

NON È SOLO UN'APP, È AVERE UN UFFICIO POSTALE SEMPRE CON TE.

Posteitaliane

SCOPRI DI PIÙ

ITALIAinforma

QUOTIDIANO ON-LINE

Cerca



Attualità Economia e Finanza Politica e Esteri Innovazione e Sostenibilità Automotive Le Interviste Arte e Cultura Rumors

AGENZIE

16 set 2026 ore 17:25
**Nyt, 'Trump lancia
blitz pubblicitario da
138 milioni per
salvare voto**

16 set 2026 ore
17:00
**Lavrov, 'se
l'Europa ci
attacca, il**

16 set 2026 ore 16:45
**Accuse di stupro in
Francia, Depardieu
contesta in appello il
suo rinvio a giudizio**

16 set 2026 ore
16:10
**Media, 'sul
Monte Fuji stop
ai soccorsi**

16 set 2026 ore
15:48
**Imprese
indotto,
sospendiamo i**

16 set 2026 ore 15:14
**Omicidio Carol
Maltesi, ergastolo
per Davide Fontana
nell'appello 'ter'**



SALUTE

Inchiesta/Sanità, servono 20 miliardi l'anno: chi paga il dopo Pnrr?

- di: Redazione 17/09/2026



Portare stabilmente il finanziamento del Servizio sanitario nazionale al 7% del Prodotto interno lordo (Pil) richiederebbe oggi circa 20 miliardi aggiuntivi l'anno. A legislazione vigente il Fondo salirà a 142,9 miliardi nel 2026, 143,9 nel 2027 e 144,8 nel 2028, ma scenderà dal 6,15% al 5,9%

ITALIAinforma

NEWSLETTER

Ogni giorno selezioniamo per voi
le notizie principali
dall'Italia e dal mondo

ISCRIVITI

IL MAGAZINE

Italia Informa LUG-AGO 2026



circa del Pil. Intanto la nuova rete territoriale costruita con il Piano nazionale di ripresa e resilienza (Pnrr) dovrà continuare a funzionare con personale, servizi e spesa corrente che i fondi europei non possono garantire per sempre.

La cifra che ha dominato l'audizione delle Regioni alla Camera è abbastanza grande da cambiare il modo in cui si guarda ai conti della sanità: **circa 20 miliardi di euro in più ogni anno**. È l'ordine di grandezza necessario, ai valori attuali, per portare stabilmente il finanziamento del Servizio sanitario nazionale al **7% del Pil**. Non è un disavanzo già contabilizzato: misura la distanza tra le risorse previste e un livello di finanziamento che le Regioni considerano adeguato. Accanto a questa distanza ce n'è un'altra: quella tra la spesa sanitaria attesa e le risorse disponibili.

Il 15 settembre, davanti alla Commissione Affari sociali della Camera, **Massimo Fabi, coordinatore della Commissione Salute della Conferenza delle Regioni e delle Province autonome e assessore alla Sanità dell'Emilia-Romagna**, ha chiesto che il Fondo sanitario nazionale venga collegato al fabbisogno reale. Il punto delle Regioni è che l'aumento deciso per il 2026 non prosegue con la stessa intensità negli anni successivi e rende difficile programmare assunzioni, servizi, assistenza territoriale e investimenti che producono costi permanenti. Il quadro a legislazione vigente indica **142,9 miliardi nel 2026, 143,9 miliardi nel 2027 e 144,8 miliardi nel 2028**. In valore assoluto il Fondo continua dunque a crescere, ma molto meno del Pil nominale: la quota passa dal **6,15% nel 2026** a circa **6,04% nel 2027** e **5,9% nel 2028**.

Tre giorni prima dell'audizione, il ministro della Salute **Orazio Schillaci** aveva indicato la stessa grandezza. *"Per arrivare ad una spesa sanitaria pari al 7% del Pil oggi ci vogliono 20 miliardi"*, aveva detto, aggiungendo che l'aumento delle risorse deve essere accompagnato da un uso più efficace della spesa. Per la prossima legge di Bilancio il Ministero della Salute ha inoltre chiesto al Ministero dell'Economia circa **5,5 miliardi aggiuntivi per il 2027**, molto meno dei 20 miliardi necessari per raggiungere subito il 7%.

