Rapporto “Sussidiarietà e… salute”

Check-up di un sistema sanitario al bivio: criticità e riforme per salvare universalismo ed equità

Hanno collaborato accademici e ricercatori di:
BReCHS Bicocca Research Centre in Health Services dell’Università degli Studi di Milano Bicocca, Università **Bocconi**, Università **Brunel University** of London, Istituto per la Finanza e l'Economia Locale (**IFEL**), Università **Ca’ Foscari** Venezia, **University of York**, Università **Cattolica** del Sacro Cuore, Università di **Parma**, Università di **Pavia**, Laboratorio Management e Sanità (**MeS**) dell'Istituto di Management della Scuola Superiore **Sant'Anna** di Pisa, Università di **Verona**.

EXECUTIVE SUMMARY

Indice

- **Il Rapporto “Sussidiarietà e… salute”**
- **Il contesto**
- **Sintesi dei dati e indicazioni**
- **Linee di riforma e proposte di policy**
- **Conclusione**

Il Rapporto "Sussidiarietà e… salute"

Il Rapporto analizza la capacità del Servizio Sanitario Nazionale (SSN) di garantire il diritto alla salute in forma universalistica ed equa in un contesto di forte pressione strutturale.

Propone una ricca analisi di come l'erosione dell'universalismo non avvenga principalmente attraverso l'esclusione formale, ma attraverso la combinazione di queste tre dimensioni:

- **Accessibilità temporale** (tempo di attesa come meccanismo di razionamento implicito)
- **Protezione economica effettiva** (trasferimento del costo dal sistema alle famiglie)
- **Continuità e integrazione della presa in carico** (capacità del sistema di governare percorsi complessi)

Il SSN evolve così verso una forma di universalismo condizionato, in cui diritti formalmente uguali producono esiti sistematicamente diseguali.

Lo studio si inserisce nel dibattito distinguendosi sia dalle letture "neoliberali", sia da quelle "neo-centraliste" e proponendo una visione e una serie di proposte basate sulla cultura della sussidiarietà, sola in grado di creare un equilibrio innovativo e collaborativo tra governance pubblica, autonomie territoriali e partecipazione sociale. Quindi la sussidiarietà è intesa **come criterio dinamico di governo**, non come semplice trasferimento di competenze.

Il contesto

Crisi dell'universalismo e importanza di salvarlo
L'universalismo si sta progressivamente erodendo in modo strisciante e implicito, attraverso meccanismi operativi, organizzativi e finanziari che ne riducono l'effettiva realizzazione. Questa erosione si manifesta: nella crescente difficoltà di accesso alle cure, nell'allungamento dei tempi di attesa, nella rinuncia alle prestazioni sanitarie, nella frammentazione dei percorsi assistenziali, nell'aumento della spesa privata a carico delle famiglie.
La sanità è il servizio pubblico più utilizzato e rilevante per i cittadini. In quanto **bene "meritorio"** non risponde a una logica riconducibile alle dinamiche di mercato. Svolge una funzione redistributiva essenziale, garantendo l'accesso a prestazioni spesso vitali attraverso il finanziamento collettivo, e contribuisce alla riduzione dei rischi sociali e alla promozione dell'eguaglianza delle opportunità. Quando un servizio sanitario fallisce, cresce la sfiducia verso le istituzioni, la disaffezione civica e la percezione di ingiustizia. Un SSN universalistico non è solo salute, ma è **collante sociale**, **volano di sviluppo** e della stessa **democrazia**. Per questo l'universalismo non è un costo da contenere, ma una **infrastruttura sociale essenziale.**
In particolare, l'analisi della giurisprudenza costituzionale – e segnatamente l'elaborazione della nozione di **spesa costituzionalmente necessaria** (sentenza n. 195/2024 della Corte Costituzionale) – consente di precisare la gerarchia tra diritti e vincoli di bilancio: non sono i diritti a doversi adattare automaticamente alle risorse disponibili, ma la finanza pubblica a dover essere funzionale a garantire il diritto fondamentale alla salute.

