30th GIMBE
1996-2026
EVIDENCE FOR HEALTH

Scienza per decidere
Salute da proteggere
Sanità pubblica da difendere
Da 30 anni al servizio del Paese

TUTELA DELLA SALUTE: DA DIRITTO PER TUTTI A PRIVILEGIO PER POCHI?

Università degli Studi di Palermo

PALERMO

AOU Policlinico
Paolo Giaccone
Aula Maurizio Ascoli
Edificio 23
Via del Vespro 129

16 novembre 2026

ORE 14:30

Disclosure

- La Fondazione GIMBE, di cui sono Presidente, eroga attività di formazione e advisorship sui temi trattati
- Per la presente relazione non ho ricevuto alcun compenso
- Nessun altro conflitto da dichiarare



GIMBE
EVIDENCE FOR HEALTH

30th 1996-2026 | GIMBE EVIDENCE FOR HEALTH

Scienza per decidere
Salute da proteggere
Sanità pubblica da difendere
Da 30 anni al servizio del Paese

SALVIAMO IL NOSTRO SSN



#SalviamoSSN

30th 1996-2026 GIMBE EVIDENCE FOR HEALTH

#SalviamoSSN

9° Rapporto GIMBE sul Servizio Sanitario Nazionale

Nino Cartabellotta
Fondazione GIMBE

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

2026

30th GIMBE 1996-2026 EVIDENCE FOR HEALTH

9° Rapporto GIMBE sul Servizio Sanitario Nazionale

www.rapportogimbe.it

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

#SalviamoSSN

Elaborato dalla
Fondazione GIMBE
senza alcun supporto
istituzionale o commerciale


Universalità


I soldi sono pochi
I soldi perdono valore
Valore specie sanitaria
Rete WI-FI EVENTI
Password: GHAX6Yw4

EDIZIONE STRAORDINARIA

Conto corrente con la Posta — Anno 88° — Numero 298

GAZZETTA UFFICIALE
DELLA
REPUBBLICA ITALIANA

PARTE PRIMA — ROMA - Sabato, 27 dicembre 1947 — SI PUBBLICA TUTTI I GIORNI MENO I FESTIVI

DIREZIONE E REDAZIONE PRESSO IL MINISTERO DI GRAZIA E GIUSTIZIA – UFFICIO PUBBLICAZIONI DELLE LEGGI – TELEF. 59-139 51-236 51-554
AMMINISTRAZIONE PRESSO LA LIBRERIA DELLO STATO – PIAZZA GIUSEPPE VERDI 10, ROMA – TELEF. 30-033 841-737 850-144

COSTITUZIONE
DELLA
REPUBBLICA ITALIANA

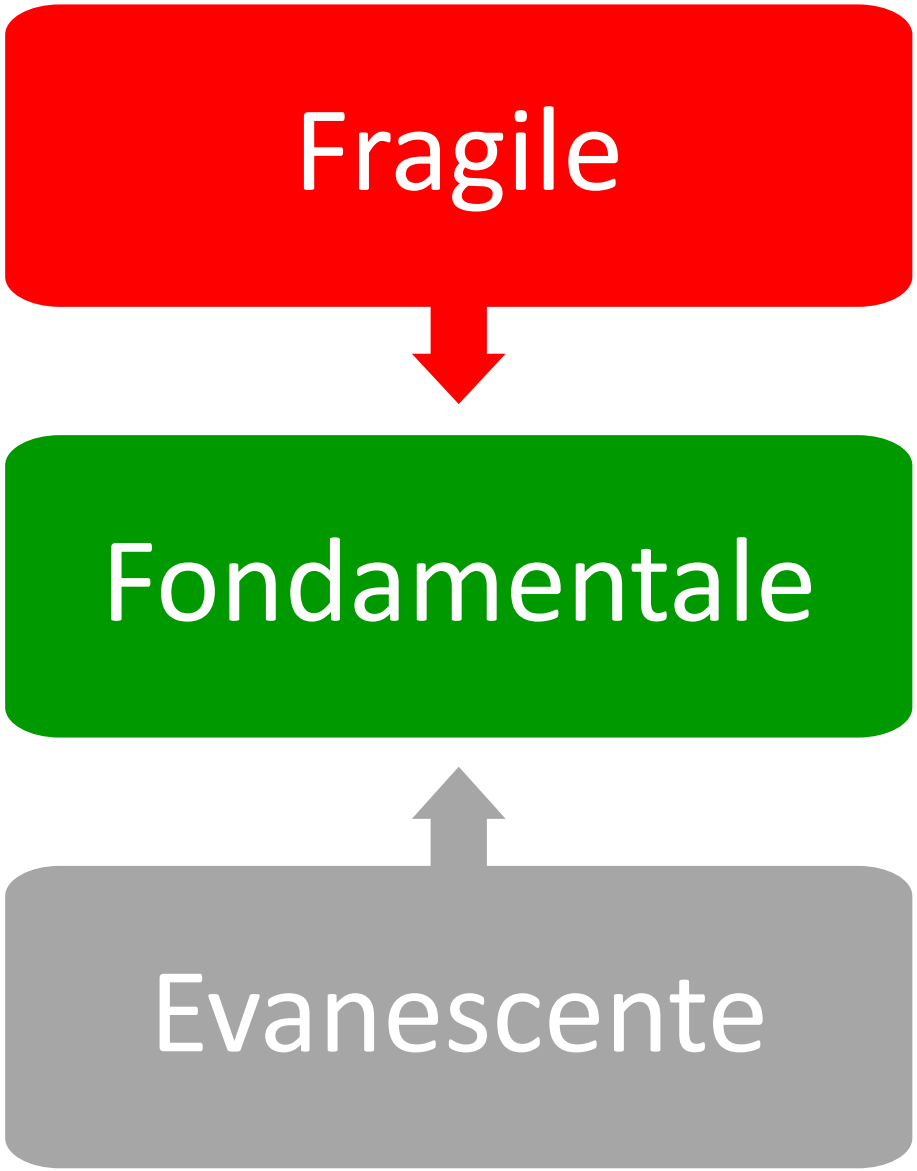
Art. 32.

La Repubblica tutela la salute come fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività, e garantisce cure gratuite agli indigenti.

Nessuno può essere obbligato a un determinato trattamento sanitario se non per disposizione di legge. La legge non può in nessun caso violare i limiti imposti dal rispetto della persona umana.

GIMBE
EVIDENCE FOR HEALTH

Art. 32.



GIMBE
EVIDENCE FOR HEALTH

Supplemento ordinario alla "Gazzetta Ufficiale,, n. 360 del 28 dicembre 1978

Spedizione in abbonamento postale – Gruppo I

GAZZETTA UFFICIALE

DELLA REPUBBLICA ITALIANA

PARTE PRIMA ROMA - Giovedì, 28 dicembre 1978 SI PUBBLICA TUTTI I GIORNI MENO I FESTIVI

DIREZIONE E REDAZIONE PRESSO IL MINISTERO DI GRAZIA E GIUSTIZIA – UFFICIO PUBBLICAZIONE DELLE LEGGI E DECRETI – CENTRALINO 65101
AMMINISTRAZIONE PRESSO L'ISTITUTO POLIGRAFICO DELLO STATO – LIBRERIA DELLO STATO – PIAZZA GIUSEPPE VERDI, 10 – 00100 ROMA – CENTRALINO 8508

LEGGE 23 dicembre 1978, n. **833.**

Istituzione del servizio sanitario nazionale.

GIMBE
EVIDENCE FOR HEALTH



Universalità

Uguaglianza

Equità

Universalità: estensione delle prestazioni sanitarie a tutta la popolazione

LEA non garantiti a tutti nei tempi, ↑spesa famiglie, impoverimento, rinunce a visite ed esami

Uguaglianza: accesso alle prestazioni senza distinzione di condizioni individuali, sociali ed economiche

Diseguaglianze regionali e territoriali, socio-economiche, di genere. Mobilità sanitaria

Equità: parità di accesso in rapporto a uguali bisogni di salute

Accesso e tempi di attesa condizionati da reddito, CAP di residenza, disponibilità di coperture integrative

Indice del 9° Rapporto GIMBE

- Finanziamento pubblico
- Riparto FSN
- Spesa sanitaria
- Livelli Essenziali di Assistenza
- Sprechi e inefficienze
- Personale sanitario
- PNRR Missione 6 Salute
- Privato in sanità
- Piano di Rilancio del SSN



GIMBE
EVIDENCE FOR HEALTH

PIANO DI RILANCIO DEL SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE

Edizione 2026



30th 1996-2026 | GIMBE EVIDENCE FOR HEALTH

#SalviamoSSN

Piano di rilancio del Servizio Sanitario Nazionale

SALUTE IN TUTTE LE POLITICHE

Mettere la salute e il benessere delle persone al centro di tutte le politiche pubbliche e valutarne sistematicamente l'impatto

PREVENZIONE E PROMOZIONE DELLA SALUTE

Diffondere la cultura e aumentare gli investimenti in prevenzione e promozione della salute secondo l'approccio *One Health*

PERSONALE SANITARIO

Restituire attrattività al SSN, valorizzando professionisti, competenze e carriere e migliorando le condizioni di lavoro

RICERCA INDIPENDENTE

Investire stabilmente in ricerca e valutazione indipendenti per migliorare cure, servizi e politiche sanitarie

GOVERNANCE STATO-REGIONI

Rafforzare indirizzo, coordinamento e verifica dello Stato sulle Regioni per garantire equità e ridurre le diseguaglianze nell'esigibilità dei LEA



SPRECHI E INEFFICIENZE

Ridurre inappropriatezze e inefficienze, contrastare frodi e abusi e riallocare le risorse verso servizi e innovazioni ad alto valore

TRASFORMAZIONE DIGITALE

Costruire un SSN digitale, interoperabile, sicuro e accessibile, sviluppando servizi e competenze senza creare nuove diseguaglianze

FINANZIAMENTO PUBBLICO

Aumentare progressivamente il finanziamento pubblico e renderlo coerente con i bisogni di salute e le riforme del SSN

DATI APERTI E ACCESSIBILI

Rendere i dati sanitari accessibili e riutilizzabili per ricerca, valutazioni indipendenti e decisioni informate

LIVELLI ESSENZIALI DI ASSISTENZA

Aggiornare continuamente i LEA e assicurarne l'esigibilità in maniera equa in tutto il territorio nazionale, in tempi e setting assistenziali appropriati.

RAPPORTO PUBBLICO-PRIVATO

Governare l'ecosistema pubblico-privato per garantire equità di accesso, qualità e tutela dell'interesse pubblico

INFORMAZIONE SCIENTIFICA

Garantire un'informazione istituzionale basata sulle evidenze e rafforzare l'alfabetizzazione scientifica e sanitaria della popolazione

SERVIZI SANITARI E SOCIO-SANITARI

Integrare ospedale, territorio, domicilio e servizi sociali per rispondere ai bisogni di salute della popolazione e garantire la presa in carico delle persone più fragili

PATRIMONIO EDILIZIO E TECNOLOGICO

Garantire sicurezza, ammodernamento e manutenzione programmata del patrimonio edilizio e tecnologico del SSN

SANITÀ INTEGRATIVA

Rendere i fondi sanitari realmente integrativi rispetto ai LEA, rafforzando regole, trasparenza, vigilanza ed equità fiscale

PARTECIPAZIONE CIVICA E COESIONE SOCIALE

Coinvolgere cittadini, pazienti e comunità nelle scelte e nella valutazione del SSN, rafforzandolo come patrimonio collettivo


Finanziamento pubblico
Livelli Essenziali di Assistenza
Spesa sanitaria
Personale sanitario


Finanziamento pubblico
Livelli Essenziali di Assistenza
Spesa sanitaria
Personale sanitario

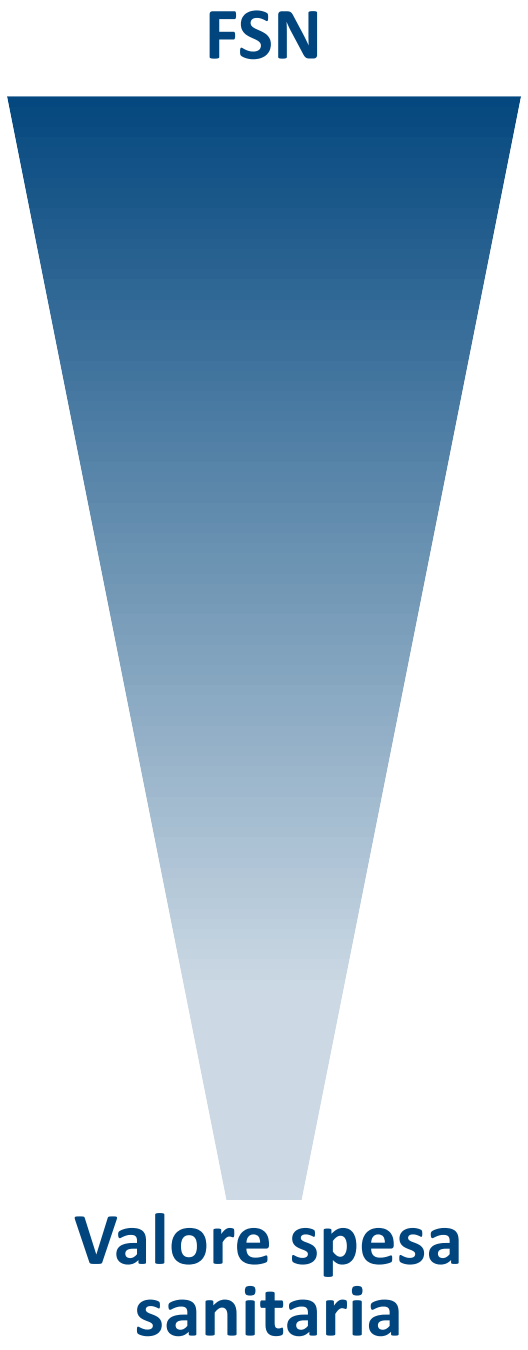
I soldi sono pochi

I soldi perdono valore

I soldi non sono allocati secondo le priorità di salute

I soldi non sono ripartiti in maniera equa tra le Regioni

I soldi sono spesi male



I soldi sono pochi

I soldi perdono valore

I soldi non sono allocati secondo le priorità di salute

I soldi non sono ripartiti in maniera equa tra le Regioni

I soldi sono spesi male

FSN ampiamente sottofinanziato rispetto a:

- la media dei Paesi europei
- la garanzia uniforme dei LEA

Camera dei deputati

Commissioni congiunte Bilancio della Camera dei deputati e del Senato della Repubblica

Roma, 9 novembre 2026

Audizione preliminare

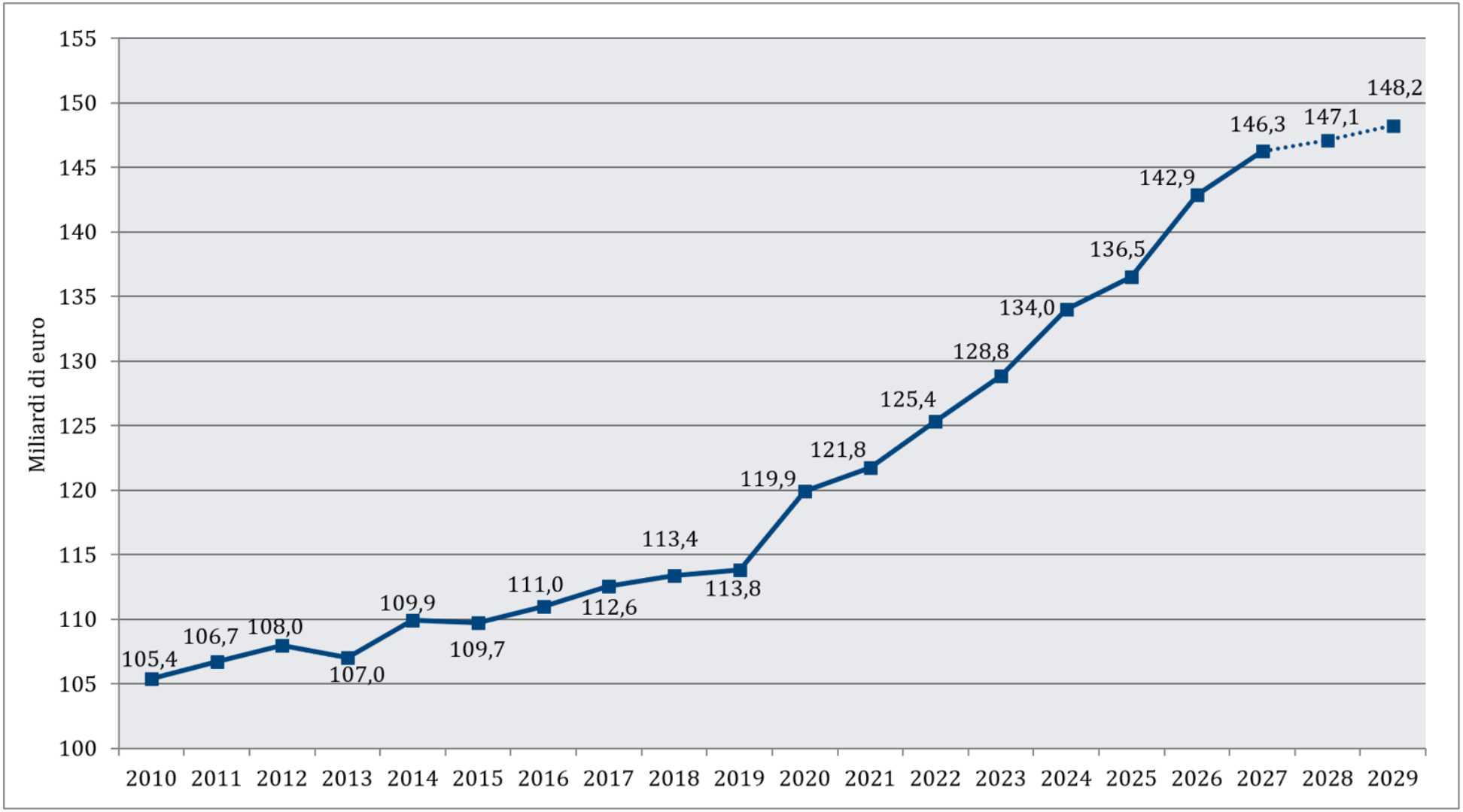
Bilancio di previsione dello Stato per l'anno finanziario 2027 e bilancio pluriennale per il triennio 2027-2029 (C. 3174-bis)

