere valutata esclusivamente in termini di posti letto, ma deve essere strettamente correlata alla disponibilità di professionisti adeguatamente formati.

Parallelamente occorre valorizzare le competenze avanzate delle professioni sanitarie, sviluppando modelli multiprofessionali in grado di garantire continuità assistenziale e migliore utilizzo delle risorse disponibili.

L'attuale sistema sconta la mancanza di una cornice regolatoria nazionale flessibile per la gestione delle risorse umane, a cui si associa la persistenza di vincoli anacronistici ai tetti di spesa per il personale sanitario. Questa rigidità strutturale ha determinato il ricorso sistematico alle esternalizzazioni — attraverso il fenomeno dei cosiddetti "medici gettonisti" o l'affidamento dei

percorsi assistenziali in service — con una conseguente e grave frammentazione della continuità delle cure. A tale quadro si aggiunge il collasso delle turnazioni nei reparti di area critica, laddove l'applicazione rigorosa della Direttiva Europea 2003/88/CE sui tempi di riposo, impattando su organici già profondamente carenti, ha reso difficile la garanzia dei servizi minimi assistenziali.

Relativamente alle professioni sanitarie ed in particolare infermieristiche, le problematiche sono legate alla ingravescente disaffezione osservata negli anni, che ha portato alla mancata saturazione della stragrande maggioranza dell'offerta universitaria: riportare il livello di gradimento ad una compatibilità con le esigenze di sistema, rivedendo i livelli salariali ed affrontando il tema dell'autonomia di queste professioni, rappresenta una sfida ineludibile pena l'impossibilità di garantire un'assistenza qualificata ed idonea ai bisogni della popolazione.

PROPOSTE

- Emanazione di linee guida nazionali sui fabbisogni e contestuale attribuzione di flessibilità applicativa alle Regioni per l'adeguamento dei contratti e delle turnazioni alle realtà territoriali.
- Superamento e revisione profonda del tetto di spesa storico per allineare le capacità di assunzione delle Aziende Sanitarie all'evoluzione epidemiologica della popolazione.
- Contrasto al fenomeno delle cooperative attraverso l'introduzione di indennità di specificità e bonus strutturali per il personale dipendente che opera nei reparti di emergenza-urgenza o nelle sedi periferiche, rendendo il settore pubblico più attrattivo e garantendo il ripristino della continuità assistenziale.
- Attivazione di piani straordinari di reclutamento dedicati alle aree dell'emergenza e della chirurgia per garantire i riposi di legge senza contrarre l'offerta assistenziale.
- Incremento della remunerazione per le professioni sanitarie adeguandole alla media OCSE rispetto agli stipendi medi del paese.
- Predisporre indicazioni sui livelli di autonomia e responsabilità delle professioni sanitarie.

3. Innovazione digitale e interoperabilità

La trasformazione digitale rappresenta una delle principali leve di sviluppo della rete ospedaliera.

L'interoperabilità tra i sistemi informativi costituisce oggi un requisito essenziale per assicurare la continuità assistenziale.

La frammentazione e il deficit di interoperabilità nei sistemi informativi sanitari comporta una mancata condivisione strutturale dei dati clinici tra diverse Aziende Sanitarie. Tale aspetto genera inefficienze con duplicazione inutile di esami diagnostici, rallentamenti critici nei percorsi di presa in carico e una barriera comunicativa tra i professionisti coinvolti nei diversi livelli assistenziali

Inoltre, sebbene il PNRR abbia finanziato massicciamente gli investimenti in conto capitale (infrastrutture digitali e grandi apparecchiature come TAC, RM e Acceleratori Lineari), il sistema sconta l'assenza di adeguate coperture per la spesa corrente e la mancanza di un fondo strutturale statale per la manutenzione ordinaria, straordinaria e il successivo rinnovo tecnologico dei dispositivi al termine del loro ciclo vitale.

PROPOSTE

- Occorre promuovere un **quadro regolatorio e tecnologico nazionale** che imponga il pieno utilizzo condiviso e interaziendale dei sistemi informativi, rimuovendo le attuali criticità interpretative e organizzative in materia di protezione dei dati personali che ostacolano la condivisione delle informazioni cliniche tra i soggetti del SSN. Lo scambio tempestivo delle informazioni cliniche deve diventare strumento ordinario dell'assistenza, garantendo una reale continuità dei processi di cura e il sensibile miglioramento degli outcome di salute dei pazienti. Questi aspetti sono importanti anche per poter utilizzare strumenti di stratificazione del rischio della popolazione che oggi sono citati negli atti di programmazione nazionale ma trovano difficile sviluppo attuativo.
- Istituzione urgente di un **Fondo Strutturale Nazionale dedicato** alla spesa corrente per l'innovazione. È indispensabile garantire risorse certe e stabili per la manutenzione, i contratti di assistenza e l'aggiornamento dei sistemi digitali, così da non vanificare gli standard di interoperabilità raggiunti. Parallelamente, occorre prevedere un piano di ammortamento e obsolescenza programmata per le grandi apparecchiature, assicurando che la qualità e la sicurezza delle tecnologie diagnostiche e terapeutiche pubbliche siano preservate nel tempo.