Nell'attuale contesto di invecchiamento della popolazione, aumento delle malattie croniche, disuguaglianze territoriali e iniquità sociali ed economiche l'obiettivo di salvaguardare i principi di universalismo, uguaglianza ed equità, sanciti dalla Legge n. 833/1978 e tradotti nell'articolo 32 della Costituzione, impone scelte radicali di finanziamento e di revisione dei modelli organizzativi tradizionali.

La salute pubblica non è un mercato

Il Rapporto contribuisce a ridefinire il diritto alla salute come **bene comune da ricostruire** in modo alternativo all'**approccio neoliberale** che lo riduce a una funzione residuale, subordinata alla compatibilità finanziaria e alle dinamiche di mercato e tende a leggere la crisi dei sistemi sanitari universalistici come il risultato di una intrinseca inefficienza del settore pubblico, proponendo soluzioni fondate su: ampliamento della spesa privata e dei meccanismi assicurativi; concorrenza tra erogatori; selettività dell'intervento pubblico limitata ai "più poveri".

Il Rapporto sottolinea come l'implicita trasformazione della sanità, che sta avvenendo, da diritto universale a bene di mercato produce disuguaglianza, insicurezza e sfiducia.

Il Rapporto si dissocia anche da **visioni neo-centraliste**, che considerano, ad esempio, l'universalismo come uniformità amministrativa. La crisi del Servizio Sanitario Nazionale infatti non può essere risolta con la centralizzazione delle funzioni decisionali e gestionali e con la riduzione degli spazi di autonomia e locale.

Pur riconoscendo il ruolo imprescindibile dello Stato, innanzitutto come garante ultimo dei Livelli Essenziali di Assistenza, il Rapporto mostra che la mera centralizzazione non è di per sé garanzia di equità né di qualità, come dimostrano (ad esempio) le esperienze fallimentari di commissariamento statale protratto.

La sussidiarietà come salto di qualità nella regia pubblica e nella collaborazione tra soggetti coinvolti. La risposta alla crisi tra sistema sanitario non riguarda la scelta tra pubblico e privato, ma tra un Paese che garantisca cure per tutti e non solo per chi può permettersele. Dove manca visione e capacità di governo, s'inseriscono logiche di mercato e cresce la disuguaglianza.

La scelta è per una **sussidiarietà autentica**, che individua scelte di bene comune, attraverso:

- regia pubblica (visione, indirizzo, garanzia, valutazione della qualità)
- integrazione tra sanità e sociale
- coinvolgimento del Terzo settore
- servizi territoriali capaci di presa in carico continuativa.

In questa ottica, l'universalismo viene ripensato come:

- universalismo **personalizzato**, capace di rispondere alla complessità dei bisogni;
- universalismo **integrato**, fondato sull'interconnessione tra sanitario, sociosanitario e dimensione comunitaria;
- universalismo **relazionale**, che valorizza il ruolo dei professionisti, la qualità della cura e la fiducia nel sistema di welfare.

In questo quadro, la **sostenibilità non è posta in alternativa ai diritti, ma diventa una questione di governance**, programmazione e uso appropriato delle risorse, coerente con i principi costituzionali e con l'evoluzione dei bisogni di salute.

Il Rapporto chiarisce che la pluralità degli attori non è di per sé una minaccia all'universalismo, purché sia inserita in una autentica cornice di **responsabilità pubblica** e propone un salto di qualità nella funzione statale che deve coordinare, integrare e indirizzare, mantenendo la titolarità

degli obiettivi di salute pubblica. L'universalismo, in questa prospettiva, non coincide con l'omogeneità organizzativa, ma con l'effettiva capacità del sistema di garantire diritti uguali in contesti diversi.
In particolare, il miglioramento della sua azione deve avvenire nel:

- definire regole chiare e orientate all'equità, in particolare definire standard nazionali esigibili (LEA aggiornati, omogenei e finanziati);
- governare i partenariati evitando derive competitive;
- garantire strumenti di monitoraggio e valutazione comparabile;
- intervenire in modo selettivo e temporaneo nei contesti di fallimento locale;
- valorizzare le risorse sociali e comunitarie senza sostituirsi a esse;
- promuovere apprendimento reciproco tra sistemi regionali.