Nino Cartabellotta

Presidente Fondazione GIMBE

GIMBE
EVIDENCE FOR HEALTH

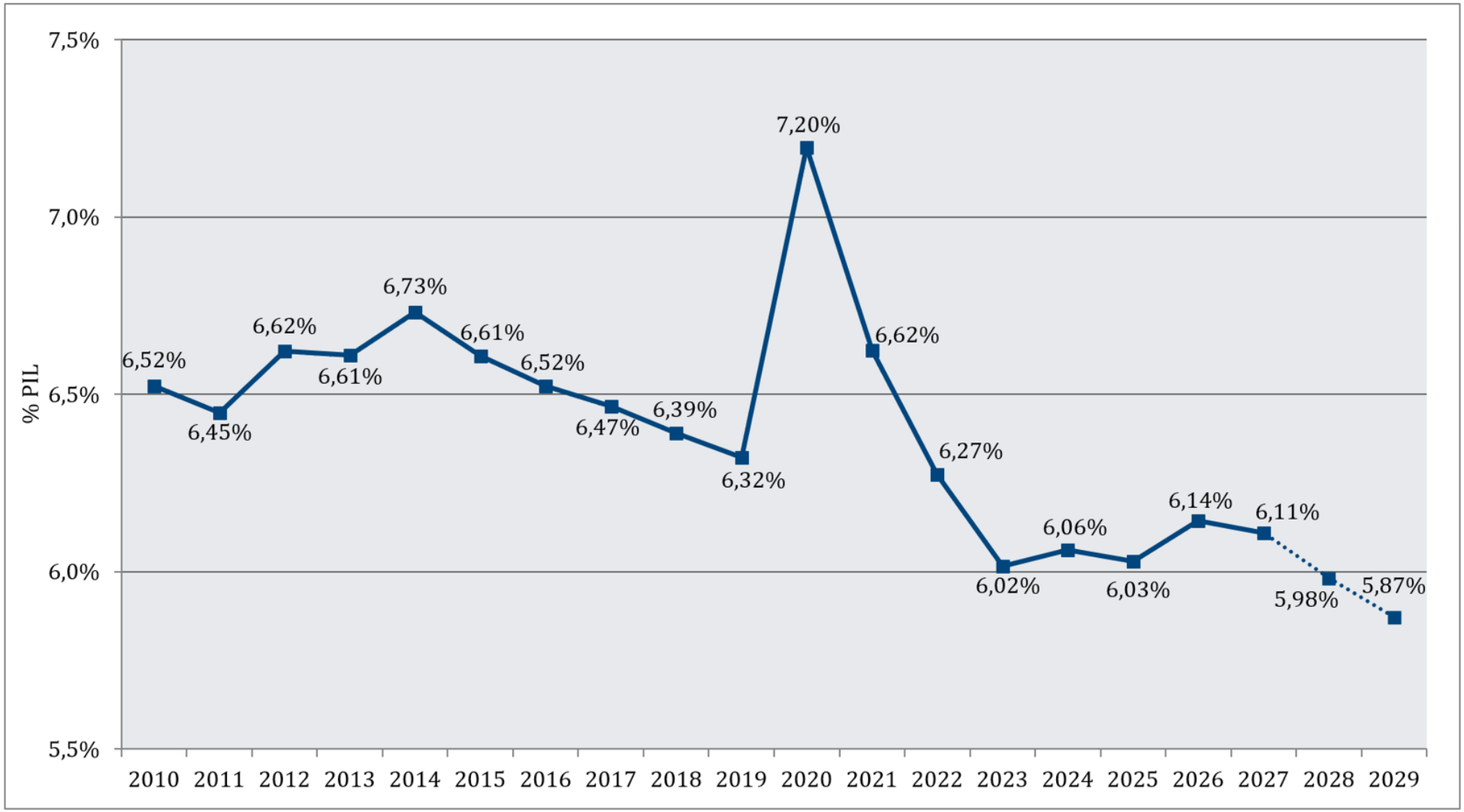
Fabbisogno Sanitario Nazionale: trend 2010-2029



GIMBE
EVIDENCE FOR HEALTH

Dati 2027-2029 da DdL Bilancio 2027

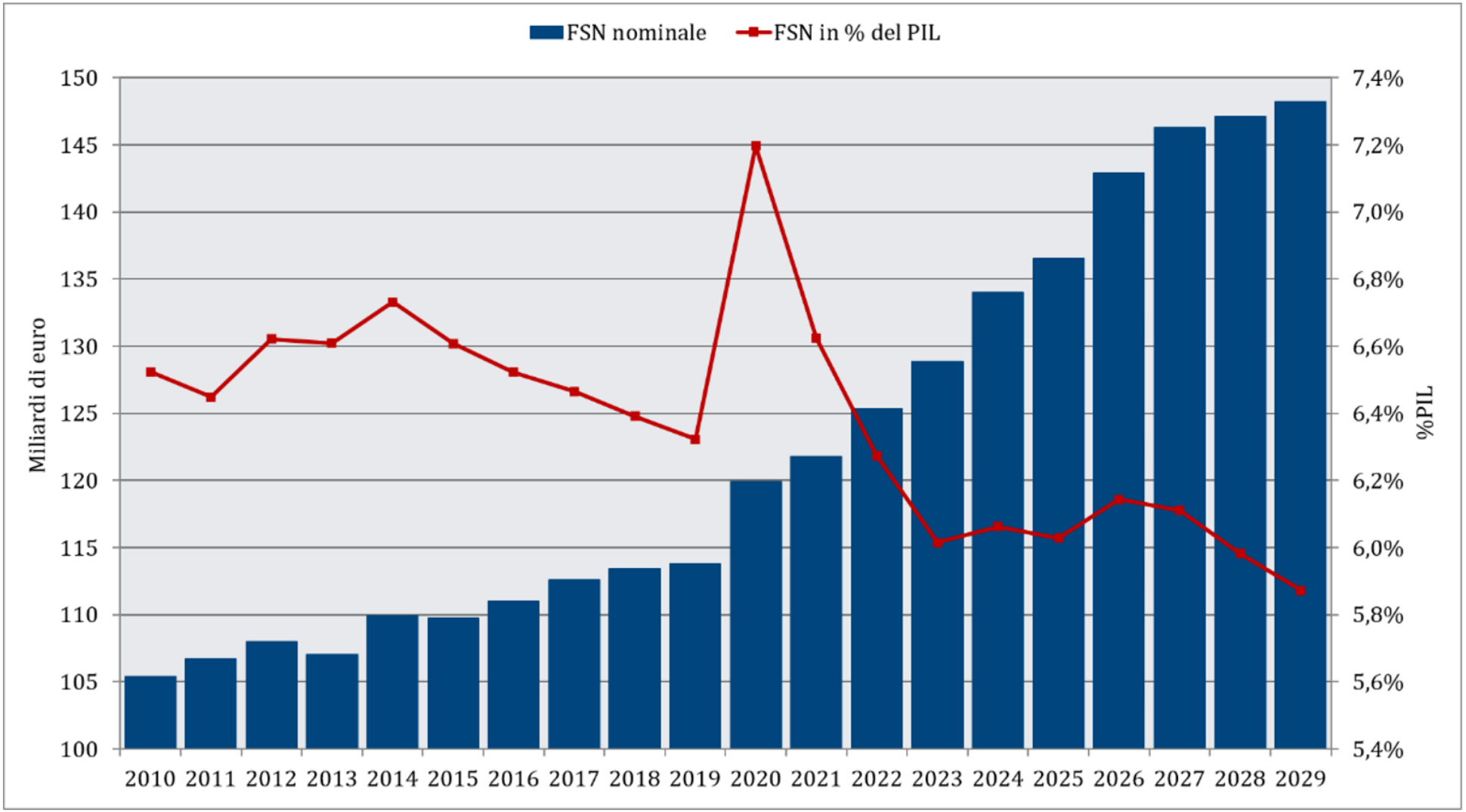
Fabbisogno Sanitario Nazionale in % del PIL: trend 2010-2029



GIMBE
EVIDENCE FOR HEALTH

Dati FSN 2027-2029 da DdL Bilancio 2027, stime PIL 2026-2029 da DPFP 2026

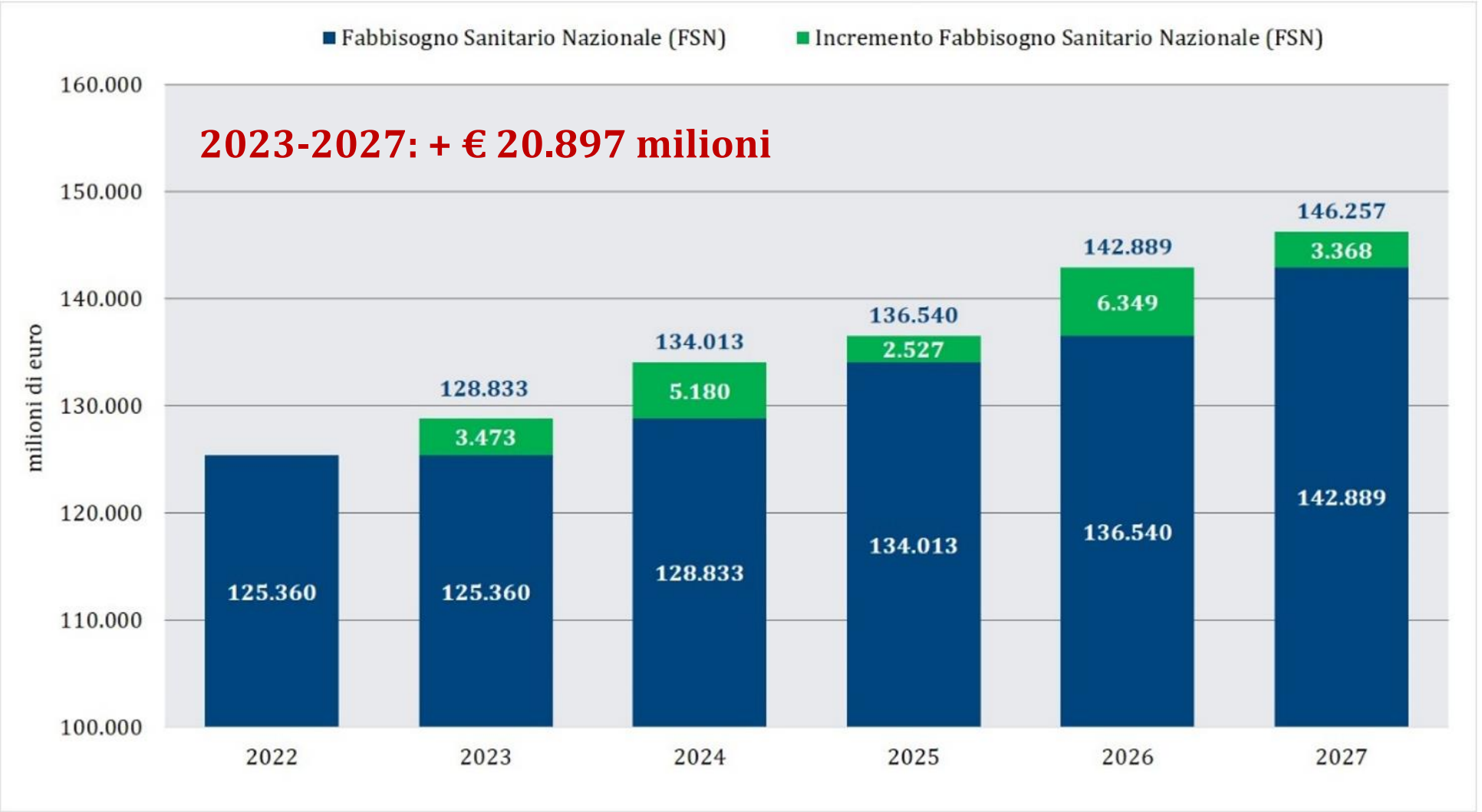
Fabbisogno Sanitario Nazionale: trend 2010-2029



GIMBE
EVIDENCE FOR HEALTH

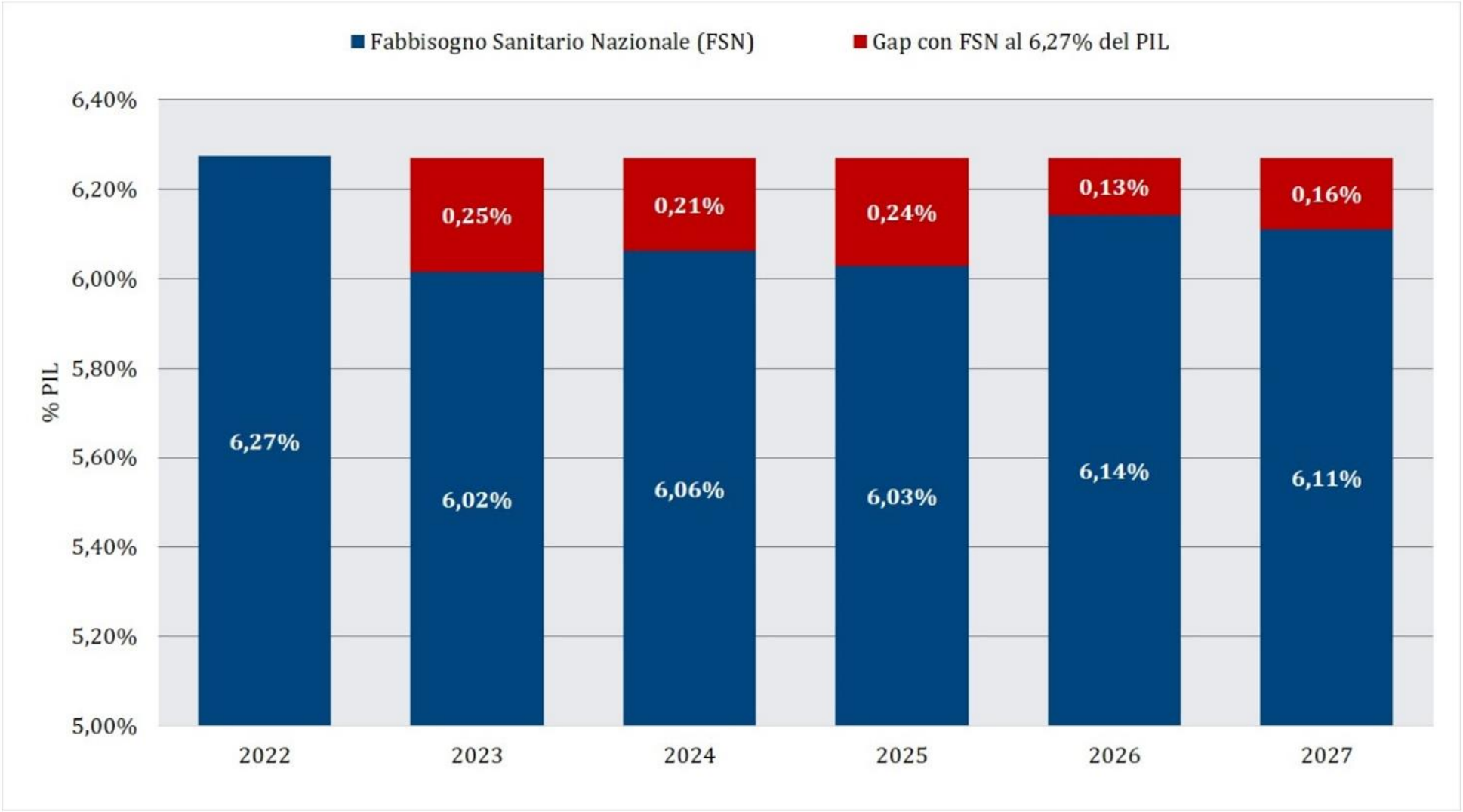
Dati FSN 2027-2029 da DdL Bilancio 2027, stime PIL 2026-2029 da DPFP 2026

Incremento FSN in termini nominali



Dati da ISTAT, DPFP 2026 e DdL Bilancio 2027

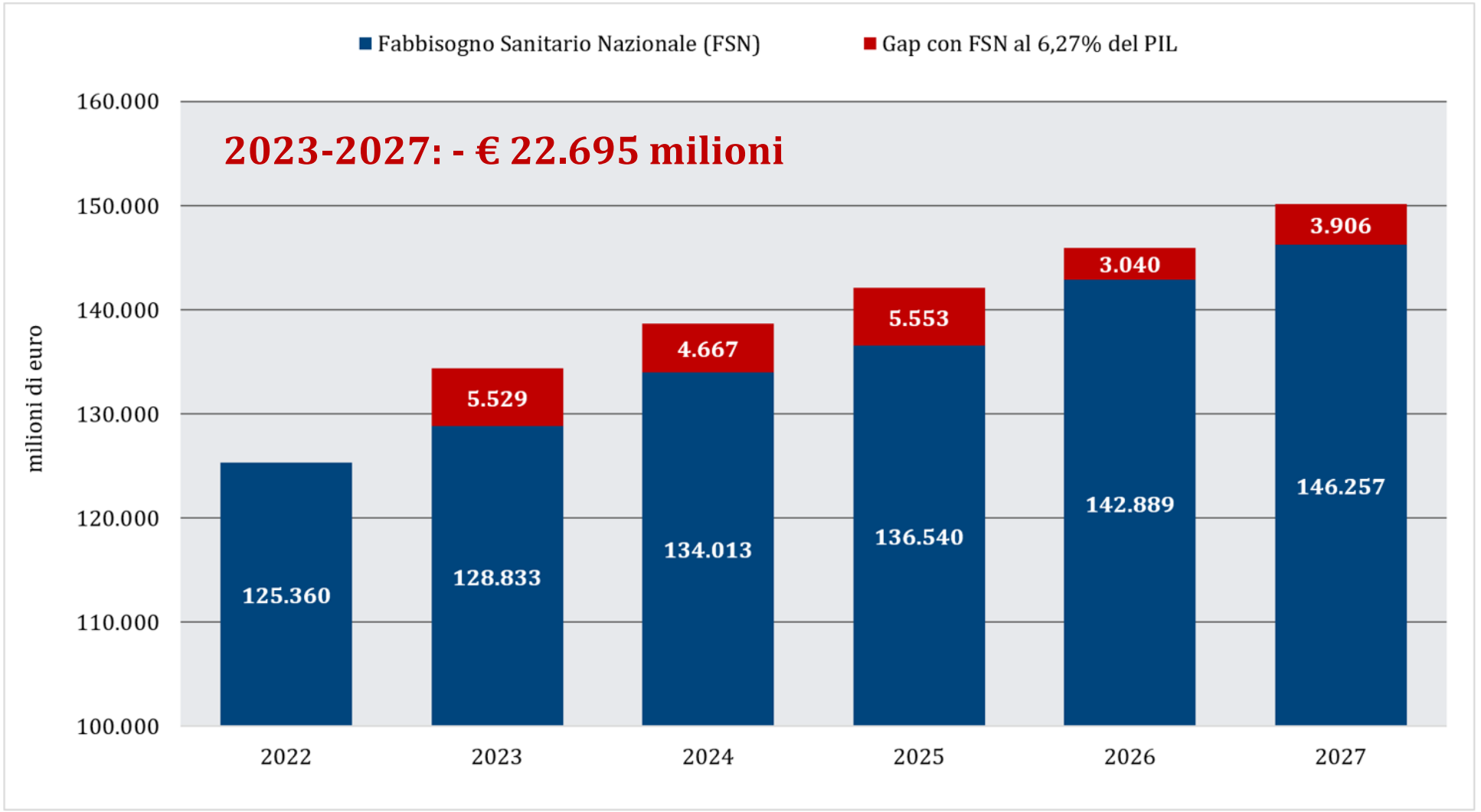
Riduzioni rapporto FSN/PIL



GIMBE
EVIDENCE FOR HEALTH

Dati da ISTAT, DPFP 2026 e DdL Bilancio 2027

FSN nominale vs FSN al 6,27% del PIL: i «tagli invisibili»



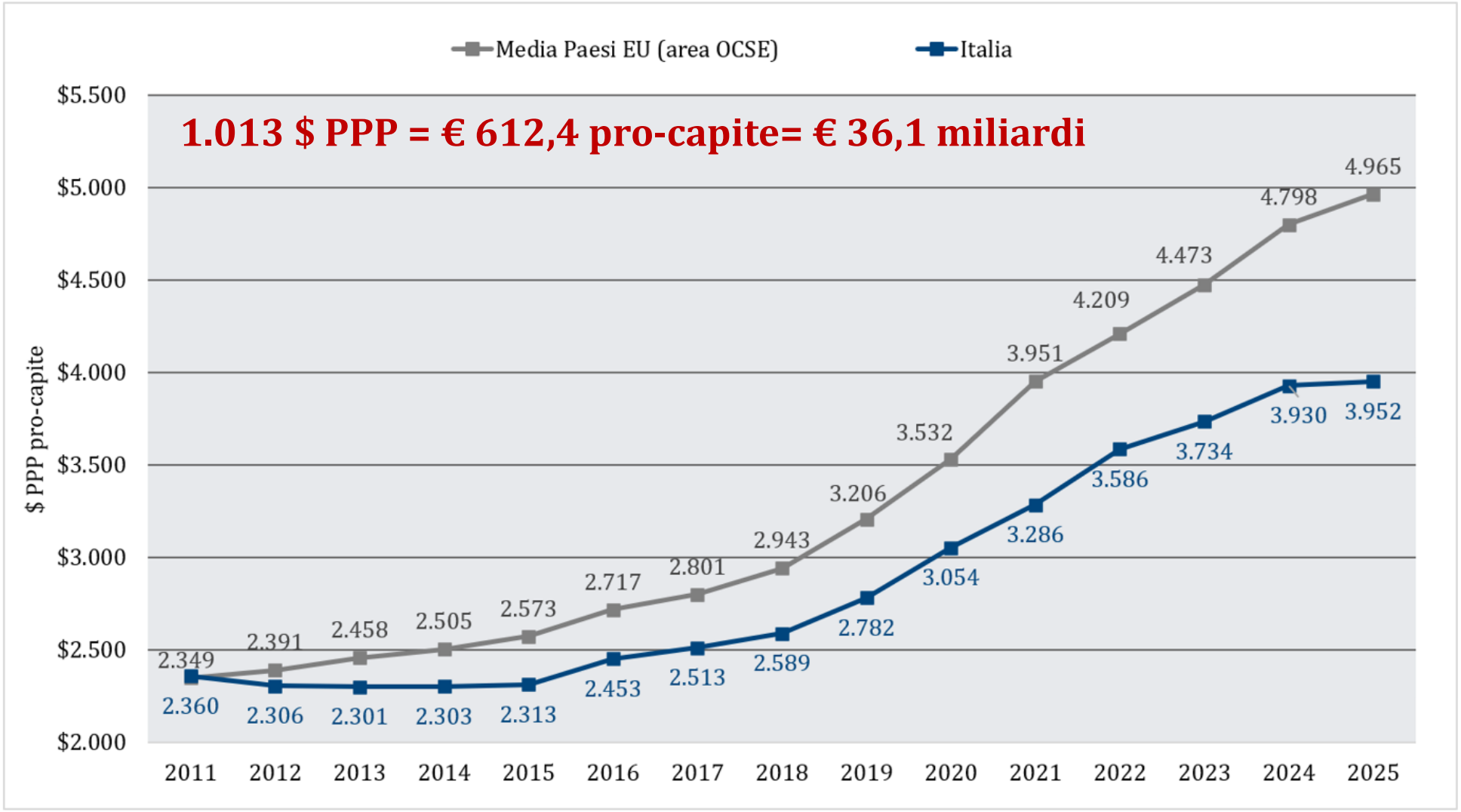
Dati da ISTAT, DPFP 2026 e DdL Bilancio 2027

OECD Health Statistics

OECD Health Statistics offers the most comprehensive source of comparable statistics on health and health systems across OECD countries. It is an essential tool to carry out comparative analyses and draw lessons from international comparisons of diverse health systems.

