

Analisi Integrata – Rapporto GIMBE 2025 sullo Stato del Servizio Sanitario Nazionale

1. Finanziamento pubblico e fabbisogno sanitario

Il finanziamento del Servizio Sanitario Nazionale (SSN) resta strutturalmente insufficiente rispetto all'aumento della domanda di salute, all'invecchiamento della popolazione e ai costi indotti dall'innovazione tecnologica e farmacologica.

Il Fabbisogno Sanitario Nazionale (FSN), pur mostrando un incremento nominale, registra una riduzione reale in rapporto al PIL: dal 6,3% nel 2022 al 6,0% nel 2023, per attestarsi al 6,1% nel biennio 2024–2025.

Le previsioni della Legge di Bilancio 2025 indicano un'ulteriore discesa al 5,9% nel 2027 e al 5,8% nel 2028, mentre il Documento di Programmazione Finanziaria e di Bilancio (DPFP) ipotizza un'incidenza del 6,4% nel 2025 e del 6,5% nel 2026.

Questo scarto tra proiezioni e stanziamenti reali rischia di scaricarsi sui bilanci regionali, con un gap stimato di oltre 13 miliardi di euro nel triennio 2023–2025.

Tra il 2010 e il 2019 i tagli cumulati al SSN hanno superato i 37 miliardi di euro, mentre l'incremento reale del FSN è stato di soli 8,2 miliardi (pari a una crescita media annua dello 0,9%, inferiore all'inflazione).

Nel triennio pandemico 2020–2022 l'aumento di 11,6 miliardi è stato interamente assorbito dai costi energetici e sanitari legati all'emergenza COVID-19.

Dal 2023 al 2025 l'incremento di 11,1 miliardi è stato nuovamente neutralizzato dall'inflazione e dall'aumento dei costi strutturali.

Questi dati confermano che la sanità pubblica continua a essere trattata come una voce di spesa comprimibile e non come un investimento strategico per lo sviluppo economico e la coesione sociale. La riduzione del rapporto FSN/PIL è un segnale politico chiaro di una programmazione sanitaria priva di visione di medio-lungo periodo.

2. Rifinanziamento progressivo del FSN

Per riallineare l'Italia ai livelli medi europei di investimento sanitario, la Fondazione GIMBE propone una strategia pluriennale di rifinanziamento.

Solo un aumento stabile e programmato di almeno **7 miliardi di euro l'anno** consentirebbe di riportare la spesa sanitaria pubblica italiana in linea con la media OCSE in rapporto al PIL.

Gli stanziamenti attuali, nettamente inferiori a questa soglia, non garantiscono la copertura dei costi strutturali né margini per innovazione, formazione o rafforzamento del personale. Senza un piano di finanziamento pluriennale e vincolante, il SSN continuerà a oscillare tra emergenze e tagli lineari, con effetti diretti sulla qualità e sull'equità dei servizi.

Negli ultimi undici anni si stima inoltre una perdita complessiva di **oltre 28 miliardi di euro** destinati al personale sanitario, più della metà dei quali concentrati nel quadriennio 2020–2024: un impoverimento che ha colpito soprattutto medici, infermieri e operatori sanitari.

3. Spesa sanitaria complessiva

Nel 2024 la spesa sanitaria totale ha raggiunto **185,1 miliardi di euro**, di cui:

- **137,5 miliardi (74,3%)** provenienti da risorse pubbliche;
- **47,7 miliardi (25,7%)** da spesa privata, suddivisa in 41,3 miliardi di spesa diretta dei cittadini (out-of-pocket) e 6,4 miliardi intermediata da fondi e assicurazioni sanitarie.

La quota privata è in crescita costante, mentre quella pubblica è stagnante. Questo andamento segnala un progressivo spostamento del peso economico sui cittadini, con il rischio concreto di erosione del principio di universalità del sistema sanitario.

4. Spesa sanitaria pro capite e confronto internazionale

Nel 2024 la spesa sanitaria pubblica italiana rappresenta il 6,3% del PIL, contro una media OCSE del 7,1% e UE del 6,9%.

La spesa pubblica pro capite è pari a **3.835 dollari**, inferiore ai **4.625 dollari OCSE** e ai **4.689 dollari UE**, mentre la spesa privata out-of-pocket è più alta della media (1.152 dollari contro 972).

Questo divario evidenzia due criticità:

1. Un investimento pubblico insufficiente rispetto ai principali Paesi europei;
2. Un onere economico crescente per le famiglie, costrette a finanziare direttamente prestazioni che dovrebbero essere garantite dal SSN.

5. Disuguaglianze territoriali nel riparto del FSN

Il riparto del Fondo Sanitario Nazionale conferma forti squilibri territoriali. Le regioni del Nord ricevono in media risorse pro capite più elevate rispetto a quelle del Mezzogiorno, dove la densità di strutture, personale e servizi resta inferiore. La persistente mobilità sanitaria dal Sud al Nord — oltre **5 miliardi di euro nel 2022** — ne rappresenta la manifestazione più evidente.

Questa condizione genera un sistema sanitario a più velocità, dove la qualità e la tempestività delle prestazioni dipendono ancora dal luogo di residenza. Una dinamica che mina il principio di uguaglianza sostanziale e l'effettiva universalità del diritto alla salute.

6. Rinunce alle prestazioni sanitarie

Nel 2024 circa **5,84 milioni di cittadini (9,9%)** hanno rinunciato a cure o prestazioni sanitarie:

- **3,1 milioni per motivi economici** (+51% rispetto al 2023);
- **4 milioni per liste d'attesa troppo lunghe** (+26%).

Le rinunce alle cure sono ormai un indicatore strutturale di disuguaglianza: chi dispone di risorse si rivolge al privato, chi non può permetterselo rinuncia.