Sintesi dei dati e indicazioni

1. La criticità non riguarda "quanto si vive", ma come e con quali tutele si vive. Universalità ed equità dei servizi erosi nella pratica
La crisi del Servizio Sanitario Nazionale non coincide con un crollo generalizzato degli indicatori medi di salute, bensì con una progressiva incapacità del sistema di garantire il diritto alla salute in modo universale ed equo **nelle pratiche quotidiane di cura e accesso ai servizi.**
A buoni indicatori aggregati corrispondono forti disuguaglianze territoriali, barriere di accesso, ritardi nelle cure, rinuncia alle prestazioni. È ciò che avviene attraverso una serie interconnessa di meccanismi operativi, organizzativi e finanziari che riducono l'effettiva esigibilità dei servizi.
La qualità del sistema sanitario è responsabile solo in parte della salute delle persone, ma è decisiva per **equità e protezione sociale.** Senza universalismo, gli stessi indicatori tendono a divergere rapidamente per classe sociale.

- L'Italia continua a presentare una **speranza di vita alla nascita superiore agli 84,1 anni**, dato che ci colloca all'apice della classifica dell'Unione Europea insieme alla Svezia per longevità[1].
- Ma la **speranza di vita in buona salute** si ferma intorno ai **69,1 anni** (68,5 per i maschi e 69,6 per le femmine), con un decremento rispetto all'anno precedente di circa **1 anno**[2].
- Le differenze territoriali superano i **4–5 anni** tra Nord e Sud.
- **Circa il 40% degli indicatori relativi alla salute** (Goal 3 dell'Agenda 2030) mostra un andamento negativo rispetto all'anno precedente, con peggioramenti che riguardano aspetti di benessere, come sovrappeso infantile, disuguaglianze nell'accesso e debolezza delle misure di prevenzione, che suggeriscono che **la qualità della vita possa subire ulteriori pressioni nei prossimi anni**.
- La **relazione tra salute e titolo di studio** è molto significativa. I tassi di mortalità evitabile per 10.000 residenti sono: 39,6 per chi è privo di titolo di studio o con licenza elementare; 33,5 per chi ha conseguito la licenza media; 26,4 per chi possiede il diploma; 20,3 per coloro che hanno una laurea o un titolo di studio superiore[3].

[1] OCSE (2025), Country Health Profile (dati 2024)
[2] Istat (2024), Benessere Equo e Sostenibile (dati 2023)
[3] Istat (2024), Idem

- **Una quota rilevante della popolazione italiana (fino al 74%)** afferma di aver avuto almeno una volta nella vita esperienze dirette o indirette con **problemi di salute mentale**[4].

2. Accesso alle cure e rinuncia: punto di rottura percepito dai cittadini e indicatori di diseguaglianza

Le liste d'attesa trasformano un diritto formale in **diritto condizionato dal reddito**.
La difficoltà di accesso alle cure è il primo indicatore con cui il Rapporto misura l'erosione dell'universalismo, che **esiste sulla carta ma non nell'esperienza**, con disuguaglianze che si accentuano per reddito, area geografica e profili di bisogno sostanziale.
Secondo i dati disponibili:

- circa **9–10% della popolazione** ha dichiarato di aver **rinunciato o rinviato cure necessarie** per motivi economici, lunghe attese o difficoltà di accesso[5];
- questa quota supera il **20%** tra le fasce socioeconomicamente più svantaggiate;
- intorno al **67–73%** degli italiani segnala criticità legate ai tempi di attesa[6]; il 73% per esami diagnostici, il 67% per le prime visite specialistiche;
- Solo 6 delle 10 visite più comuni vengono effettuate nei tempi. Per gli esami, 8 su 20. I tempi di attesa incompatibili con: diagnosi precoce e continuità terapeutica;
- La copertura dei servizi "core" è formale per il **100%** della popolazione, ma solo circa **48% degli utenti**[7] si dichiara soddisfatto della **disponibilità di servizi di qualità** (contro una media OCSE del 52%[8]);
- Forti differenze regionali su: tempi di attesa, copertura dei LEA (i posti letto per 10.000 abitanti variano da ~33 a ~45), dotazioni di personale e tecnologie.
- Mobilità sanitaria **dal Sud al Nord** del Paese a carico dei cittadini e fa della salute **un diritto che cambia regione per regione**