GIMBE
EVIDENCE FOR HEALTH

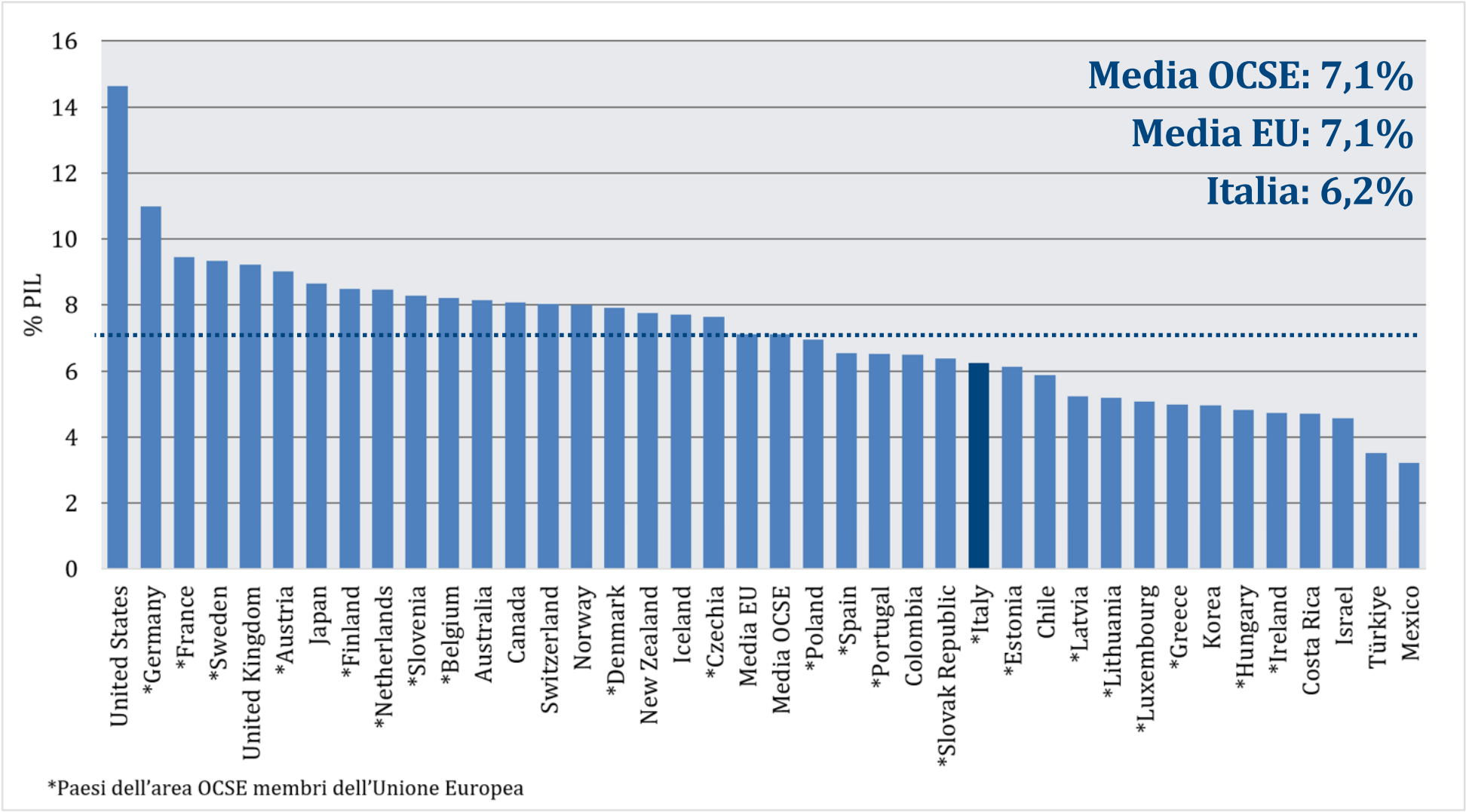
Trend spesa pubblica pro-capite 2011-2025



OECD, luglio 2026

GIMBE
EVIDENCE FOR HEALTH

Spesa pubblica 2025 in % PIL

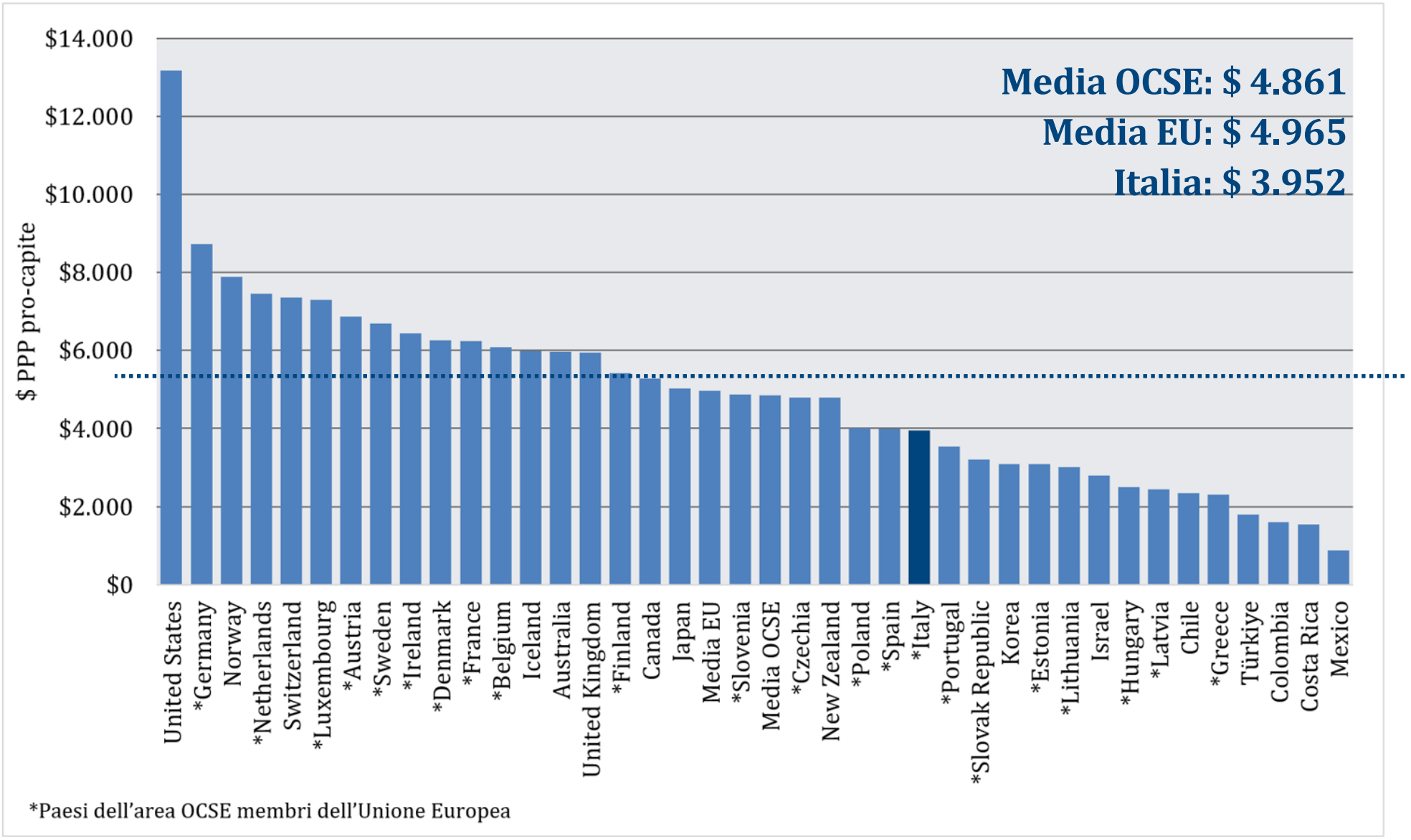


*Paesi dell'area OCSE membri dell'Unione Europea

OECD, luglio 2026

GIMBE
EVIDENCE FOR HEALTH

Spesa pubblica 2025 pro-capite in $ PPP

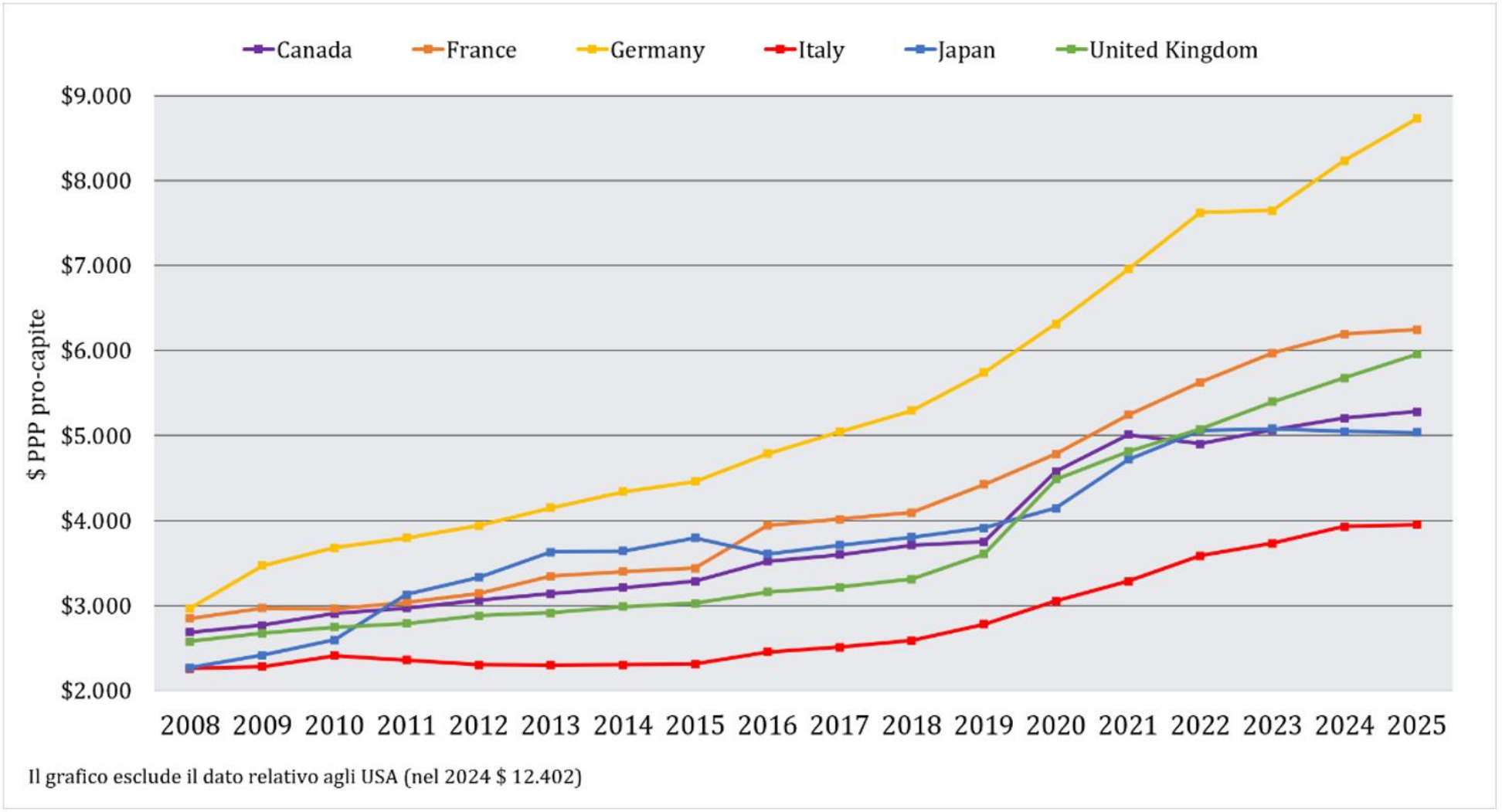


*Paesi dell'area OCSE membri dell'Unione Europea

GIMBE
EVIDENCE FOR HEALTH

OECD, luglio 2026

Trend spesa pubblica pro-capite 2008-2025: paesi del G7



Il grafico esclude il dato relativo agli USA (nel 2024 $ 12.402)

OECD, luglio 2026

GIMBE
EVIDENCE FOR HEALTH

Ministero
dell'Economia
e delle Finanze



Documento Programmatico di finanza pubblica

2026

Presentato dal Presidente del Consiglio dei ministri

Giorgia Meloni

e dal Ministro dell'economia e delle finanze

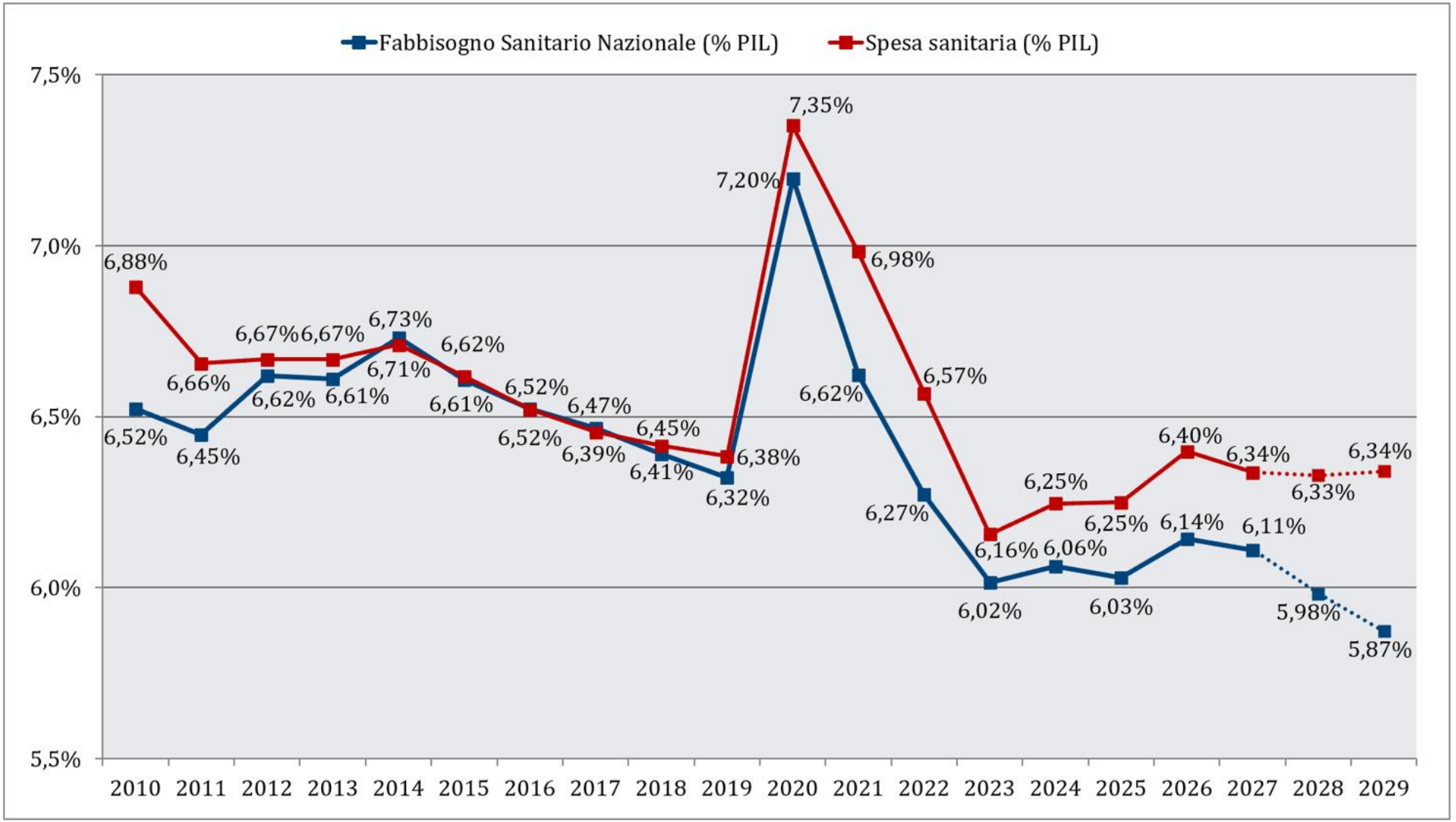
Giancarlo Giorgetti

al Consiglio dei ministri il 2 ottobre 2026

Spesa sanitaria: consuntivo 2025 e stime 2026-2029

	2025	2026	2027	2028	2029
Spesa sanitaria (milioni di €)	141.539	148.836	151.668	155.647	160.035
Spesa sanitaria (% PIL)	6,2%	6,4%	6,3%	6,3%	6,3%
Tasso di variazione in %	—	5,2%	1,9%	2,6%	2,8%