Questo produce una sanità “a selezione economica”, in contraddizione con la natura universalistica del SSN.

7. Personale sanitario: medici in linea con l'Europa, ma fuori dal SSN; infermieri pochi, sottopagati e demotivati

Il personale dipendente del SSN conta **701.170 unità (11,9 per 1.000 abitanti)**. I medici dipendenti sono **109.024 (1,85 per 1.000 abitanti)**, ma in Italia operano complessivamente **5,4 medici per 1.000 abitanti**: un valore superiore alla media OCSE (3,9) e UE (4,1).

Questo significa che **i medici in Italia non mancano, ma mancano nel SSN**.

La stima elaborata sui dati OCSE indica che, a fronte di circa **324.000 medici attivi nel Paese**, solo un terzo lavora nel pubblico.

Circa **215.000 medici** operano nel privato, nella libera professione o con forme di esternalizzazione (cooperative, gettonisti, contratti a tempo determinato o consulenze).

Le cause principali di questa “fuga dal SSN” sono note: **stipendi bassi, turni massacranti, carichi di lavoro insostenibili, mancanza di valorizzazione professionale e di prospettive di carriera**.

Secondo GIMBE, tra gennaio e agosto 2023 la spesa pubblica per **gettonisti** ha raggiunto **476,4**

milioni di euro, raddoppiando in due anni: una distorsione che trasforma la carenza di personale in un costo aggiuntivo.

Anche il numero di **medici di medicina generale** è in forte calo: 37.260 per 51,2 milioni di assistiti, con una carenza stimata di **oltre 5.500 MMG**, mentre l'età media supera i 58 anni. La conseguenza è un aumento del carico di lavoro, con turni straordinari e ore aggiuntive che compromettono la qualità del servizio e la sicurezza degli operatori.

Gli **infermieri**, invece, sono numericamente insufficienti.

Nel SSN se ne contano **277.164 (4,7 per 1.000 abitanti)**; includendo tutte le forme occupazionali si arriva a **6,9 per 1.000**, molto al di sotto della media OCSE (9,5) e UE (8,5).

Il rapporto infermieri/medici è **1,3**, contro il **2,4 OCSE**, penultimo in Europa.

A ciò si aggiunge una **crisi formativa e di attrattività**: solo **17,3 studenti su 100.000 abitanti** conseguono la laurea in infermieristica (contro 45,3 OCSE), e il rapporto **domande/posti nei corsi 2025/26 è sceso a 0,9**.

Molti giovani rinunciano o scelgono l'estero, dove stipendi e riconoscimento professionale sono superiori.

Un sistema sanitario senza infermieri e medici motivati non è sostenibile. Servono **assunzioni stabili, percorsi di carriera chiari, valorizzazione economica e benessere organizzativo** per restituire attrattività e garantire sicurezza.

8. Quadro normativo e giurisprudenziale

La **Corte Costituzionale** ha più volte riaffermato che la **spesa sanitaria pubblica è "costituzionalmente necessaria"**, e non può essere trattata alla stregua delle altre voci di bilancio. Il diritto alla salute, sancito dall'articolo 32 della Costituzione, è un **diritto fondamentale e inviolabile**, e le risorse destinate a garantirlo non possono essere comprese in nome di vincoli finanziari.

Tuttavia, l'assenza di una piena traduzione normativa di questo principio mantiene il sistema in una precarietà strutturale: la salute è un diritto garantito formalmente, ma **non sempre finanziato politicamente**.

9. Politiche e misure sanitarie in corso

Tra gli interventi più rilevanti figurano i **rinnovi contrattuali 2019–2021**, il **Decreto Liste d'Attesa**, il **Decreto Tariffe**, la **riforma delle Professioni Sanitarie** e i **piani per la cronicità e la salute mentale**. Permangono però nodi irrisolti: la riforma della medicina generale, l'abolizione del tetto di spesa sul personale, la revisione della sanità integrativa e l'assenza di un **Piano Sanitario Nazionale aggiornato**.

Il monitoraggio GIMBE mostra ritardi nell'attuazione della Missione Salute del **PNRR**: a metà 2025 solo il **21% delle Case della Comunità** risulta operativo e meno del **5%** dispone di personale completo.

10. Principi fondanti e criticità di sistema

I principi di **universalità, uguaglianza ed equità**, cardine del SSN, risultano oggi compromessi. L'universalità è limitata dal crescente ricorso alla spesa privata; l'uguaglianza è minata dalle disuguaglianze territoriali e di reddito; l'equità è ridotta dal mancato accesso uniforme alle prestazioni.

Il sistema, pur formalmente pubblico, tende a evolversi verso una **segmentazione territoriale e sociale dell'assistenza**, dove la qualità delle cure dipende dal luogo di residenza e dalle risorse individuali.

11. Conclusioni e prospettive

La crisi del SSN è **strutturale, non congiunturale**.

Le sue cause principali sono il sottofinanziamento cronico, la carenza di personale, la perdita di attrattività delle professioni sanitarie, le disuguaglianze territoriali e la frammentazione della governance.

Per salvaguardare il modello universalistico italiano servono cinque assi strategici:

1. Rifinanziamento stabile e pluriennale del FSN;
2. Valorizzazione economica e professionale del personale, in particolare infermieri e operatori sociosanitari;
3. Riforma della governance Stato–Regioni;
4. Piena esigibilità e aggiornamento dei LEA;
5. Regolazione dell'equilibrio pubblico–privato, per evitare derive verso modelli diseguali.

Solo una strategia coerente, sostenuta da **scelte politiche lungimiranti e risorse reali**, potrà restituire al SSN la sua missione originaria: **garantire a tutti i cittadini, indipendentemente dal reddito e dal territorio, il diritto effettivo alla salute**.