3. Tagli orizzontali e sistematici, e spesa privata che cresce per necessità, non per scelta

Non siamo di fronte a una crisi improvvisa, ma al risultato di **anni di sotto-finanziamento silenzioso** e di ricorso alla spesa delle famiglie. Questo è il principale indicatore di **rottura dell'universalismo**. Il rischio attuale non è il collasso, ma una **trasformazione irreversibile del modello**. Il trend di strisciante privatizzazione della sanità italiana riguarda sia il maggiore ricorso ai servizi a pagamento (spesa out-of-pocket delle famiglie), sia una presenza più invadente di strutture private (convenzionate o meno) nella fornitura dei servizi sanitari, utilizzate spesso per sopperire alle carenze pubbliche.

- L'Italia spende in sanità circa **il 6,7–6,9% del PIL**, sotto la media dei principali Paesi UE[9].

[4] Censis & Lundbeck Italia (2026), *Salute mentale e salute del cervello nella concezione della salute degli italiani*, Rapporto presentato a Roma il 21 gennaio 2026.
[5] Istat (2025), *Rapporto annuale 2025. La situazione del Paese*, Roma, maggio 2025.
[6] Ipsos (2025), *Priorità e aspettative degli italiani per un nuovo Servizio Sanitario Nazionale*. Presentazione al "Inventing for Life Health Summit", Roma, 5 marzo 2025.
[7] CNEL (2025), *Relazione annuale sui servizi pubblici 2025*. Roma: Consiglio Nazionale dell'Economia e del Lavoro.
[8] OCSE (2025), *Government at a Glance 2025*. Paris: OECD Publishing
[9] OCSE (2024), *Health Statistics 2024 – Health expenditure and financing*, OECD Publishing, Paris.

- Nel decennio **2010–2019** il finanziamento pubblico al SSN ha subito tagli cumulati di circa **37 miliardi di euro**, di cui circa 25 miliardi tra 2010 e 2015 e circa 12 miliardi tra 2015 e 2019[10]. Inoltre, i tagli sono fatti senza tener conto della qualità e dell'equità.
- In Italia il finanziamento pubblico dei servizi sanitari ha coperto circa il 73,9 % della spesa sanitaria totale nel 2019, percentuale lievemente inferiore alla quota mediamente più alta osservata nei paesi OCSE. Il restante 26% circa è coperto da spesa privata (in gran parte pagamenti diretti e assicurazioni volontarie)[11].
- La spesa diretta privata è il 24% di quella sanitaria totale, calcolata in circa 9 miliardi l'anno, 5,4 miliardi per le visite ambulatoriali e 3,2 miliardi per gli esami diagnostici[12].
- Incidenza dell'out-of-pocket tra le più alte in Europa occidentale (ben oltre la media UE di circa il 15%), in costante crescita dal 2010 (escluso periodo del Covid-19)[13].
- Da 12 anni il dato supera il limite stimato tra il 15 e il 20% raccomandato dall'OMS, soglia oltre la quale sono a rischio uguaglianza e accessibilità alle cure[14].
- L'8,6% delle famiglie italiane è costretta ad affrontare spese sanitarie insostenibili, dato che colloca il Paese al nono peggior risultato nell'area OCSE.
- Il carico della spesa sulle famiglie è passato dal 18,6% del 1980 al 25,7% del 2023 (+7,1 %), mentre la quota della produzione sanitaria pubblica sul totale cala di 2,7 punti, passando dal 63,9% nel 1980 al 61,1% nel 2022[15].
- Una **riduzione del 10% della spesa sanitaria** è associata a **44 decessi in più ogni 10.000 pazienti** per alcuni tipi di patologie[16].
- Un **incremento del 10% della spesa** in farmaci e controlli nei mesi precedenti a eventi acuti (come l'infarto) può evitare **fino a 2.500 decessi l'anno**[17].

4. Cronicità e demografia: il cambiamento dei bisogni sanitari, vero stress test del sistema

Il Rapporto evidenzia la **trasformazione strutturale della domanda sanitaria** in Italia, determinata da un doppio fenomeno: **invecchiamento demografico avanzato**, con impatti diretti sulla domanda di servizi sanitari e sociosanitari e **crescita della cronicità e della multimorbilità**, che richiedono percorsi di cura integrati, continui e multidimensionali.