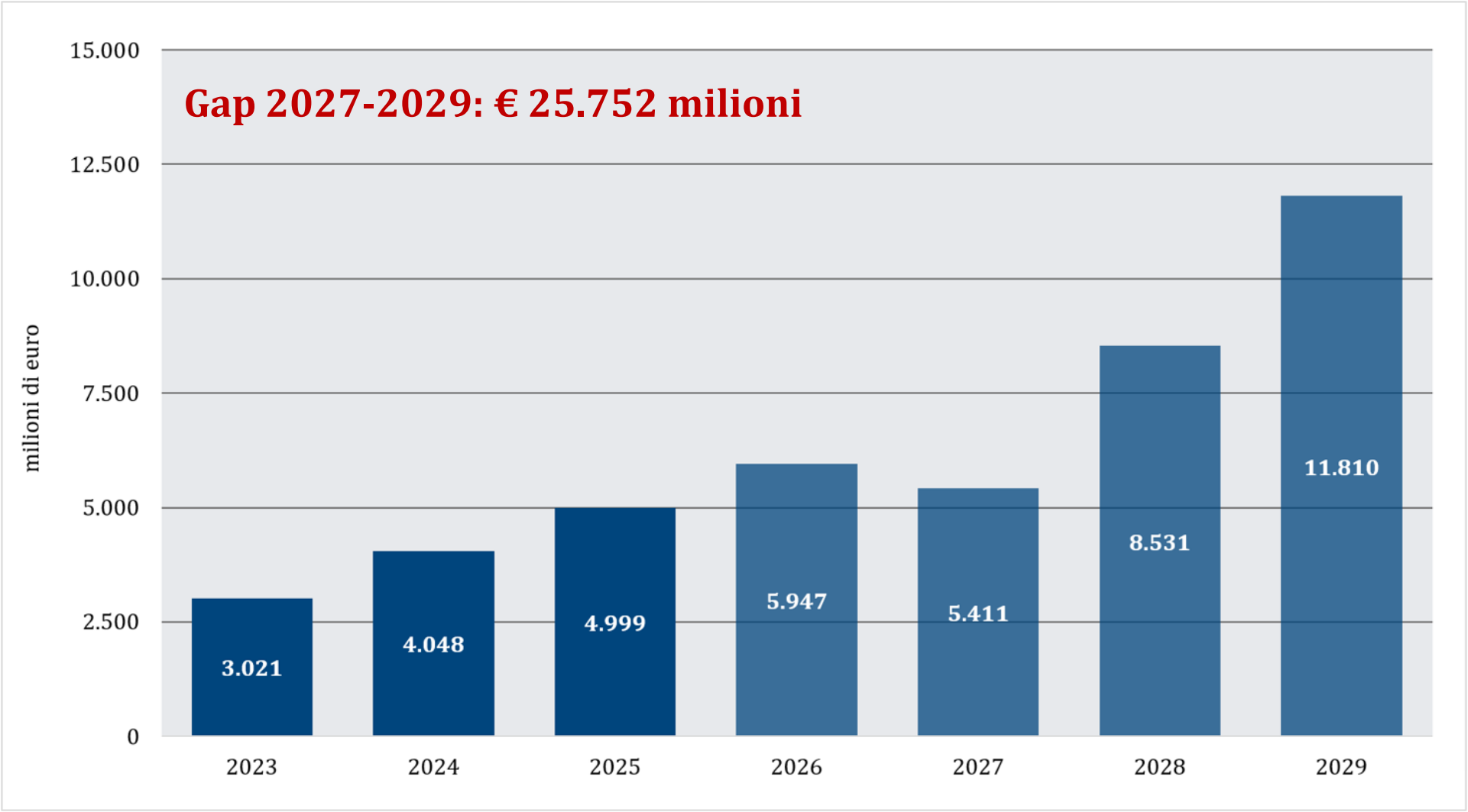
FSN e spesa sanitaria in % di PIL: trend 2010-2029



Elaborazione GIMBE da DdL Bilancio 2027 e DPFP 2026

GIMBE
EVIDENCE FOR HEALTH

Gap 2023-2029 tra spesa sanitaria e FSN



Elaborazione GIMBE da: DdL Bilancio 2027 e DPFP 2026

GIMBE
EVIDENCE FOR HEALTH

CORTE DEI CONTI

SEZIONI RIUNITE IN SEDE DI CONTROLLO

I quaderni del Rapporto sul Coordinamento della finanza pubblica



Quaderno n. 4

La Sanità in cammino per il cambiamento

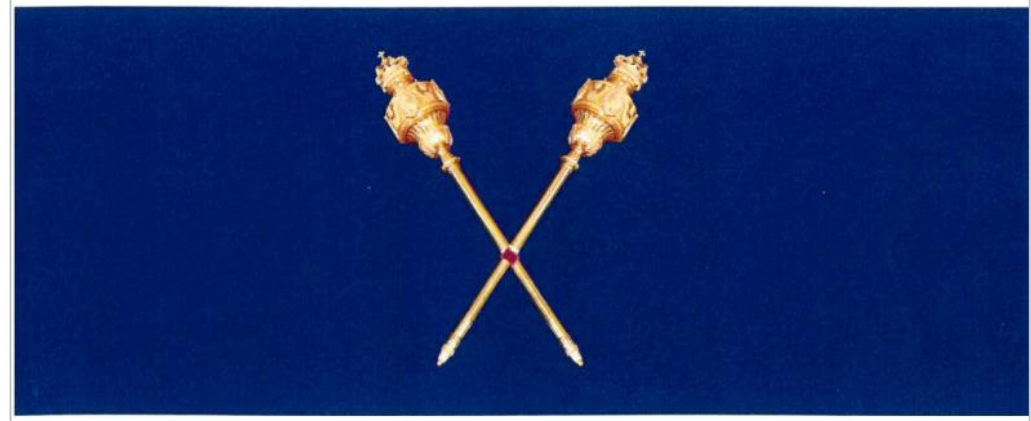
2025

CORTE DEI CONTI

SEZIONI RIUNITE IN SEDE DI CONTROLLO

AUDIZIONE DELLA CORTE DEI CONTI SUL
DOCUMENTO PROGRAMMATICO DI FINANZA PUBBLICA (DPFP) 2026

COMMISSIONI RIUNITE BILANCIO DELLA CAMERA DEI DEPUTATI
E DEL SENATO DELLA REPUBBLICA



Ottobre 2026

CORTE DEI CONTI

Disavanzo ante copertura delle Regioni

Anno	Disavanzo (milioni)	Variazione (milioni)	Variazione (%)
2023	€ 590,3	-	-
2024	€ 1.512,7	+€ 922,4	+156,3%
2025	€ 2.307,9	+€ 795,2	+52,6%

Dati Corte dei Conti: settembre 2025, ottobre 2026

I nuovi orientamenti della Corte Costituzionale

Diritto finanziariamente condizionato

- Legge Costituzionale n. 1 del 2012

Spesa costituzionalmente necessaria

- Sent. 275/2016
- Sent. 169/2017
- Sent. 103/2018
- Sent. 233/2022
- **Sent. 195/2024**

I soldi sono pochi

FSN ampiamente sottofinanziato rispetto a:
- media dei Paesi europei
- garanzia uniforme dei LEA

I soldi perdono valore

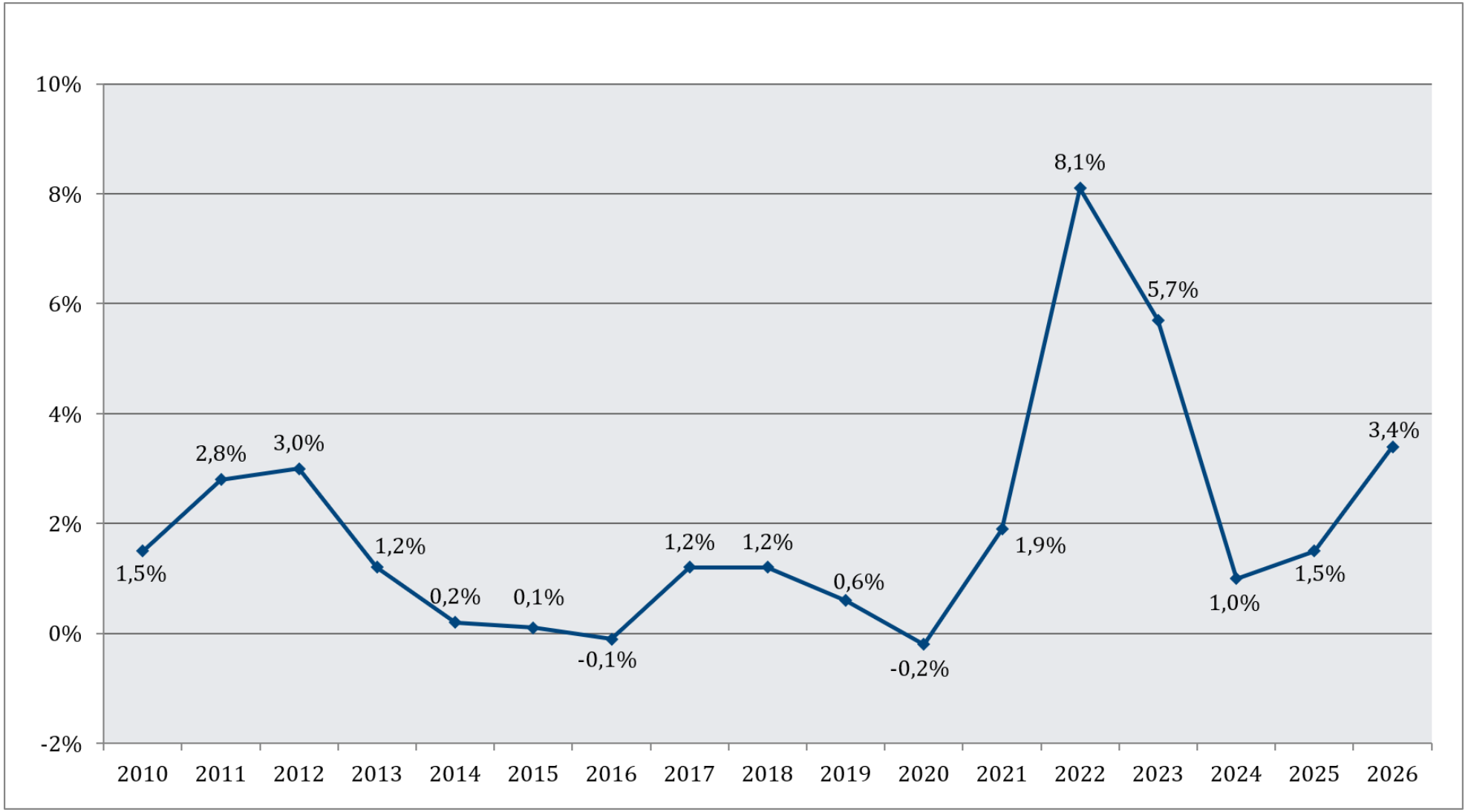
“FSN reale” nettamente inferiore al “FSN nominale”: l’inflazione erode una quota consistente del potere d’acquisto

I soldi non sono allocati secondo le priorità di salute

I soldi non sono ripartiti in maniera equa tra le Regioni

I soldi sono spesi male

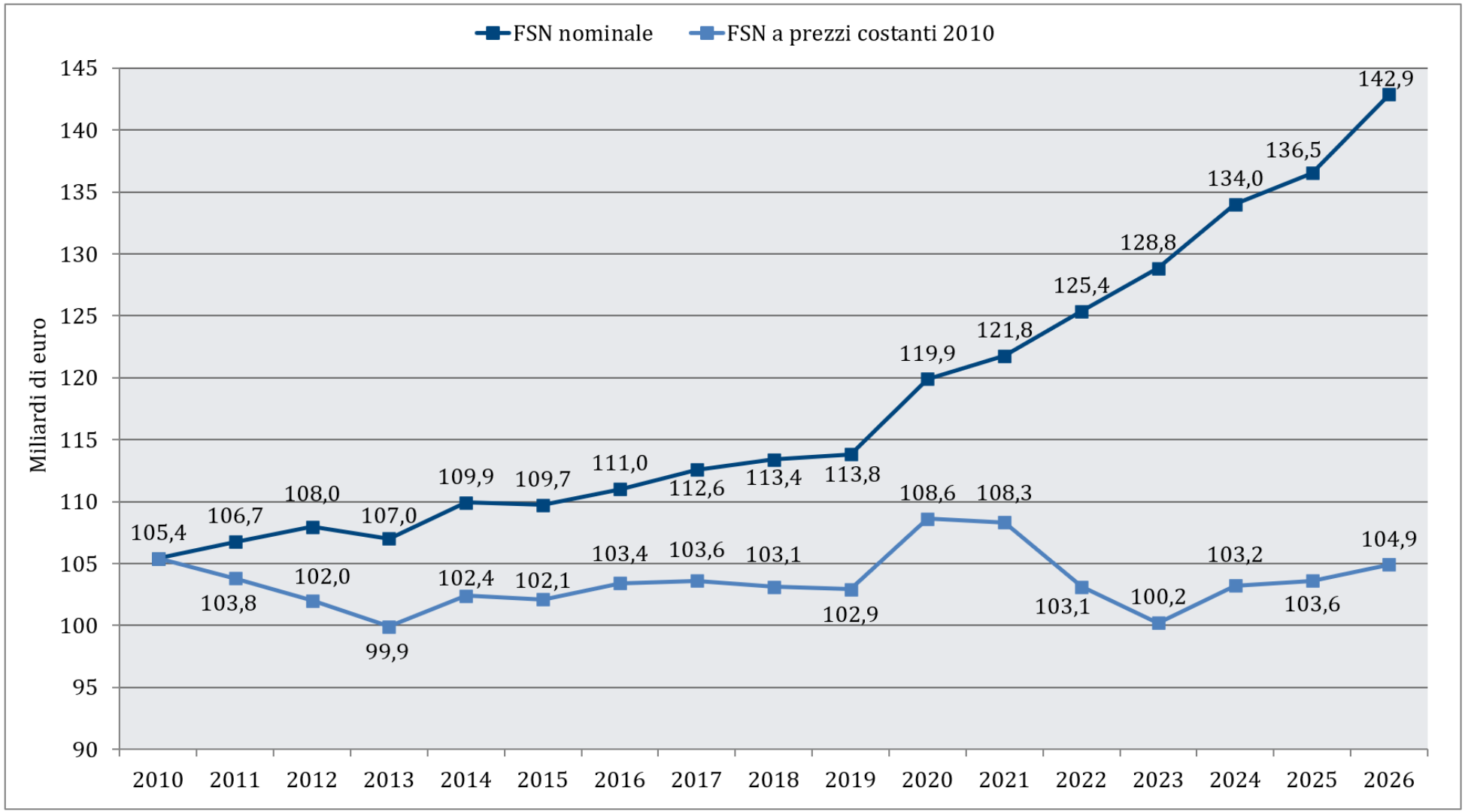
Inflazione NIC: media annua 2010-2025 e dato acquisito a ottobre per il 2026



GIMBE
EVIDENCE FOR HEALTH

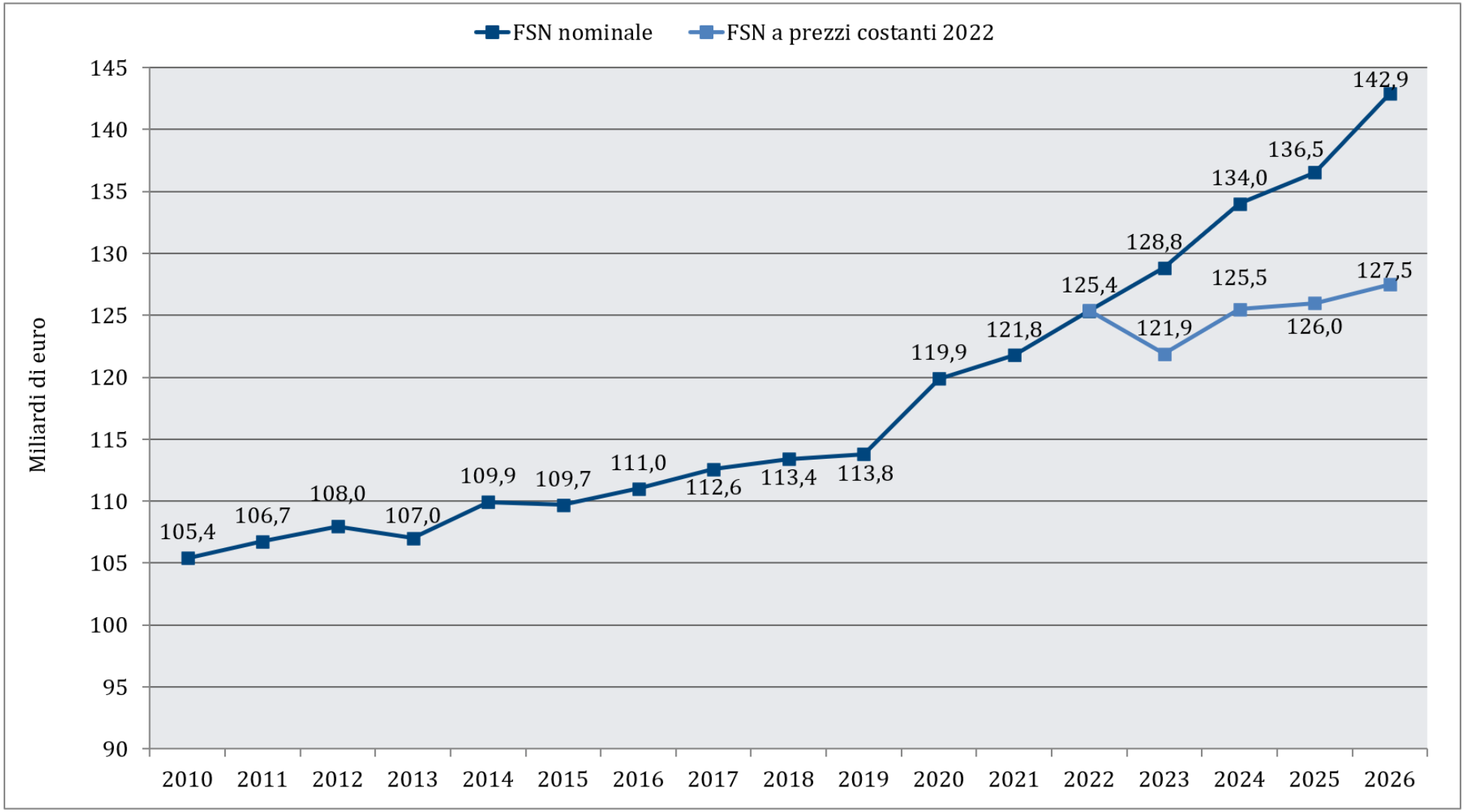
Dati ISTAT

FSN nominale vs FSN a prezzi costanti 2010



GIMBE
EVIDENCE FOR HEALTH

FSN nominale vs FSN a prezzi costanti 2022



GIMBE
EVIDENCE FOR HEALTH

I soldi sono pochi

FSN ampiamente sottofinanziato rispetto a:
- media dei Paesi europei
- garanzia uniforme dei LEA

I soldi perdono valore

“FSN reale” nettamente inferiore al “FSN nominale”: l’inflazione erode una quota consistente del potere d’acquisto

I soldi non sono allocati secondo le priorità di salute

L’allocazione del FSN in Legge di Bilancio risponde più ad obiettivi politici (“accontentare tutti”) che alle priorità strategiche del SSN

I soldi non sono ripartiti in maniera equa tra le Regioni

I soldi sono spesi male

	MISURA E RIFERIMENTO	2027	2028	2029
	A. MISURE A VALERE SUL FSN[1]			
	Incremento FSN (art. 69, c. 1)	2.365	2.352	2.399
●	di cui tariffe ospedaliere per acuti (art. 69, c. 2)	500	500	500
	di cui Alzheimer e altre demenze (art. 69, c. 3)	100	—	—
	di cui prestazioni aggiuntive (art. 69, c. 4)	300	—	—
	di cui indennità di Pronto soccorso (art. 69, c. 6)	380	380	380
●	di cui onere aumento tetto farmaci (art. 71, c. 1)	—	≈292	≈292
●	di cui onere tetto dispositivi al 4,7% (art. 73, c. 1)	≈146	≈146	≈146
	di cui incremento servizi dipendenze fuori Regione (art. 75, c. 1)	15	15	15
	Quota di libera disponibilità per le Regioni (art. 69, c. 7)	138	236	273
	B. MISURE SU FONDI O AUTORIZZAZIONI NON A VALERE SUL FSN			
	Carta per acquisti sanitari degli anziani (art. 53, cc. 1-2)	1.645	—	—
	Proroga prestazione universale anziani (art. 53, c. 3)	136	—	—
●	Contenzioso mensa e buoni pasto (art. 69, c. 5)	100	—	—
●	Fondo compensazione ripiano farmaceutico (art. 71, c. 6)	160	160	160
●	Concorso dello Stato al ripiano dispositivi 2019-2023 (art. 73, c. 2)	—	350	350
	Fondo nazionale di intervento per la lotta alla droga (art. 75, c. 2)	5	5	5
	Fondo detenzione domiciliare per recupero dipendenze (art. 75, c. 3)	20,56	20,56	20,56
●	Efficienza energetica strutture sanitarie pubbliche (art. 80, c. 1, lett. a)	—	200	200
	C. MISURE FINANZIATE CON RISORSE GIÀ STANZIATE			
	Accesso precoce ai farmaci (art. 72, c. 1)	fino a 70	fino a 70	fino a 70
●	Effetti tariffari sul privato accreditato (art. 74)	365	365	365
	D. ULTERIORI MISURE			
	Autoveicoli per trasporto disabilità motoria (art. 63, c. 1)	4,59	9	9
	Sport e disabilità intellettiva e relazionale (art. 64, c. 1)	0,7	0,7	0,7
●	Funzionamento Istituto Superiore di Sanità[2]	10	10	—

[1] Le singole voci riportate nel blocco A rappresentano le quote dell'incremento del FSN espressamente vincolate a specifiche finalità e non esauriscono l'intero incremento disposto dall'art. 69, comma 1.