Qui occorre evitare un equivoco che rischia di confondere il dibattito. Il **7%** di cui parlano Regioni e ministro riguarda il finanziamento pubblico del Servizio sanitario nazionale rispetto al Pil. Non coincide con la spesa sanitaria totale misurata dall'Ocse, che comprende anche la componente privata. L'Organizzazione per la cooperazione e lo sviluppo economico (Ocse) stima per l'Italia una spesa sanitaria complessiva pari all'**8,4% del Pil**, contro una media Ocse del 9,3%. Confrontare direttamente l'8,4% con il 6,15% del Fondo sarebbe quindi scorretto: sono due grandezze diverse.

C'è poi un secondo numero, meno spettacolare dei 20 miliardi ma forse ancora più concreto. Le proiezioni sulla spesa sanitaria indicano un fabbisogno superiore alle risorse assegnate. Secondo le elaborazioni della Fondazione Gimbe sui documenti di finanza pubblica, il divario sarebbe di circa **6,8 miliardi nel 2026, 7,6 miliardi nel 2027 e 10,7 miliardi nel 2028**. Anche questo non equivale automaticamente a un deficit delle Regioni dello stesso importo: la spesa può essere ricomposta, alcune previsioni possono cambiare e le leggi di Bilancio successive possono aggiungere risorse. Ma il dato misura una pressione crescente sui bilanci sanitari proprio mentre



Italia Informa MAG-GIU 2026



TUTTI GLI ARTICOLI

- 

17/09/2026 **Inchiiesta/Sanità, servono 20 miliardi l'anno: chi paga il dopo Pnrr?**

[LEGGI >>](#)
- 

17/09/2026 **Carburanti, diesel record: il pieno da 50 litri costa oltre 112 euro**

[LEGGI >>](#)
- 

17/09/2026 **Reportage/Fed, il rialzo pesa su famiglie, imprese e Trump**

[LEGGI >>](#)
- 

17/09/2026 **Wall Street, Dow -1,21% dopo la Fed: Aperture Asia miste**

[LEGGI >>](#)
- 

16/09/2026 **Professioni sanitarie 2026, 75.500 candidati: ora le graduatorie**

[LEGGI >>](#)
- 

16/09/2026 **Università, il libro resiste: per 9 docenti su 10 resta lo strumento più solido**

[LEGGI >>](#)

Cerca gli articoli nel sito:

il Paese dovrebbe completare la più importante riorganizzazione dell'assistenza territoriale degli ultimi decenni.

È qui che il Pnrr cambia natura. Finché il Piano nazionale di ripresa e resilienza finanziava cantieri, apparecchiature, digitalizzazione e riconversioni, il problema era spendere bene e rispettare i tempi. Ora la domanda diventa un'altra: **chi finanzia ogni anno ciò che è stato costruito?** Il target europeo della Missione Salute comprende almeno **1.038 Case della Comunità** e **307 Ospedali di Comunità**, oltre alle Centrali operative territoriali. Per le Case il Pnrr ha destinato 2 miliardi e per gli Ospedali di Comunità circa 1 miliardo: risorse di investimento. Dopo i cantieri, però, strutture e servizi devono essere mantenuti e soprattutto popolati di professionisti.

Il **decreto ministeriale 77 del 2022**, che ha disegnato il nuovo modello dell'assistenza territoriale, aiuta a capire l'ordine di grandezza organizzativo. Per una Casa della Comunità hub sono previsti **7-11 infermieri, un assistente sociale e 5-8 unità di personale di supporto**, oltre al lavoro dei medici di medicina generale, dei pediatri, degli specialisti e degli altri professionisti coinvolti. Per un Ospedale di Comunità da 20 posti letto lo standard prevede **7-9 infermieri, 4-6 operatori sociosanitari, 1-2 professionisti con funzioni riabilitative e un medico per 4,5 ore al giorno, sei giorni su sette**. Non tutte le Case finanziate dal Pnrr hanno la stessa configurazione e non sarebbe corretto moltiplicare meccanicamente questi numeri per 1.038. Ma è evidente quale sia il passaggio dalla fase edilizia alla fase gestionale: il costo ricorrente non è nei muri, è nelle persone e nei servizi.