- in Italia circa il **18% degli adulti** tra i 18 e i 69 anni convive con **almeno una patologia cronica**, mentre la prevalenza sale al 57% negli over 65. La **multimorbilità** (due o più condizioni croniche) è rara nelle età più giovani ma riguarda circa **un quarto degli over 65**[18].

[10] Fondazione GIMBE (2019). *Report Osservatorio GIMBE n. 7/2019: Il definanziamento 2010-2019 del Servizio Sanitario Nazionale*. Bologna: Fondazione GIMBE.
[11] OCSE, *Health at a Glance 2025: OECD Indicators*. Paris: OECD Publishing.
Informazioni sulla quota di spesa pubblica/privata e sulla struttura della spesa sanitaria nei paesi OCSE
[12] Cergas-Bocconi (2024), *Rapporto OASI 2024*, Egea, Milano.
[13] Cergas-Bocconi… Idem
[14] OCSE (2025) *Health at a Glance 2025: OECD Indicators*. Paris: OECD
[15] ISTAT (2023), *Conti economici nazionali – Valore aggiunto per attività economica e spesa sanitaria: serie storica 1980-2022*. Roma. Tavole: "Spesa sanitaria totale e com-posizione per fonte di finanziamento (pubblico/privato)" e "Valore aggiunto per attività economica – Servizi sanitari e assistenza sociale. Disponibile su: https://www.istat.it/it/archivio/conti-nazionali.
[16] Moscone F., Tosetti E., Vittadini G. (2025), *The impact of pre-admission care on ho-spital mortality: Results of an instrumental variable analysis from Italy*, in *Health po-licy*, 164:105483, 1-7.
[17] Moscone F…. Idem
[18] Istituto Superiore di Sanità (ISS). *Sorveglianze PASSI e PASSI d'Argento – Condizioni di salute 2023–2024*.

- Secondo le proiezioni, la quota di popolazione **over 65** passerà dal **24,3% nel 2024** al **34,6% entro il 2050**, mentre la percentuale di persone **over 85** raddoppierà, passando dal **3,9% al 7,2%** nel medesimo arco di tempo[19].

La crescente domanda di salute non trova risposte adeguate in un modello organizzativo ancora largamente orientato alla **gestione dell'acuzie e delle prestazioni episodiche**. Chi perde di più sono **anziani, poveri e soli**.

5. Frammentazione tra sanitario e sociosanitario: un moltiplicatore sistemico di disuguaglianze

- In Italia un numero significativo di persone anziane non autosufficienti convive con fragilità multiple: **circa 4 milioni di over-65** non autosufficienti richiedono **supporto assistenziale**; oltre 5,5 milioni di anziani vivono soli, favorendo isolamento sociale; circa il 14% degli over-65 è a rischio di isolamento sociale; e quasi 1 milione di anziani è in povertà assoluta. Queste dimensioni — non autosufficienza, solitudine e condizioni economiche precarie — si intrecciano e richiedono approcci di welfare integrati tra salute, assistenza sociale e politiche di inclusione[20].
- In Italia solo una quota relativamente contenuta degli anziani non autosufficienti riceve servizi pubblici formalmente integrati tra ambito sanitario e sociale. L'**Assistenza Domiciliare Integrata** (ADI) – principale forma di presa in carico integrata – copre circa il **30,6%** delle persone anziane non autosufficienti, mentre gran parte della cura rimane affidata all'assistenza informale e alla spesa familiare[21].
- La copertura ADI mostra una forte variabilità territoriale: in alcune Regioni la quota di anziani assistiti a domicilio è inferiore al **5%**; in altre supera il **20%**, con una media nazionale intorno al **10–11%**[22].
- Le risposte del SSN restano separate per: competenze istituzionali, fonti di finanziamento, criteri di accesso, sistemi informativi.

La mancata integrazione sanitario–sociosanitario rappresenta una delle principali modalità attraverso cui il diritto alla salute viene **implicitamente ridimensionato**: il bisogno è riconosciuto, ma la risposta pubblica resta limitata e affidata per la gran parte al Terzo settore.