[2] Disposto nella Sezione II del DdL Bilancio.

Importi in milioni di euro

Il trattino indica assenza di un nuovo stanziamento della misura in quell'anno

≈ indica una stima arrotondata della relazione tecnica

I blocchi non possono essere sommati in un totale unico

I soldi sono pochi

FSN ampiamente sottofinanziato rispetto a:
- media dei Paesi europei
- garanzia uniforme dei LEA

I soldi perdono valore

"FSN reale" nettamente inferiore al "FSN nominale": l'inflazione erode una quota consistente del potere d'acquisto

I soldi non sono allocati secondo le priorità di salute

L'allocazione del FSN in Legge di Bilancio risponde più ad obiettivi politici ("accontentare tutti") che alle priorità del SSN

I soldi non sono ripartiti in maniera equa tra le Regioni

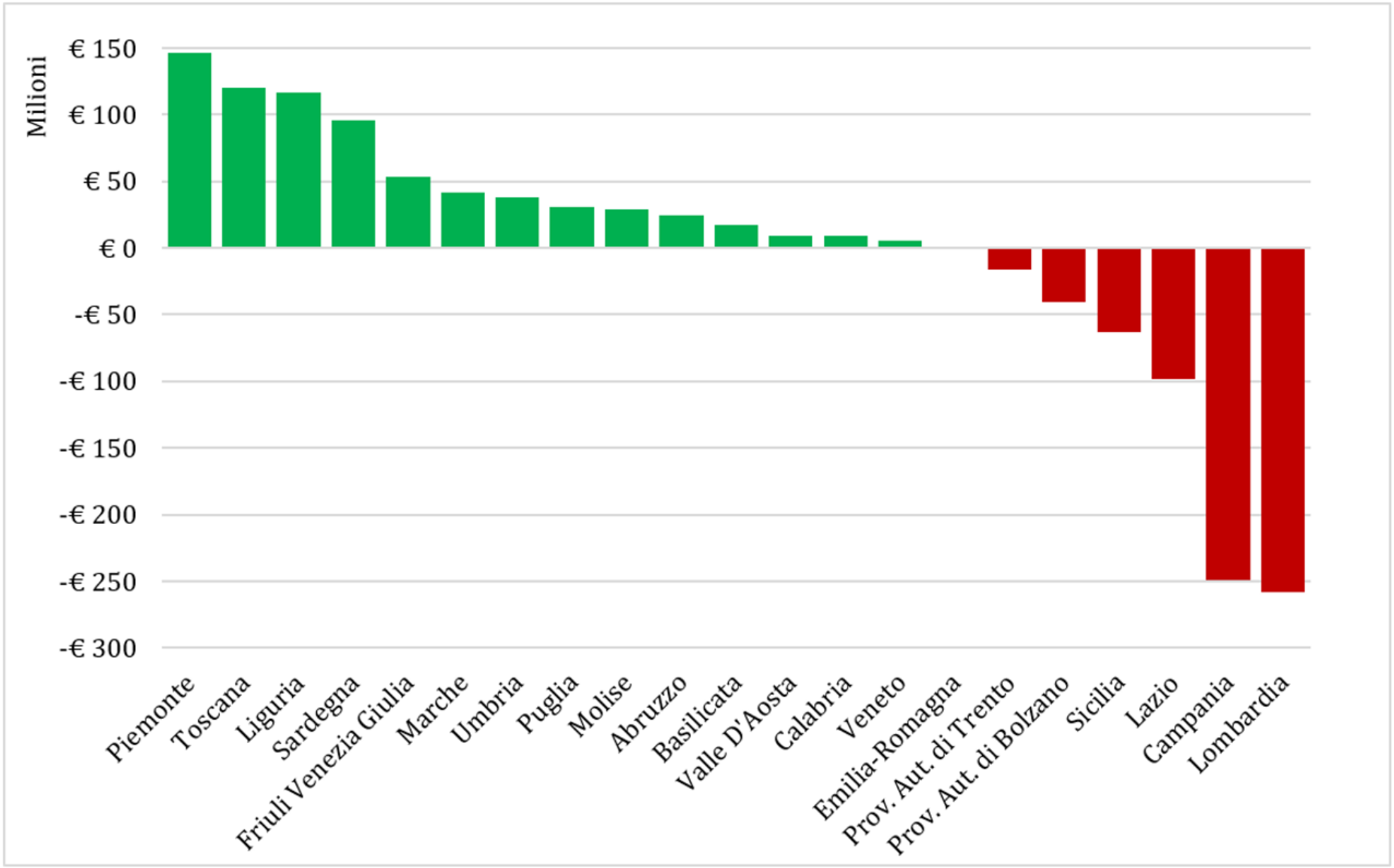
- Riparto FSN: 59,1% quota capitaria pura
- Deprivazione sociale e mortalità prematura "pesano" solo 0,75%

I soldi sono spesi male

Evoluzione dei criteri di riparto del FSN

Anni	Quota pro-capite	Struttura anagrafica	Mortalità	Deprivazione socio-economica
2000-2004	16,7%	77,9%	5%	0,4%
2005	29,4%	67,9%	2,5%	0,2%
2006-2012	65%	35%	-	-
2013-2022	60%	40%	-	-
2023	59,1%	39,4%	0,75%	0,75%

Gap totale finanziamento indistinto 2025 vs media nazionale



GIMBE
EVIDENCE FOR HEALTH

Dati Conferenza Stato-Regioni/CIPESS

I soldi sono pochi	FSN ampiamente sottofinanziato rispetto a: • media dei Paesi europei • garanzia uniforme dei LEA
I soldi perdono valore	“FSN reale” nettamente inferiore al “FSN nominale”: l’inflazione erode una quota consistente del potere d’acquisto
I soldi non sono allocati secondo le priorità di salute	L’allocazione del FSN in Legge di Bilancio risponde più ad obiettivi politici (“accontentare tutti”) che alle priorità del SSN
I soldi non sono ripartiti in maniera equa tra le Regioni	• Riparto FSN: 59,1% quota capitaria pura • Deprivazione sociale e mortalità prematura “pesano” solo 0,75%
I soldi sono spesi male	• **Aggiornamento LEA non basato sul valore** • Sprechi e inefficienze

Aggiornamento LEA

- Non avviene in maniera tempestiva rispetto all'evoluzione delle conoscenze scientifiche: il primo aggiornamento si è concluso quasi dieci anni dopo il DPCM 12 gennaio 2017
- Non viene effettuato secondo criteri di valore della spesa sanitaria:
  - prestazioni dal valore elevato tardano ad essere inserite nei LEA
  - troppe prestazioni a basso valore restano nei LEA per un *delisting* insufficiente o tardivo

Prestazioni sanitarie

Dannose Futili Necessarie Indispensabili

Spesa pubblica

LEA

non LEA

Spesa privata

Elevato Basso/incerto Negativo

Valore della spesa

Prestazioni sanitarie

Dannose Futili Necessarie Indispensabili

Elevato Basso/incerto Negativo

Valore della spesa

Prestazioni sanitarie

Dannose Futili Necessarie Indispensabili

Elevato Basso/incerto Negativo

Valore della spesa

I soldi sono pochi	FSN ampiamente sottofinanziato rispetto a: • media dei Paesi europei • garanzia uniforme dei LEA
I soldi perdono valore	“FSN reale” nettamente inferiore al “FSN nominale”: l’inflazione erode una quota consistente del potere d’acquisto
I soldi non sono allocati secondo le priorità di salute	L’allocazione del FSN in Legge di Bilancio risponde più ad obiettivi politici (“accontentare tutti”) che alle priorità del SSN
I soldi non sono ripartiti in maniera equa tra le Regioni	• Riparto FSN: 59,1% quota capitaria pura • Deprivazione sociale e mortalità prematura “pesano” solo 0,75%
I soldi sono spesi male	• Aggiornamento LEA non basato sul valore • **Sprechi e inefficienze**

Sprechi e inefficienze nel SSN: la tassonomia GIMBE

Sovra-utilizzo	Erogazione di interventi sanitari inefficaci, inappropriati o dal basso valore
Sotto-utilizzo	(Costi conseguenti alla) mancata erogazione di interventi efficaci, appropriati o dal valore elevato
Inefficienze organizzative	Inadeguato coordinamento dell'assistenza per scarsa integrazione tra diversi setting e servizi
Acquisti a costi eccessivi	Beni e servizi acquistati a prezzi non standard, spesso oltre il valore di mercato
Inefficienze amministrative	Processi non clinici che assorbono risorse senza aggiungere valore
Frodi e abusi	Erosione di risorse a causa di corruzione e conflitti di interesse



The NEW ENGLAND JOURNAL of MEDICINE

Perspective

MAY 24, 2012

From an Ethics of Rationing to an Ethics of Waste Avoidance

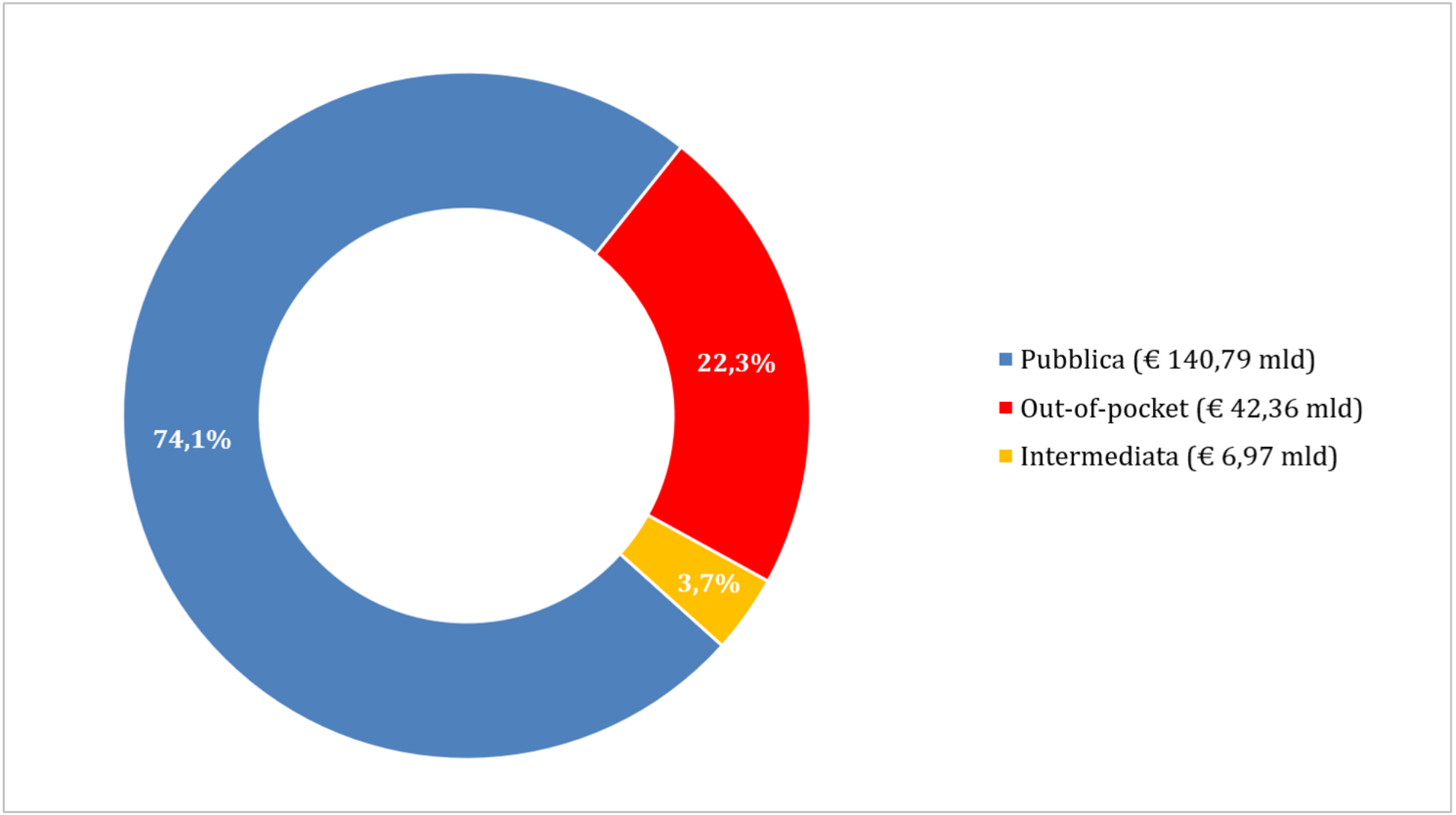
Howard Brody, M.D., Ph.D.

GIMBE
EVIDENCE FOR HEALTH

I soldi sono pochi	• Governo e Parlamento
I soldi perdono valore	• Dinamiche macroeconomiche • Banca Centrale Europea • Governo e Parlamento
I soldi non sono allocati secondo le priorità di salute	• Governo e Parlamento
I soldi non sono ripartiti in maniera equa tra le Regioni	• Governo e Parlamento • Regioni
I soldi sono spesi male	• Governo e Parlamento • Regioni e aziende sanitarie • Professionisti sanitari e cittadini

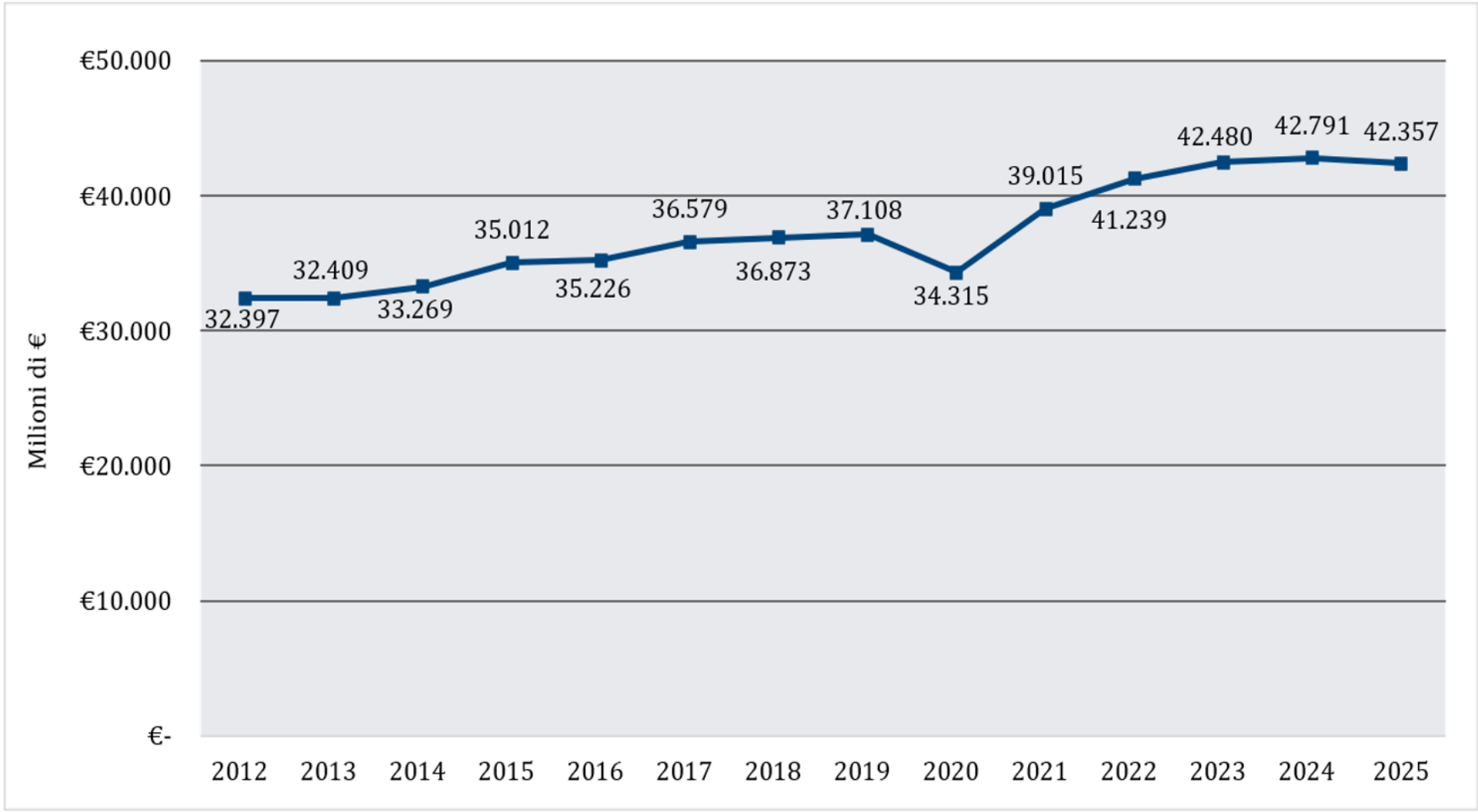

Finanziamento pubblico
Livelli Essenziali di Assistenza
Spesa sanitaria
Personale sanitario

Spesa sanitaria 2025: € 190,12 miliardi



ISTAT-SHA, maggio 2026

Trend spesa sanitaria out-of-pocket 2012-2025



ISTAT-SHA, maggio 2026

GIMBE
EVIDENCE FOR HEALTH

15 OTTOBRE 2026

statistiche report

1926 | 2026 Istat

LE STATISTICHE DELL'ISTAT SULLA POVERTÀ | ANNO 2025

POVERTÀ ASSOLUTA

- 2,1 milioni di famiglie
- 5,4 milioni di persone

POVERTÀ RELATIVA

- 2,8 milioni di famiglie
- 8,7 milioni di persone

GIMBE
EVIDENCE FOR HEALTH

Fenomeni che "arginano" la spesa out-of-pocket

Limitazione spese per la salute (2025)

- 4,98 milioni di famiglie (18,7%)

Indisponibilità economiche temporanee (2024)

- 1,16 milioni di famiglie (4,4%)

Rinuncia a prestazioni sanitarie (2025)

- 5,6 milioni di persone (9,6%)

ISTAT: indagini varie


Finanziamento pubblico
Livelli Essenziali di Assistenza
Spesa sanitaria
Personale sanitario

LIVELLI ESSENZIALI DI ASSISTENZA (LEA)
Adempimenti cumulativi 2010-2019



Adempimento >85,9%

Emilia-Romagna (93,4%), Toscana (91,3%), Veneto (89,1%), Piemonte (87,6%), Lombardia (87,4%)

Adempimento tra 76,7% e 85,9%

Umbria (85,9%), Marche (84,1%), Liguria (82,8%), Friuli-Venezia Giulia* (81,5%), Prov. Aut. di Trento (78,8%)

Adempimento tra 67,6% e 76,6%

Abruzzo (76,6%), Basilicata (76,4%), Lazio (75,1%), Sicilia (69,6%), Molise (68%)

Adempimento <67,6%

Puglia (67,5%), Valle d'Aosta* (63,8%), Calabria (59,9%), Campania (58,2%), Prov. Aut. di Bolzano* (57,6%), Sardegna* (56,3%)

GIMBE
EVIDENCE FOR HEALTH

*Friuli-Venezia Giulia, Valle d'Aosta, Sardegna e le Province autonome di Trento e Bolzano non sono sottoposte a verifica degli adempimenti

Dati al 20 dicembre 2022



Ministero della Salute

Dipartimento della programmazione, dei dispositivi medici, del farmaco
e delle politiche in favore del Servizio sanitario nazionale
Direzione generale della programmazione e dell'edilizia sanitaria
Ufficio 6