Il problema è aggravato dalla disponibilità di personale. Nell'ultimo confronto internazionale dell'Ocse l'Italia dispone di **6,9 infermieri in attività ogni mille abitanti**, contro una media di **9,2** nei Paesi dell'organizzazione. Sul numero complessivo dei medici il dato italiano è invece superiore alla media Ocse, ma l'aggregato nazionale nasconde squilibri tra specialità, territori, pronto soccorso, medicina generale e aree interne. Per le nuove strutture territoriali, quindi, il finanziamento è soltanto una parte del problema: occorre anche trovare professionisti da assumere e convincerli a restare nel servizio pubblico.

La nuova rete nasce inoltre in un Paese che sta invecchiando più velocemente della maggior parte dell'Europa. Al 1° gennaio 2026, secondo l'Istituto nazionale di statistica (Istat), gli italiani con almeno 65 anni sono **14,821 milioni, il 25,1% della popolazione**; gli ultraottantacinquenni sono 2,511 milioni. È proprio per questa popolazione, insieme ai pazienti cronici e fragili, che Case e Ospedali di Comunità dovrebbero ridurre il ricorso improprio agli ospedali, garantire assistenza vicino a casa, accompagnare le dimissioni e rafforzare le cure domiciliari. Se funzionano, possono anche evitare parte dei costi più elevati dell'assistenza ospedaliera. Ma i risparmi eventuali arrivano solo dopo che la rete è diventata realmente operativa: non possono essere usati in anticipo come copertura certa.

Il rischio più concreto del dopo-Pnrr è perciò quello di una sanità territoriale a velocità diverse. Le Regioni con bilanci più solidi, maggiore disponibilità di personale e reti territoriali già sviluppate partono avvantaggiate. Quelle con carenze storiche

CERCA

LEGGI TUTTI GLI
ARTICOLIIL SALONE
DEI PAGAMENTI

SCOPRI DI PIÙ

possono incontrare più difficoltà nel trasformare una struttura formalmente aperta in un servizio capace di prendere in carico i pazienti per molte ore al giorno e per tutta la settimana. La stessa indagine della Camera sui Livelli essenziali di assistenza parte dalle forti differenze territoriali nell'accesso, nei tempi di attesa e nella dotazione di servizi.

Anche per questo il tema dei 20 miliardi non può essere ridotto alla contrapposizione tra chi chiede più spesa e chi invoca efficienza. Il Servizio sanitario nazionale ha problemi di entrambi i tipi. Esistono margini di appropriatezza, acquisti, organizzazione, prevenzione, farmaceutica e integrazione ospedale-territorio che possono produrre risparmi o liberare risorse. Le Regioni, nella stessa audizione, hanno chiesto regole più certe sul payback farmaceutico e dei dispositivi medici, maggiore flessibilità nell'uso dei fondi e una revisione dei vincoli sul personale. Schillaci insiste sulla prevenzione e sulla qualità della spesa. Nessuno dei documenti oggi disponibili, però, dimostra che soli recuperi di efficienza possano colmare in tempi brevi una distanza di circa 20 miliardi l'anno.

Se si decide di avvicinare il Fondo al 7% del Pil, la parte principale delle risorse dovrà arrivare dal bilancio dello Stato: maggiore gettito, riallocazione di altre voci di spesa, nuove entrate oppure maggiore disavanzo compatibilmente con le regole di finanza pubblica. Schillaci ha proposto che gli investimenti per la salute siano trattati diversamente nel calcolo del debito, ma allo stato attuale questa è una posizione politica, non una modifica delle regole europee. Le Regioni, da sole, non dispongono di uno spazio fiscale paragonabile ai 20 miliardi indicati.