6. Mancanza di presa in carico e continuità assistenziale: effetti misurabili sugli esiti

Il Rapporto dedica particolare attenzione all'**assenza di una presa in carico complessiva del paziente** come criterio ordinatore del sistema. Infatti il SSN finanzia e misura prevalentemente le prestazioni; non assume il paziente come unità fondamentale di programmazione; non garantisce continuità nei passaggi tra setting di cura.

---

[19] ISTAT (2025), *Previsioni della popolazione residente e delle famiglie, Base 1/1/2024. Roma.* Disponibile su: https://www.istat.it/wp-content/uploads/2025/07/Report_Popu-lation-and-household-projections_Base-112024.pdf

[20] OECD (2025), Towards a Structured and Systemic Integration of Home Care for the Non-Self-Sufficient in Italy. OECD Publishing (Analisi demografica, limitazioni funzionali e contesto sociale degli anziani non autosufficienti); Melchiorre G., Lamura G. (2024). Frailty, Loneliness and Social Isolation Among Frail Older People Ageing in Place in Italy. Dataset e report (Dati su fragilità, isolamento e supporto sociale nella popolazione anziana); Istituto Superiore di Sanità (ISS) – Sorveglianza PASSI d'Argento: rischio di isolamento sociale negli anziani (14% degli over-65 a rischio di isolamento sociale); ISTAT (2025). Rapporto sulla povertà assoluta in Italia 2024 (Quasi 1 milione di anziani in povertà assoluta); Futuro Prossimo (2026). 5,5 million elderly people live alone in Italy (dati su solitudine cronica tra gli anziani).

[21] Osservatorio Long Term Care – Rapporto 2024; OECD (2025). Towards a Structured and Systemic Integration of Home Care for the Non-Self-Sufficient in Italy.

[22] Ministero della Salute, Dipartimento DPDMF, ex Direzione generale DGPROGS (2025), *Monitoraggio dei LEA attraverso il Nuovo Sistema di Garanzia. Relazione 2023.*

- la stragrande maggioranza delle risorse è allocata tramite criteri basati sulle prestazioni erogate (ad esempio tariffe DRG per ricoveri ospedalieri e nomenclatori tariffari per specialistica);
- una quota molto più limitata è indirizzata a strumenti di finanziamento che premiano l'integrazione dei percorsi assistenziali, la continuità di cura o gli esiti di salute (quali fondi per funzioni assistenziali o criteri perequativi), che restano minoritari rispetto alle risorse legate alla produzione di prestazioni.

Questa impostazione risulta particolarmente problematica per i pazienti cronici e fragili, che attraversano **più setting di cura senza una responsabilità unitaria**. La frammentazione dei percorsi di cura contribuisce inoltre a un uso inefficiente delle risorse, con aumento dei ricoveri impropri e degli accessi ai Pronto Soccorso. La continuità assistenziale non è solo un obiettivo organizzativo, ma un fattore che **determina direttamente la sopravvivenza e la qualità della vita**.

7. Senza personale sanitario l'universalismo è vuoto

Il Rapporto descrive una crisi profonda del personale sanitario, caratterizzata da: fuga dal SSN; invecchiamento della forza lavoro; ricorso a medici "a gettone"; perdita di continuità e qualità.

- **1 medico di medicina generale su 3** andrà in pensione nei prossimi anni. Carenza complessiva stimata di MMG di 5.575 (considerando il rapporto ottimale tra MMG e assistiti di 1 ogni 1200)[23].
- Altra carenza: **emergenza-urgenza**. Solo il 62% del fabbisogno di Dirigenti Medici nei pronto soccorso è coperto da medici dipendenti del SSN (dirigenti medici effettivi). Il 38% rimanente è rappresentato da carenze organiche oppure da figure non strutturate del SSN: medici impiegati tramite altre forme contrattuali (prestazioni aggiuntive) o differenti tipologie di rapporto professionale (ad esempio "a gettone")[24].
- Solo 127.344 medici (1,61 per 1.000 abitanti) lavora negli ospedali e negli ambulatori pubblici[25].
- Carenza degli infermieri è ancora più grave e cronica: 6,9 per 1000 abitanti, oltre il 20% in meno della media europea. Ne mancano oltre 65.000.
- Il ricorso a personale "a gettone" comporta costi fino a **1.000–1.800 euro per turno**, superiori del **30–40%** rispetto al costo del personale strutturato.
- Squilibri territoriali sempre più marcati

Questa situazione incide negativamente su: continuità assistenziale, qualità delle cure, capacità di innovazione organizzativa. Un sistema pubblico indebolito nel personale spinge inevitabilmente verso il privato. Senza professionisti stabili, motivati e valorizzati, nessuna riforma è sostenibile.