Monitoraggio dei LEA attraverso il Nuovo Sistema di Garanzia

Relazione 2024

Settembre 2026

NSG

GIMBE
EVIDENCE FOR HEALTH

Regione	Prevenzione	Distrettuale	Ospedaliera	Status
Abruzzo	80	74	75	Adempiente
Basilicata	70	64	71	Adempiente
Calabria	66	52	71	Inadempiente
Campania	61	80	68	Adempiente
Emilia-Romagna	97	94	91	Adempiente
Friuli Venezia Giulia	88	85	75	Adempiente
Lazio	81	75	81	Adempiente
Liguria	93	84	73	Adempiente
Lombardia	96	89	85	Adempiente
Marche	65	85	87	Adempiente
Molise	70	62	60	Adempiente
Piemonte	95	90	87	Adempiente
Provincia Aut. di Bolzano	59	83	64	Inadempiente
Provincia Aut. di Trento	98	79	94	Adempiente
Puglia	85	76	81	Adempiente
Sardegna	81	65	66	Adempiente
Sicilia	49	73	74	Inadempiente
Toscana	96	94	90	Adempiente
Umbria	95	82	77	Adempiente
Valle d'Aosta	86	64	63	Adempiente
Veneto	96	95	97	Adempiente

Punteggio	≥ 60	< 60

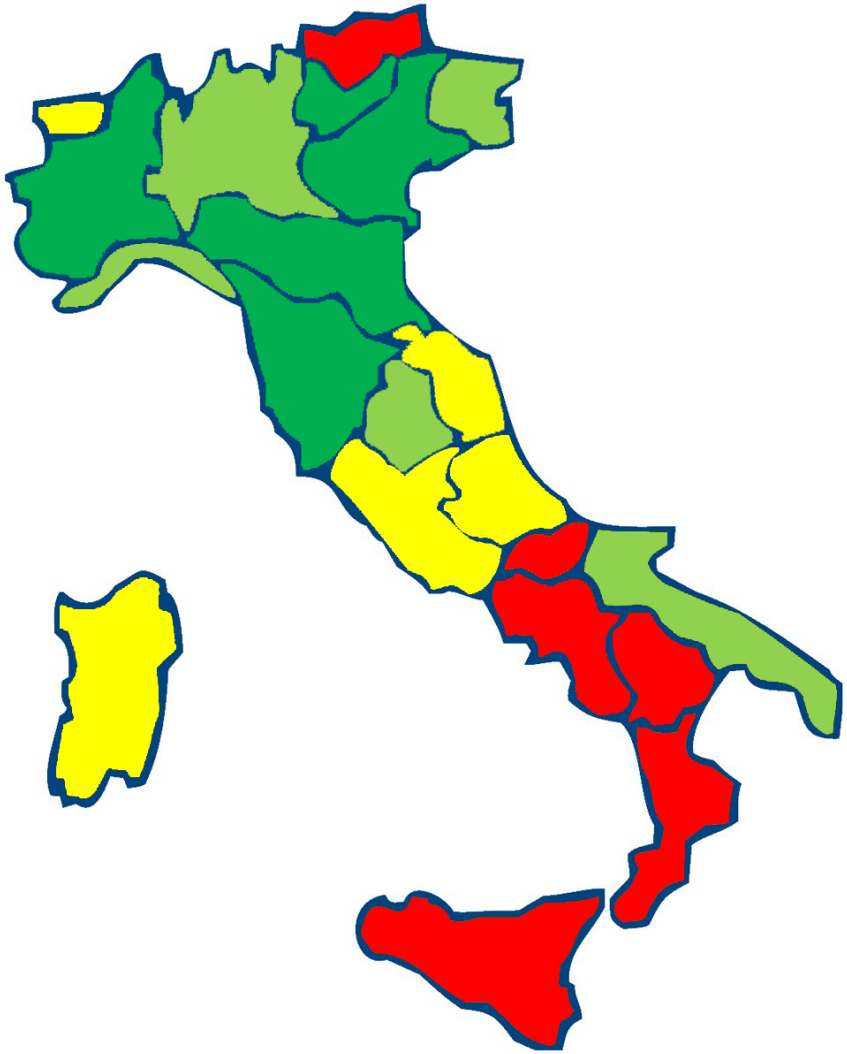
GIMBE
EVIDENCE FOR HEALTH

Nuovo Sistema di Garanzia

Anno	Regioni adempienti	
	N°	Del Mezzogiorno
2020	11	**Puglia** (11ª)
2021	14	Abruzzo (12ª), **Puglia** (13ª), Basilicata (14ª)
2022	13	**Puglia** (11ª), Basilicata (13ª)
2023	13	**Puglia** (10ª), Campania (13ª), Sardegna (16ª)
2024	18	**Puglia** (10ª), Abruzzo (13ª), Sardegna (15ª), Campania (16ª), Basilicata (18ª), Molise (20ª)

LIVELLI ESSENZIALI DI ASSISTENZA

Punteggi totali anno 2024 (max 300 punti)



Punteggio >270

Veneto (288), Emilia-Romagna (282), Toscana (280), Piemonte (272), Prov. Aut. di Trento (271)

Punteggio tra 238 e 270

Lombardia (270), Umbria (254), Liguria (250), Friuli Venezia Giulia (248), Puglia (242)

Punteggio tra 210 e 237

Marche (237), Lazio (237), Abruzzo (229), Valle d'Aosta (213), Sardegna (212)

Punteggio <210

Campania (209), Prov. Aut. di Bolzano* (206), Basilicata (205), Sicilia* (196), Molise (192), Calabria* (189)

Note:

- Le quattro categorie risultano dalla suddivisione dei punteggi in quartili.
- *Regione inadempiente secondo il Nuovo Sistema di Garanzia (NSG).

GIMBE
EVIDENCE FOR HEALTH

Piani di rientro e commissariamenti



30th 1996-2026 GIMBE EVIDENCE FOR HEALTH

Report Osservatorio GIMBE 1/2026

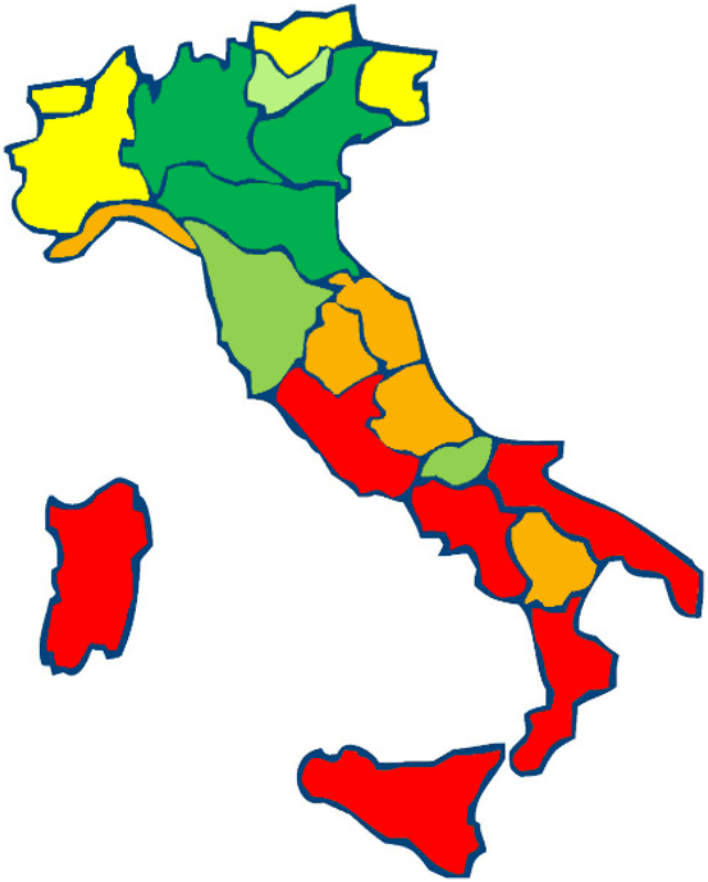
La mobilità sanitaria interregionale nel 2023



Marzo 2026

GIMBE EVIDENCE FOR HEALTH

Mobilità interregionale 2023: € 5.153 milioni



Saldo positivo rilevante (oltre € 100 milioni)
Lombardia (€ 645,8 milioni), Emilia-Romagna (€ 564,9 milioni)
Veneto (€ 212,1 milioni)

Saldo positivo moderato (da € 25,1 a € 100 milioni)
Toscana (€ 47,2 milioni)

Saldo positivo minimo (da € 0,1 a € 25 milioni)
Molise (€ 18,6 milioni), Prov. Aut. di Trento (€ 8 milioni)

Saldo negativo minimo (da -€ 0,1 a -€ 25 milioni)
Prov. Aut. di Bolzano (-€ 3,9 milioni), Friuli Venezia Giulia (-€ 10 milioni),
Valle d'Aosta (-€12,8 milioni), Piemonte (-€ 20,7 milioni)

Saldo negativo moderato (da -€ 25,1 a -€ 100 milioni)
Marche (-€ 54,7 milioni), Umbria (-€ 55,8 milioni), Liguria (-€ 74,4 milioni),
Basilicata (-€ 77,9 milioni), Abruzzo (-€ 86,9 milioni),

Saldo negativo rilevante (oltre -€ 100 milioni)
Sardegna (-€ 101,9 milioni), Lazio (-€ 191,7 milioni), Sicilia (-€ 246,7 milioni),
Puglia (-€ 253,2 milioni), Campania (-€ 306,3), Calabria (-€ 326,9 milioni)

1926 | 2026

Istat | Istituto Nazionale di Statistica

RAPPORTO ANNUALE

LA SITUAZIONE DEL PAESE



World Health Organization

European Region

Can people afford to pay for health care?

New evidence on financial protection in Italy

Giovanni Fattore
Luigi M Preti



Italy

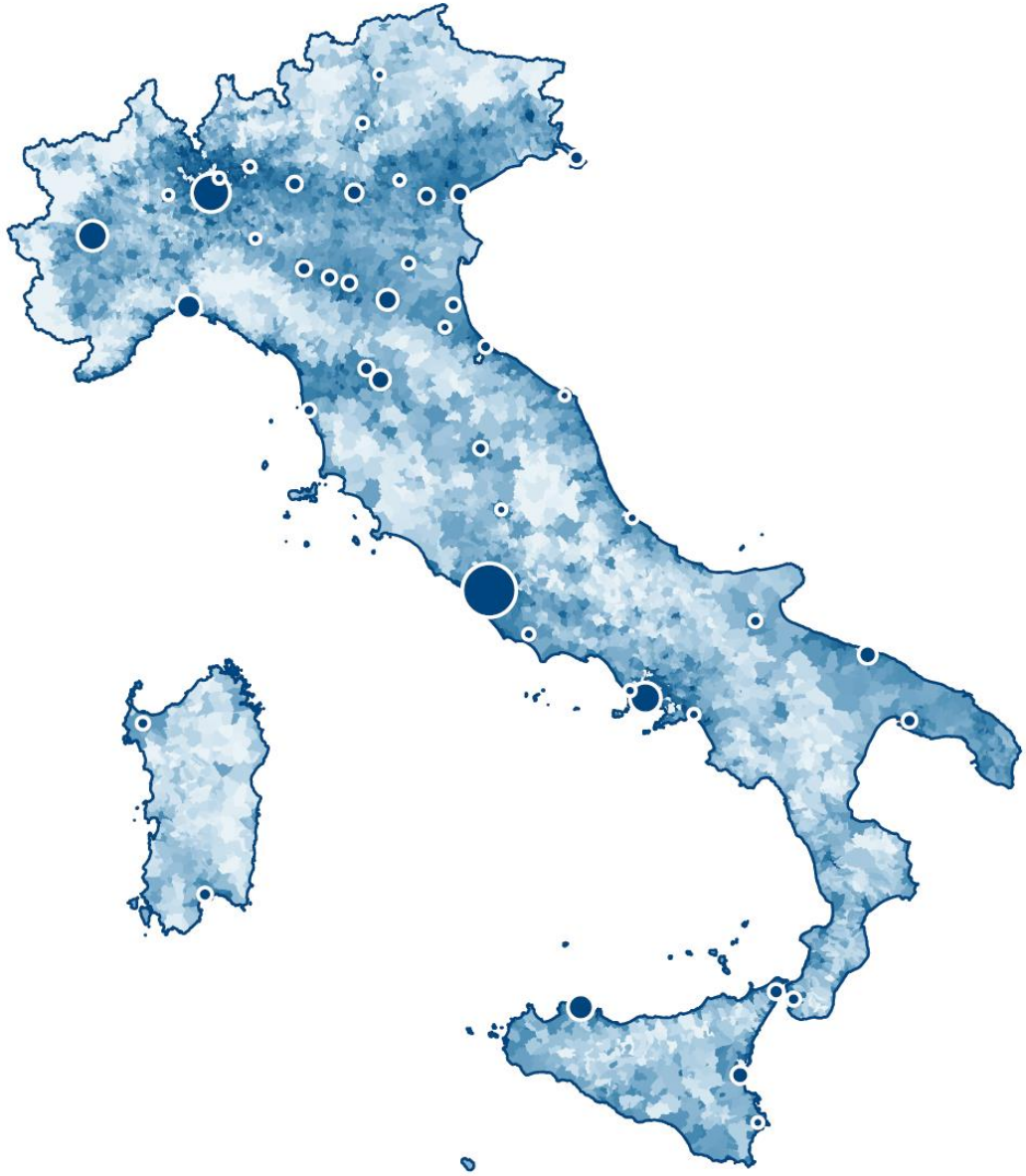




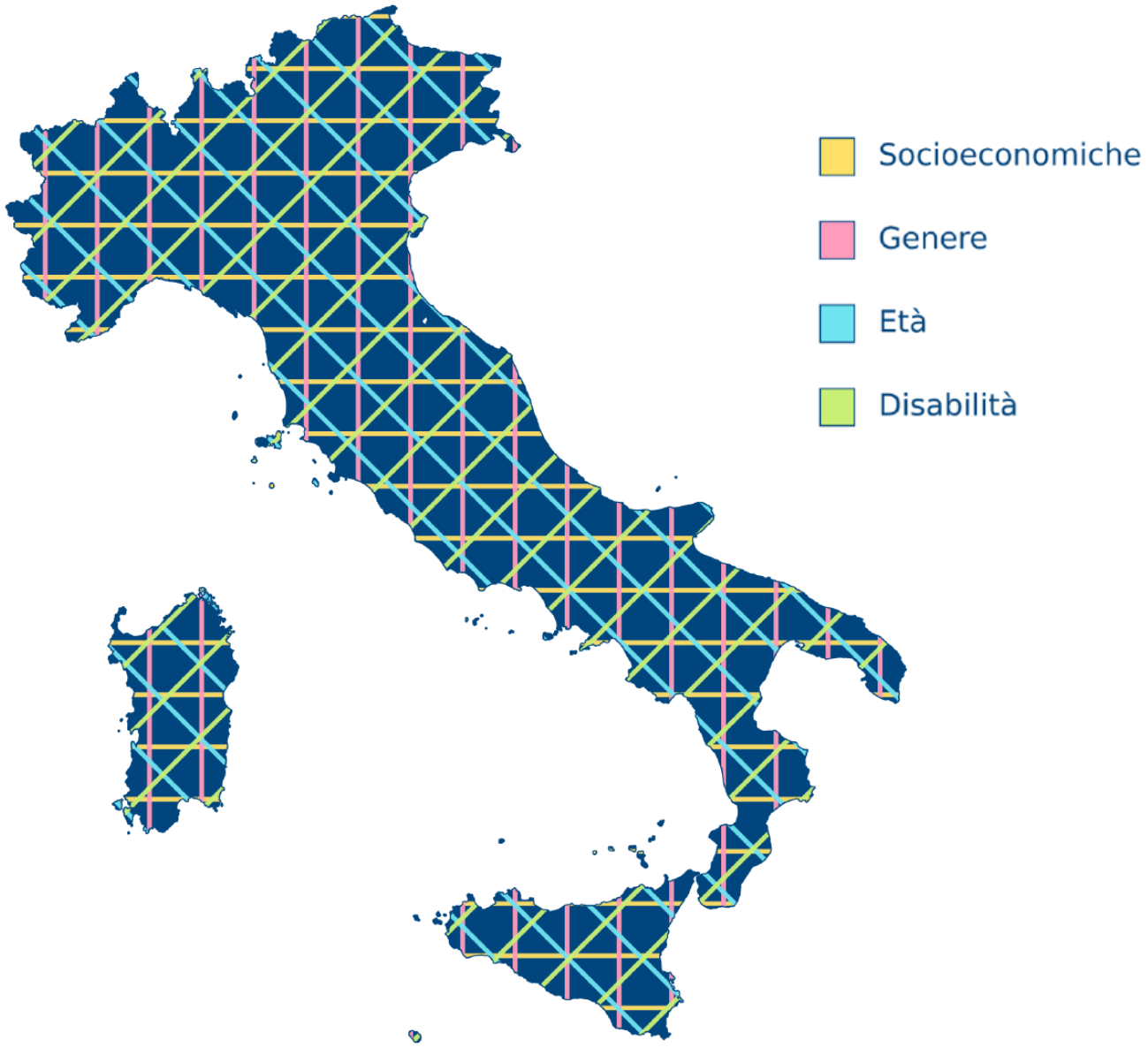
GIMBE
EVIDENCE FOR HEALTH



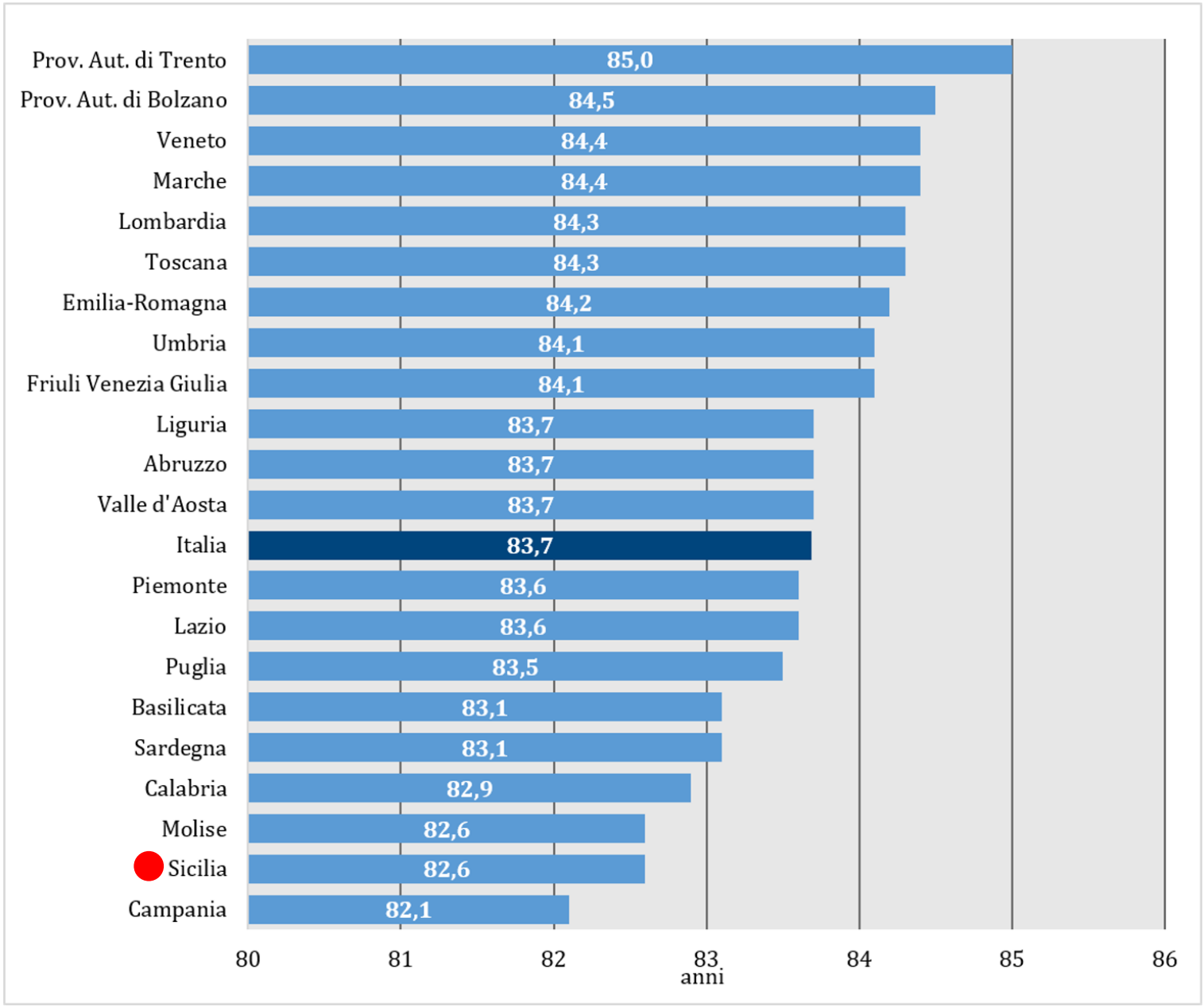
GIMBE
EVIDENCE FOR HEALTH



GIMBE
EVIDENCE FOR HEALTH


Socioeconomiche
Genere
Età
Disabilità

Aspettativa di vita alla nascita 2025



ISTAT, 2026

GIMBE
EVIDENCE FOR HEALTH


Finanziamento pubblico
Livelli Essenziali di Assistenza
Spesa sanitaria
Personale sanitario

2010-2019

Sotto-finanziamento SSN

Mancata programmazione

Tetto di spesa sul personale

Mancati rinnovi contrattuali

Blocco delle assunzioni

Borse di studio insufficienti

Progressiva carenza di personale sanitario

2020-2026

Pandemia COVID-19

Burnout, frustrazione, demotivazione

Pensionamenti anticipati

Licenziamenti volontari

Fuga verso il privato e l'estero

Fenomeno dei "gettonisti"

Perdita di attrattività del SSN
Richiamo dal libero mercato

OECD Health Statistics

OECD Health Statistics offers the most comprehensive source of comparable statistics on health and health systems across OECD countries. It is an essential tool to carry out comparative analyses and draw lessons from international comparisons of diverse health systems.