4. Mobilità sanitaria

La mobilità sanitaria rappresenta un fenomeno da interpretare con attenzione. In particolare, occorre distinguere la mobilità fisiologica verso centri di alta specializzazione, espressione della concentrazione delle competenze e delle tecnologie, dalla mobilità determinata da carenze organizzative o da insufficiente capacità di risposta dei servizi regionali, indicatore di criticità del sistema.

La persistenza di elevati flussi di mobilità sanitaria passiva evitabile, determinata da carenze organizzative e liste d'attesa locali piuttosto che dalla ricerca di cure ad altissima specializzazione. Questo fenomeno genera squilibri nei bilanci regionali e impone un pesante carico economico e logistico alle famiglie, evidenziando una disomogeneità nell'efficienza dei servizi sul territorio nazionale.

PROPOSTE

- Salvaguardare e valorizzare la mobilità verso i centri di alta specializzazione e gli IRCCS, intesi come hub tecnologici e di competenza a servizio dell'intero Paese.
- Attuazione di una strategia di governance e riequilibrio della mobilità, che ne riconosca il valore fisiologico senza imporre blocchi amministrativi o limitazioni alla libera scelta del cittadino. L'obiettivo è rafforzamento dell'offerta regionale, delle reti cliniche, della capacità organizzativa, della disponibilità di personale e della riduzione dei tempi di attesa, senza limitare la libera scelta del cittadino garantendo più risorse sul Fondo Sanitario Nazionale e intervenendo sui tetti di spesa del personale.
- Applicare controlli uniformi a livello nazionale sull'erogazione delle prestazioni ospedaliere.

5. Il rapporto tra ospedale e territorio

L'attuazione del DM 77/2022 e della Missione 6 del PNRR rappresentano una straordinaria opportunità. Tuttavia, il rafforzamento dell'assistenza territoriale non può essere considerato alternativo all'ospedale, ma le due componenti devono essere programmate congiuntamente.

Questa visione distorta ha creato molteplici criticità, infatti una rete territoriale non ancora pienamente sviluppata determina inevitabilmente un incremento della pressione sui Pronto Soccorso e sui reparti ospedalieri.

L'obiettivo deve essere quello di costruire un sistema realmente integrato, nel quale ogni livello assistenziale svolga la funzione più appropriata.

PROPOSTE

- Definire un **quadro normativo unitario** che integri la programmazione ospedaliera (DM 70/2015) e quella territoriale (DM 77/2022), superando l'attuale frammentazione tra i due modelli assistenziali.
- Garantire un **finanziamento strutturale e stabile** per il funzionamento delle Case della Comunità, degli Ospedali di Comunità e delle Centrali Operative Territoriali, assicurando che agli investimenti del PNRR corrispondano adeguate risorse correnti.
- Rivedere i **vincoli nazionali sul personale** sanitario, consentendo alle Regioni una programmazione coerente con i reali fabbisogni assistenziali e con lo sviluppo delle nuove reti territoriali.

Considerazioni Finali

La rete ospedaliera del futuro dovrà evolvere da un modello prevalentemente strutturale a un modello fondato su reti di competenze, percorsi assistenziali integrati, innovazione tecnologica e valutazione degli esiti.

L'obiettivo della programmazione nazionale non dovrebbe essere esclusivamente quello di definire il numero di ospedali o di posti letto, ma quello di garantire, indipendentemente dal luogo di residenza, un accesso tempestivo, appropriato e sicuro ai servizi sanitari, valorizzando le peculiarità territoriali senza rinunciare all'uniformità dei diritti.

Ogni nuovo livello assistenziale, standard organizzativo o adempimento previsto a livello nazionale deve necessariamente essere sia accompagnato da un'adeguata e strutturale copertura finanziaria a valere sul Fondo Sanitario Nazionale, comprensiva delle risorse necessarie per il funzionamento e il personale.

I provvedimenti nazionali che incidono in modo significativo sulla programmazione, sull'organizzazione e sul finanziamento dei servizi sanitari regionali devono essere adottati previa Intesa in Conferenza Stato-Regioni, in coerenza con il principio di leale collaborazione e con il riparto costituzionale delle competenze tra Stato e Regioni.

Sarebbe auspicabile un quadro sinottico complessivo degli atti di programmazione sull'organizzazione e sul finanziamento dei servizi sanitari regionali adottati nell'anno per evidenziare le evoluzioni dettate dalla norma e lo stato di attuazione a livello delle singole Regioni.

L'obiettivo delle proposte è anche quello di migliorare l'efficienza allocativa delle risorse pubbliche, riducendo sprechi, duplicazioni e costi evitabili, così da garantire la sostenibilità economica del Servizio sanitario nazionale nel lungo periodo.

Roma, 23 luglio 2026