8. Prevenzione: un investimento sottodimensionato rispetto ai benefici attesi

Il Rapporto evidenzia un forte squilibrio tra il ruolo strategico attribuito alla prevenzione nei documenti di indirizzo e le risorse effettivamente allocate. In Italia, la spesa per la prevenzione rappresenta **meno del 5% della spesa sanitaria complessiva**, una quota inferiore a quella raccomandata da numerosi organismi internazionali.

Le evidenze disponibili indicano che:

[23] Agenas (2023), *Rapporto sui Medici di medicina generale (MMG)*, in https://www.agenas.gov.it/comunicazione/primo-piano/2250-rapporto-sui-medici-di-medicinage-nerale.

[24] Società Italiana di Medicina d'Emergenza-Urgenza (SIMEU). *Indagine nazionale sul personale medico nei Pronto Soccorso italiani (2024)* — dati presentati durante l'Accademia dei Direttori SIMEU 2025

[25] Centro studi FnomCeO, Antonio Magi, 2024 in Dataroom, Corriere della sera, 8 ottobre 2025

- oltre il **60% delle patologie croniche** è prevenibile o ritardabile attraverso interventi di prevenzione primaria e secondaria;
- ogni euro investito in prevenzione genera ritorni stimati tra **2 e 4 euro**[26] nel medio-lungo periodo, grazie alla riduzione di ricoveri, complicanze e perdita di produttività.

La sottodotazione della prevenzione contribuisce a spiegare il mancato incremento della speranza di vita in buona salute e l'aumento della pressione sui servizi ospedalieri. Dal punto di vista dell'universalismo, essa rappresenta una forma indiretta di diseguaglianza, poiché colpisce maggiormente le fasce di popolazione più esposte ai fattori sociali che determinano la salute.

9. Valutazione e accountability non orientate agli esiti e all'equità

Un ulteriore elemento critico riguarda la funzione di valutazione del sistema sanitario. Il Rapporto rileva che:

- Nel sistema di monitoraggio italiano (e in molte regioni) gran parte degli indicatori sanitari standardizzabili sono tuttora focalizzati su aspetti di processo (attività erogata) e adempimenti amministrativi, come: volumi di prestazioni, tempi di attesa, appropriatezza formale, conformità a standard di processo.
- Indicatori di esito delle cure, equità e continuità assistenziale risultano significativamente minoritari[27].

Questa impostazione limita la capacità del decisore pubblico di:

- individuare le disuguaglianze territoriali,
- valutare l'efficacia delle politiche,
- correggere tempestivamente le inefficienze.

La debolezza della valutazione contribuisce a rendere **invisibile l'erosione dell'universalismo**, che si manifesta più nei percorsi reali dei cittadini che nei dati amministrativi aggregati.
La valutazione deve diventare lo strumento su cui il SSN possa basare le policy con cui migliorare i servizi.

Linee di riforma e proposte di policy

1. Rifondare il SSN sulla presa in carico della persona

Il Rapporto propone di superare la centralità della prestazione come unità fondamentale del sistema. Propone la centralità della presa in carico come criterio centrale di programmazione, finanziamento e valutazione. Ciò implica:

- un consistente incremento della spesa, in particolare per il **finanziamento** di modelli di presa in carico complessiva;
- l'introduzione di **budget di cura** per pazienti cronici e fragili;
- modelli di "**capitation"** (che incentivano prevenzione e presa in carico continuativa) aggiustati per complessità;
- sistemi di valutazione basati sugli **outcome di salute**.