GIMBE
EVIDENCE FOR HEALTH

Medici e infermieri: Italia vs media OCSE (anno 2024)

MEDICI	Italia	Media OCSE	Rank Italia
N° per 1.000 abitanti	5,8	4,0	2/34
Retribuzione specialisti ($)	147.782	145.795	17/32
Laureati per 100.000 abitanti	17,0	15,6	12/31

INFERMIERI	Italia	Media OCSE	Rank Italia
N° per 1.000 abitanti ●	6,9	9,7	24/33
Retribuzione infermieri ospedalieri ($) ●	49.730	67.773	30/36
Laureati per 100.000 abitanti ●	19,5	43,6	34/38
Rapporto infermieri/medici ●	1,2	2,4	30/33

GIMBE
EVIDENCE FOR HEALTH

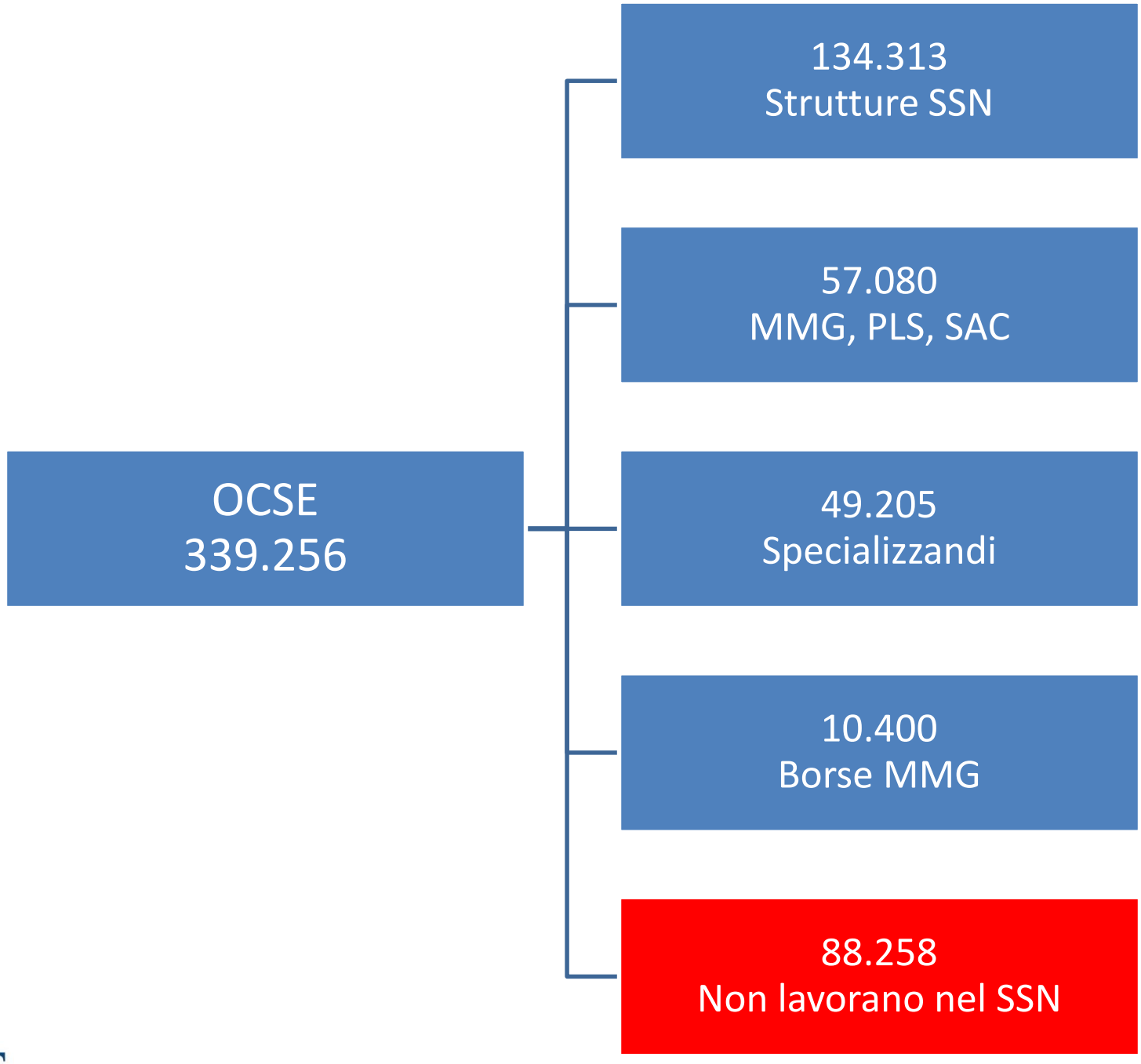
OECD, luglio 2026

Oltre 88 mila medici (26,1%) non lavorano nel SSN

Medici	OCSE	CA-RGS	MdS	SISAC	MUR	GIMBE
Specialisti[a]	263.424	-	-	-	-	-
Medici di Medicina Generale (MMG)	37.173	-	-	36.812	-	-
Altri medici generalisti	38.659	-	-	-	-	-
Dipendenti pubblici a tempo indeterminato del comparto sanità	-	108.243	-	-	-	-
SSN con contratto a tempo indeterminato	-	-	107.657	-	-	-
Dipendenti pubblici con contratto di lavoro flessibile[b] del comparto sanità	-	6.462	-	-	-	-
SSN con contratto di lavoro flessibile[b]	-	-	6.419	-	-	-
Specialisti convenzionati con il SSN	-	-	-	13.984	-	-
Pediatri di libera scelta (PLS)	-	-	-	6.284	-	-
Iscritti a scuole di specializzazione[c]	-	-	-	-	49.205	-
Iscritti al corso di formazione in medicina generale[d]	-	-	-	-	-	10.400
Universitari[e]	-	-	6.174	-	-	-
Strutture equiparate alle pubbliche[f,g]	-	-	9.015	-	-	-
Case di cura private convenzionate[g]	-	-	5.048	-	-	-
TOTALE	**339.256**	**114.705**	**134.313**	**57.080**	**49.205**	**10.400**

GIMBE EVIDENCE FOR HEALTH

Fonti varie, anno 2024

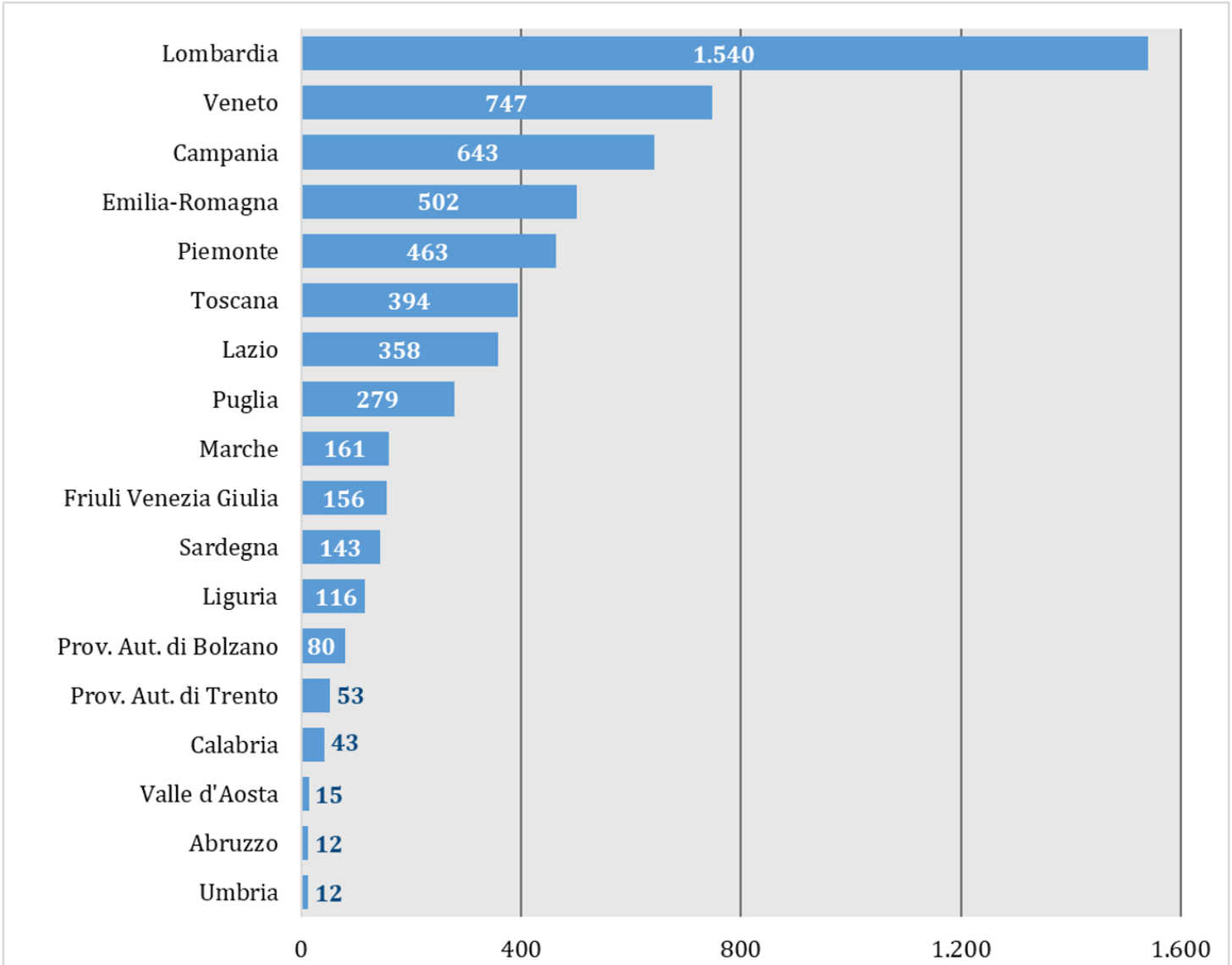

OCSE
339.256
134.313
Strutture SSN
57.080
MMG, PLS, SAC
49.205
Specializzandi
10.400
Borse MMG
88.258
Non lavorano nel SSN

Concorso SSM 2026-2027

Scuola di Specializzazione	N. di contratti disponibili	N. di contratti assegnati	% assegnazione
Chirurgia Generale	646	487	75%
Nefrologia	342	246	72%
Medicina d'emergenza urgenza	985	649	66%
Chirurgia Toracica	81	53	65%
Medicina e Cure Palliative	165	100	61%
Radioterapia	149	86	58%
Medicina di comunità e delle cure primarie	130	73	56%
Statistica sanitaria e Biometria	51	23	45%
Patologia Clinica e Biochimica Clinica	268	96	36%
Farmacologia e Tossicologia Clinica	116	39	34%
Microbiologia e virologia	111	19	17%

Dati Associazione Liberi Specializzandi (ALS), 2026

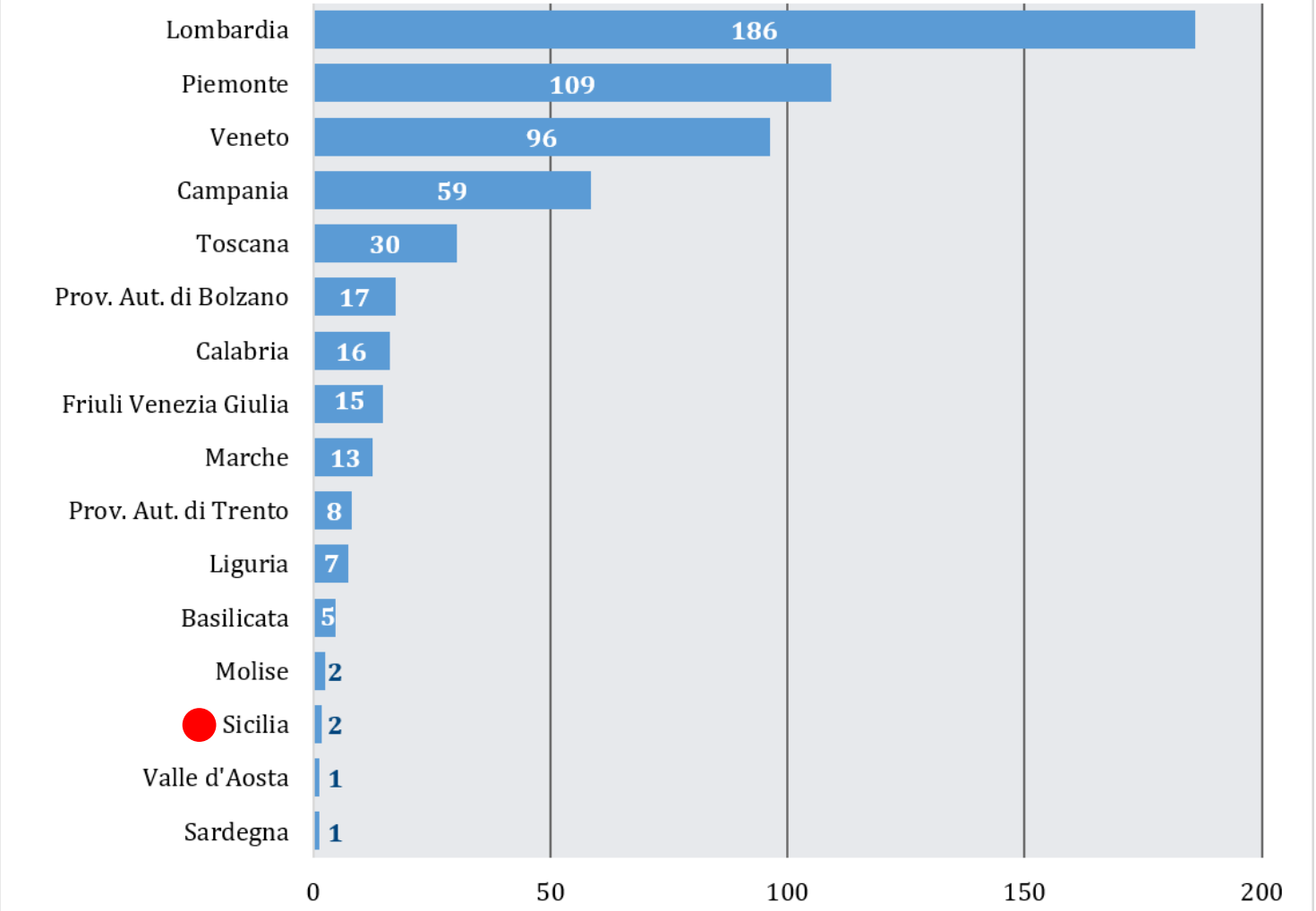
Stima carenze MMG al 1° gennaio 2025



Il grafico esclude Basilicata, Molise e Sicilia che hanno una media di assistiti per MMG inferiore a 1.200 e pertanto non registrano carenze di MMG al 1° gennaio 2025

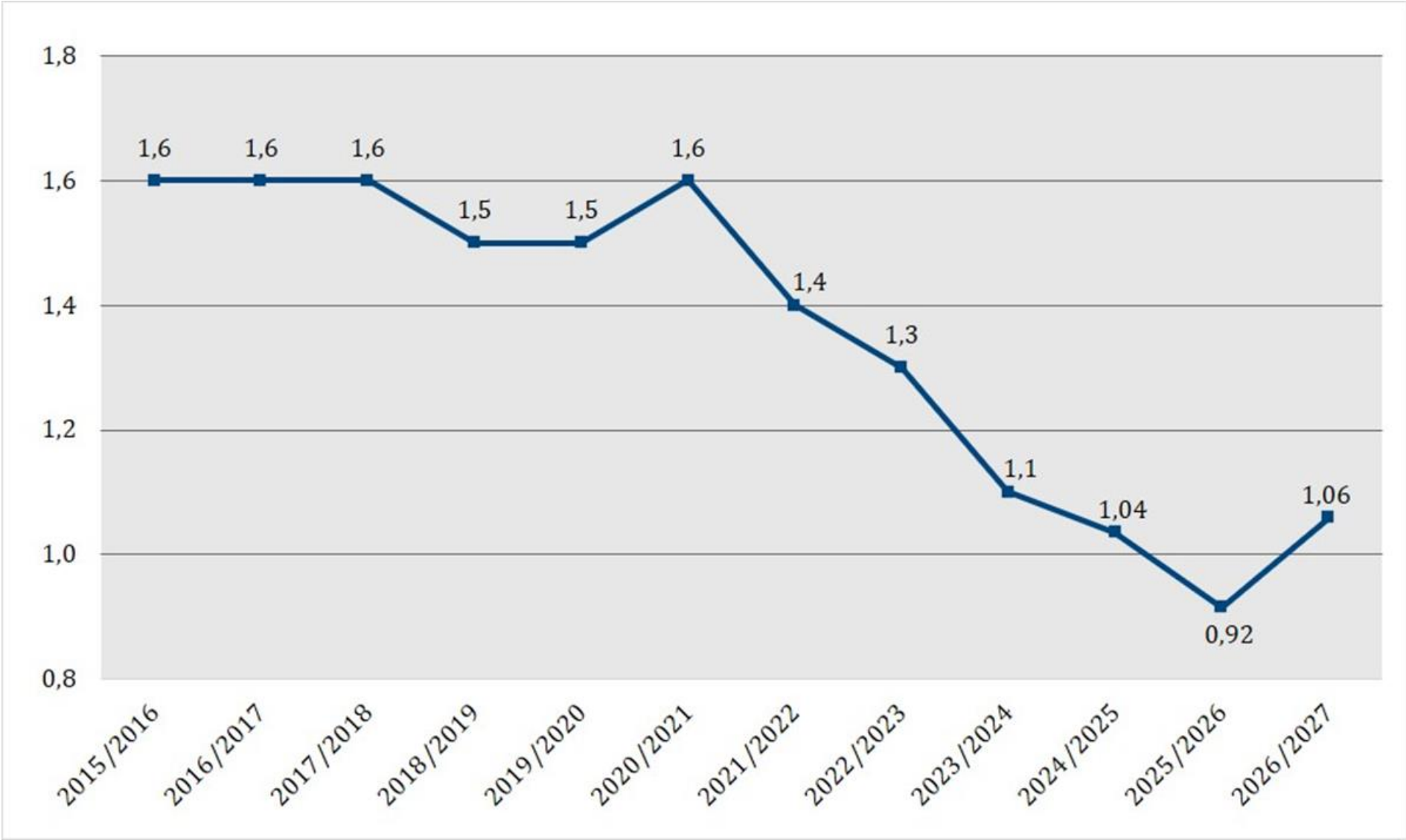
GIMBE
EVIDENCE FOR HEALTH

Stima carenze PLS al 1° gennaio 2025



Il grafico non include le Regioni con una media di assistiti/PLS inferiore a 850: Abruzzo, Emilia-Romagna, Lazio, Puglia e Umbria