Se invece le risorse aggiuntive non arriveranno in misura sufficiente, il conto non scompare. Può trasferirsi sui bilanci regionali, sulla quantità di servizi erogati, sui tempi di attesa, sulla capacità di assumere personale e, in ultima istanza, sulle famiglie. Nel 2024 la spesa sanitaria totale italiana è stata di **185,1 miliardi**: 137,5 miliardi finanziati dal settore pubblico, **41,3 miliardi pagati direttamente dalle famiglie** e 6,4 miliardi attraverso regimi volontari e assicurativi. Nello stesso anno il **9,9% della popolazione** ha dichiarato di aver rinunciato ad almeno una prestazione sanitaria ritenuta necessaria; tra le cause pesano le liste d'attesa e le difficoltà economiche.

Un Fondo che cresce meno del fabbisogno non produce automaticamente meno cure il giorno successivo, perché aziende sanitarie e Regioni possono riorganizzare, rinviare spese, utilizzare altre risorse o ricevere nuovi stanziamenti. Ma nel medio periodo una divergenza persistente tende a emergere in qualche punto del sistema: un concorso che non parte, una struttura che apre con servizi limitati, una diagnostica che lavora meno ore di quelle potenziali, un contratto rinviato, una lista che si allunga, una prestazione acquistata dal privato.

Le cifre per il 2027 e il 2028, peraltro, **non sono irrevocabili**. Sono quelle stabilite a legislazione vigente e potranno essere modificate dalle prossime leggi di Bilancio. Il confronto decisivo comincia proprio ora. Il Ministero della Salute chiede risorse aggiuntive, le Regioni chiedono una crescita strutturale del Fondo e il ministero dell'Economia deve collocare queste richieste dentro i vincoli complessivi dei conti pubblici.

Il Pnrr ha reso questa scelta più urgente perché ha modificato la geografia materiale del servizio sanitario. Le nuove Case della Comunità, gli Ospedali di Comunità, le Centrali operative e la telemedicina sono stati progettati per spostare una parte delle cure dall'ospedale al territorio. Sarebbe un errore misurare il successo della Missione Salute soltanto contando gli edifici completati o le apparecchiature acquistate. Il risultato si vedrà quando un anziano fragile troverà davvero un infermiere, un medico e un percorso assistenziale senza essere costretto a tornare in pronto soccorso.

Ed è proprio qui che i due numeri dell'inchiesta si incontrano: i **20 miliardi** necessari per raggiungere il 7% del Pil e i **10,7 miliardi** che, secondo le attuali proiezioni, potrebbero separare nel 2028 la spesa sanitaria prevista dalle risorse assegnate. Sono misure diverse e non vanno sommate, ma raccontano lo stesso problema: il nuovo Servizio sanitario nazionale rischia di avere costi permanenti che crescono più rapidamente dei finanziamenti già programmati. Dopo la stagione degli investimenti europei, la sostenibilità della sanità torna dunque dove è sempre stata: dentro la legge di Bilancio, nei conti delle Regioni e nella capacità dello Stato di decidere quanta parte della propria ricchezza destinare stabilmente alla salute.

Leggi anche gli articoli più recenti di Italia Informa su sanità e salute:

***Inchiesta/RSA, migliaia di anziani aspettano un posto
Professioni sanitarie 2026, 75.500 candidati: ora le
graduatorie
Inchiesta/Sanità, 42 miliardi il prezzo delle attese
Contratto sanità, aumenti fino a 240 euro e arretrati
Schillaci avverte Giorgetti: senza 5 miliardi la sanità cede***

TAGS: Inchiesta sanità, sanità 20 miliardi, finanziamento SSN, Fondo sanitario nazionale, sanità 7% Pil, dopo Pnrr sanità, Case della Comunità, Ospedali di Comunità, personale sanitario, infermieri, spesa sanitaria, Regioni sanità, Massimo Fabi, Orazio Schillaci, legge di Bilancio sanità, Servizio sanitario nazionale,



NOTIZIE DELLO STESSO ARGOMENTO

 Salute
 17/09/2026

Inchiesta/Sanità, servon...

 Salute
 16/09/2026

Professioni sanitarie 202...

 Salute
 16/09/2026

Inchiesta/RSA, migliaia d...