[26] Il dato è una media dei ritorni calcolati in tre diversi studi che si occupano rispettivamente di: vaccinazione, stili di vita sani, screening preventivi. Barbieri M, Boccalini S. Return on Investment (ROI) of Three Vaccination Programmes in Italy: HPV at 12 Years, Herpes Zoster in Adults, and Influenza in the Elderly. Vaccines (MDPI). 2023; 4. Rapporto Osservatorio Valore Sport (2025), European House – Ambrosetti; Masters, R., Anwar, E., Collins, B. et al. (2017). *Return on investment of public health interventions: a systematic review*. *Lancet Public Health*.
[27] OCSE, *Health at a Glance 2023*.

Questa impostazione consente di allineare incentivi, organizzazione e obiettivi di equità.
Non è l'universalismo in sé a essere economicamente insostenibile, bensì ciò che non produce valore in ambito sanitario.

2. Rafforzare strutturalmente l'assistenza territoriale
Le Case della Comunità e gli Ospedali di Comunità devono diventare nodi centrali del sistema, operativi, con équipe multiprofessionali in grado di gestire una percentuale crescente **dei bisogni non acuti**. Nello stesso tempo devono essere moltiplicati e rafforzati i centri di emergenza-urgenza.
Esperienze come le **Botteghe di Comunità della ASL di Salerno**, che coinvolgono **29 Comuni** e oltre **28.000 cittadini**, dimostrano che modelli territoriali integrati possono ridurre accessi impropri e migliorare l'appropriatezza delle cure.

3. Integrare sanitario, sociosanitario e sociale e regolare il privato nell'interesse pubblico
Il Rapporto propone:

- l'istituzione di **cabine di regia distrettuali** obbligatorie tra ASL, Comuni e Terzo settore in tutti i **distretti**;
- una **valutazione unica** per l'accesso a prestazioni sanitarie, sociosanitarie e sociali per **i pazienti fragili**;
- l'integrazione dei flussi finanziari oggi separati;
- migliorare la regolazione del privato accreditato su volumi necessari, valutarlo sugli esiti, orientarlo alla riduzione delle disuguaglianze e dei meccanismi di selezione opportunistica.

Queste misure mirano a ridurre la frammentazione e a rendere il diritto alla salute effettivamente esigibile lungo tutto il percorso di vita.

4. Investire nella prevenzione e in una valutazione orientata agli esiti delle cure
Si propone di:

- aumentare la quota di spesa per prevenzione ai livelli dei maggiori paesi europei;
- finanziare stabilmente la prevenzione anche attraverso accise su prodotti nocivi;
- riequilibrare il sistema di valutazione scegliendo un unico insieme di indicatori capaci di monitorare efficacia degli esiti, efficienza dell'offerta sanitaria, equità e continuità assistenziale in funzione di opportune scelte di policy e spesa sanitaria.

5. Personale sanitario e capacità organizzativa
Il Rapporto indica la necessità di:

- coprire le carenze nel **fabbisogno strutturale di personale, con piani pluriennali di assunzione**;
- riallineare le retribuzioni ai livelli medi UE (incrementi stimati del **10–15%**);
- ridurre il carico burocratico improprio, focalizzando l'attenzione sull'efficacia ed efficienza delle attività svolte
- selezione del management basata su competenze di integrazione e governo della complessità.
- In generale, (valutare che è determinante) mettere al centro(?) la motivazione degli operatori e quindi generare le migliori condizioni possibili perché i processi organizzativi vedano sempre la valorizzazione della professionalità e un costante riferimento ai risultati del lavoro.

Conclusione

Il Rapporto conclude che l'universalismo del diritto alla salute in Italia **non è formalmente in discussione**, ma è esposto a un processo di **erosione silenziosa e crescente**. Senza una riforma strutturale orientata a presa in carico, integrazione, prevenzione e capitale umano, le disuguaglianze territoriali e sociali rischiano di ampliarsi ulteriormente.
La sussidiarietà viene proposta come **architettura istituzionale dell'universalismo**, capace di rendere il diritto alla salute **effettivo, misurabile e sostenibile nel tempo**.
È questo il metodo dio una necessaria effettiva collaborazione tra tutti i soggetti che operano nel sistema (decisori politici, amministratori, operatori sociosanitari, associazioni di medici e pazienti), di una condivisione di diritti e doveri reciproci, in grado di sviluppare un patto sociale senza il quale ogni tentativo di riforma è impossibile.