Corso di Laurea in Infermieristica: domande/posti disponibili



GIMBE
EVIDENCE FOR HEALTH

Dati MUR, 2026

Quasi 80 mila infermieri (19,6%) non lavorano nel SSN

Infermieri	OCSE	CA-RGS	MdS
Infermieri	407.750	-	-
Dipendenti pubblici a tempo indeterminato del comparto sanità	-	279.990	-
SSN con contratto a tempo indeterminato[a]	-	-	278.888
SSN con contratto a tempo determinato	-	-	6.622
Universitari[b]	-	-	1.251
Strutture equiparate alle pubbliche[c,d]	-	-	17.615
Case di cura private convenzionate[d]	-	-	23.398
TOTALE	**407.750**	**279.990**	**327.774**

Fonti varie, anno 2024

AUTORITÀ NAZIONALE ANTICORRUZIONE

Domanda del SSN di servizi di fornitura di personale medico e infermieristico (cc.dd. «Gettonisti») nel contesto giuridico del Decreto-legge n. 34/2023 e del Decreto del Ministero della Salute 17 giugno 2024

Giugno 2026

Servizi di fornitura di personale	2024	2025	Variazione %
Medico	31	50	+62%
Infermieristico	24	13	-48%
Personale (generico)	441	506	+15%
TOTALE	**496**	**568**	**+15%**
Dati in milioni di €			

Dati ANAC, 2026

PIANO DI RILANCIO DEL SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE

Edizione 2026



30th 1996-2026 | GIMBE EVIDENCE FOR HEALTH

#SalviamoSSN

Piano di rilancio del Servizio Sanitario Nazionale

SALUTE IN TUTTE LE POLITICHE

Mettere la salute e il benessere delle persone al centro di tutte le politiche pubbliche e valutarne sistematicamente l'impatto

PREVENZIONE E PROMOZIONE DELLA SALUTE

Diffondere la cultura e aumentare gli investimenti in prevenzione e promozione della salute secondo l'approccio *One Health*

PERSONALE SANITARIO

Restituire attrattività al SSN, valorizzando professionisti, competenze e carriere e migliorando le condizioni di lavoro

RICERCA INDIPENDENTE

Investire stabilmente in ricerca e valutazione indipendenti per migliorare cure, servizi e politiche sanitarie

GOVERNANCE STATO-REGIONI

Rafforzare indirizzo, coordinamento e verifica dello Stato sulle Regioni per garantire equità e ridurre le diseguaglianze nell'esigibilità dei LEA



SPRECHI E INEFFICIENZE

Ridurre inappropriatezze e inefficienze, contrastare frodi e abusi e riallocare le risorse verso servizi e innovazioni ad alto valore

TRASFORMAZIONE DIGITALE

Costruire un SSN digitale, interoperabile, sicuro e accessibile, sviluppando servizi e competenze senza creare nuove diseguaglianze

FINANZIAMENTO PUBBLICO

Aumentare progressivamente il finanziamento pubblico e renderlo coerente con i bisogni di salute e le riforme del SSN

DATI APERTI E ACCESSIBILI

Rendere i dati sanitari accessibili e riutilizzabili per ricerca, valutazioni indipendenti e decisioni informate

LIVELLI ESSENZIALI DI ASSISTENZA

Aggiornare continuamente i LEA e assicurarne l'esigibilità in maniera equa in tutto il territorio nazionale, in tempi e setting assistenziali appropriati.

RAPPORTO PUBBLICO-PRIVATO

Governare l'ecosistema pubblico-privato per garantire equità di accesso, qualità e tutela dell'interesse pubblico

INFORMAZIONE SCIENTIFICA

Garantire un'informazione istituzionale basata sulle evidenze e rafforzare l'alfabetizzazione scientifica e sanitaria della popolazione

SERVIZI SANITARI E SOCIO-SANITARI

Integrare ospedale, territorio, domicilio e servizi sociali per rispondere ai bisogni di salute della popolazione e garantire la presa in carico delle persone più fragili

PATRIMONIO EDILIZIO E TECNOLOGICO

Garantire sicurezza, ammodernamento e manutenzione programmata del patrimonio edilizio e tecnologico del SSN

SANITÀ INTEGRATIVA

Rendere i fondi sanitari realmente integrativi rispetto ai LEA, rafforzando regole, trasparenza, vigilanza ed equità fiscale

PARTECIPAZIONE CIVICA E COESIONE SOCIALE

Coinvolgere cittadini, pazienti e comunità nelle scelte e nella valutazione del SSN, rafforzandolo come patrimonio collettivo

THE LANCET

EDITORIAL | VOLUME 401, ISSUE 10373, P245, JANUARY 28, 2023

The NHS is sick, but it is treatable

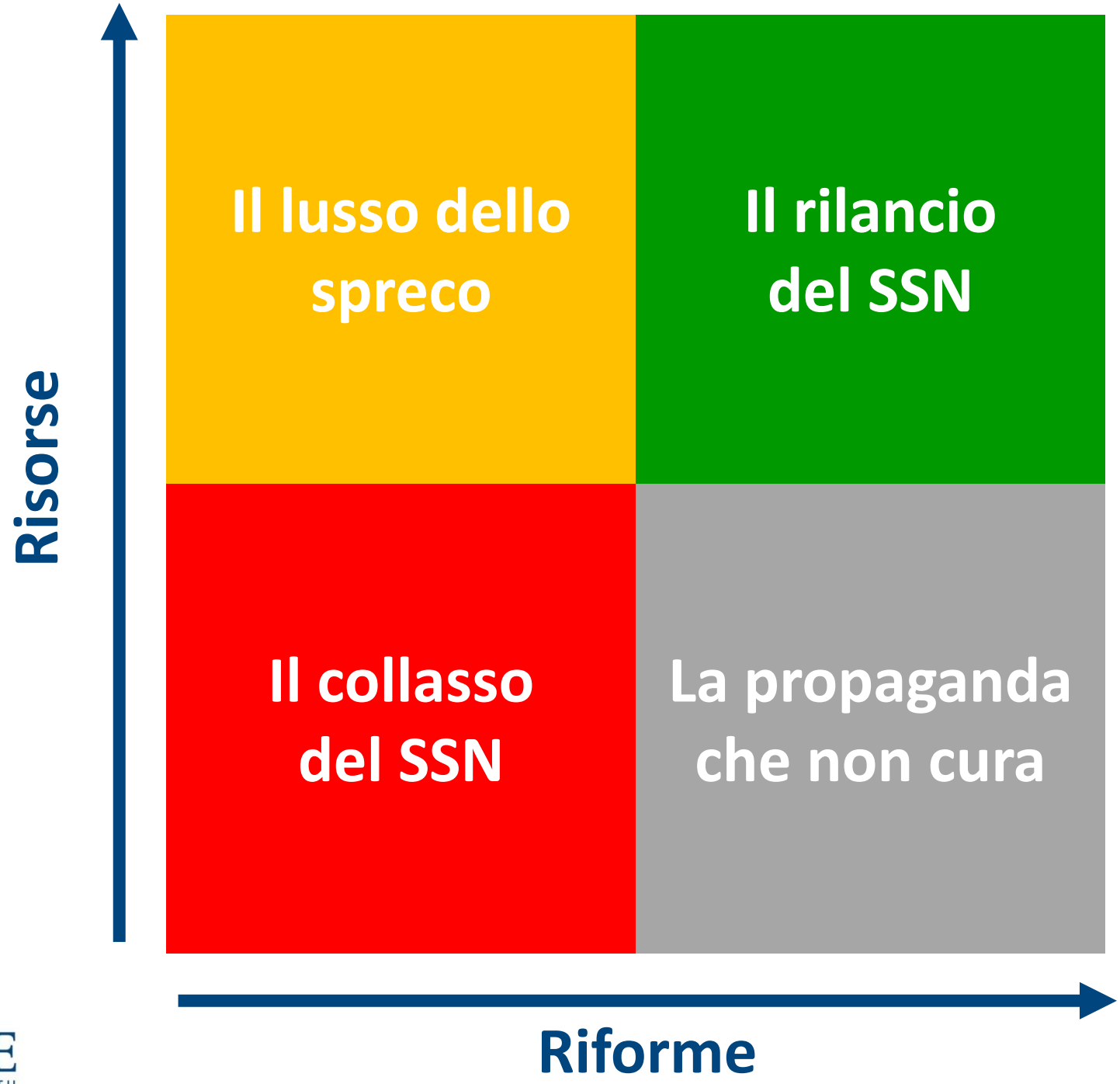
The Lancet

Published: January 28, 2023 • DOI: https://doi.org/10.1016/S0140-6736(23)00164-2 •

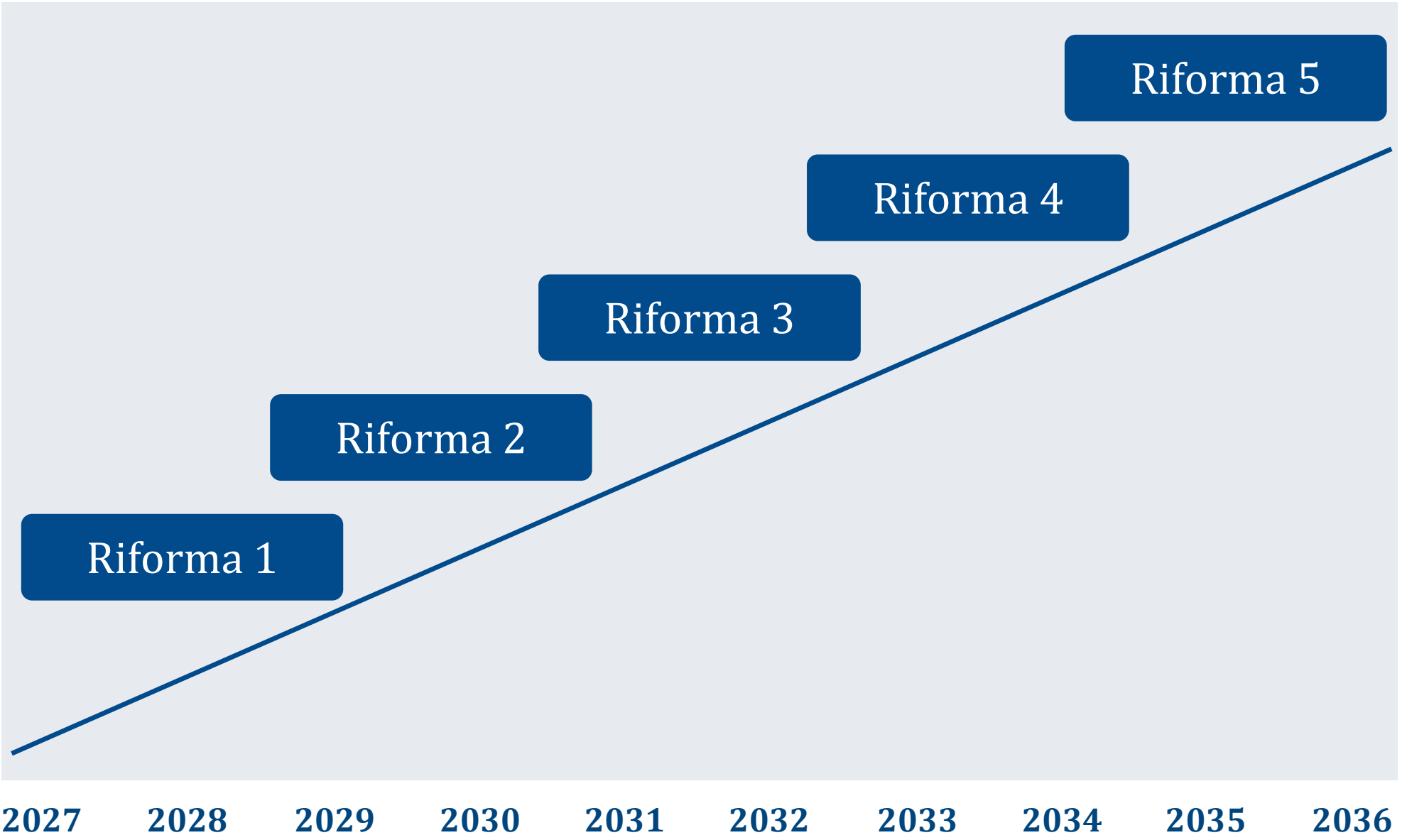
Check for updates

GIMBE
EVIDENCE FOR HEALTH


RESET
START



GIMBE
EVIDENCE FOR HEALTH



GIMBE
EVIDENCE FOR HEALTH

Visione

- **Quale modello di sanità** vogliamo lasciare in eredità alle future generazioni?

Risorse

- **Quante risorse pubbliche** vogliamo investire per la salute e il benessere delle persone?

Riforme

- **Quali riforme** dobbiamo attuare per condurre il SSN nella direzione voluta?

Supplemento ordinario alla "Gazzetta Ufficiale,, n. 360 del 28 dicembre 1978

Spedizione in abbonamento postale – Gruppo I

GAZZETTA UFFICIALE

DELLA REPUBBLICA ITALIANA

PARTE PRIMA ROMA - Giovedì, 28 dicembre 1978 SI PUBBLICA TUTTI I GIORNI MENO I FESTIVI

DIREZIONE E REDAZIONE PRESSO IL MINISTERO DI GRAZIA E GIUSTIZIA – UFFICIO PUBBLICAZIONE DELLE LEGGI E DECRETI – CENTRALINO 65101
AMMINISTRAZIONE PRESSO L'ISTITUTO POLIGRAFICO DELLO STATO – LIBRERIA DELLO STATO – PIAZZA GIUSEPPE VERDI, 10 – 00100 ROMA – CENTRALINO 8508

LEGGE 23 dicembre 1978, n. **833.**

Istituzione del servizio sanitario nazionale.

GIMBE
EVIDENCE FOR HEALTH

PIANO DI RILANCIO DEL SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE

Edizione 2026



30th 1996-2026 | GIMBE EVIDENCE FOR HEALTH

#SalviamoSSN

Un nuovo Patto

per rilanciare il Servizio Sanitario Nazionale

GIMBE
EVIDENCE FOR HEALTH

Le ragioni del Patto

Il SSN è una conquista sociale irrinunciabile

Sostiene la democrazia e la coesione sociale del Paese e l'uguaglianza tra le persone

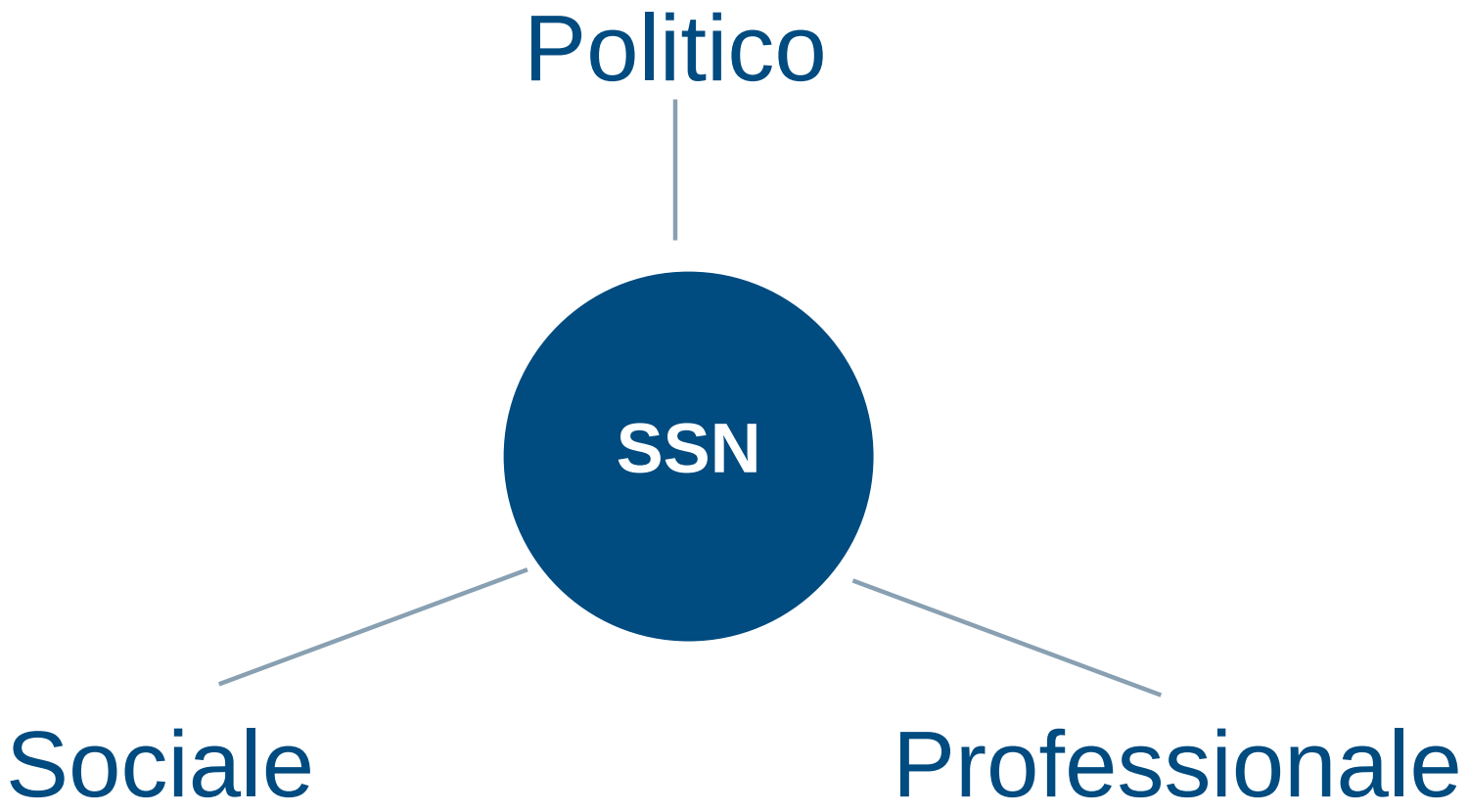
La salute sostiene lo sviluppo

Il benessere delle persone e della popolazione condiziona la crescita economica del Paese

Perdere il SSN compromette salute e dignità

Riduce la possibilità delle persone di realizzare ambizioni e obiettivi

Un nuovo Patto per rilanciare il SSN



30th 1996-2026 | GIMBE EVIDENCE FOR HEALTH

Scienza per decidere
Salute da proteggere
Sanità pubblica da difendere
Da 30 anni al servizio del Paese

SALVIAMO IL NOSTRO SSN



#SalviamoSSN

“ Un percorso fondato sul Servizio Sanitario Nazionale come bene comune e sulla scienza come guida. Un percorso libero da condizionamenti politici, economici, corporativi.





“ Un anno di appuntamenti aperti a tutte e a tutti: una comunità ampia che riconosce nel Servizio Sanitario Nazionale un bene pubblico da tutelare e nella scienza la base di tutte le decisioni sulla salute.

30th 1996-2026 GIMBE EVIDENCE FOR HEALTH



“Nella vita possono toglierti tutto,
ma non quello che hai imparato studiando.
Ecco perché non dovrai mai smettere
di studiare e migliorarti”

Gioacchino Cartabellotta

Medico di un piccolo paese
che pensava in grande

Alia (PA) 1922 – Palermo 1980



“Ha’ studiari sempri, figghiu mia,
picchì ti puonnu arrubbari tutti cosi.
Ma un ti puonnu arrubbari
chiddu ca ai ’n testa”

Gioacchino Cartabellotta

Medico di un piccolo paese che pensava in grande

Alia (PA) 1922 – Palermo 1980