

Cerca nel sito

17 Settembre 2026 08:17

quotidianosanità.it

Lettere al direttore

Cronache Governo e Parlamento Regioni e Asl Lavoro e Professioni Scienza e Farmaci Studi e Analisi Lettere al direttore
Edizioni Regionali QS Pro Professionisti Sanitari. AI

QS Club Newsletter

QS » Lettere al direttore » Quanto ci costano il sociale e la sanità



Stampa

Quanto ci costano il sociale e la sanità



Gentile Direttore, se il servizio pubblico non garantisce cure tempestive e accessibili, il costo si sposta dal Ssn al cittadino, aggravando disuguaglianze e povertà sanitaria. L'Ue chiede all'Italia di migliorare l'accesso alle cure e affrontare la carenza di

personale. Sullo sfondo, fragilità e nuove povertà pongono il tema della sostenibilità e dell'equità del welfare

Gentile Direttore,

se il servizio pubblico non riesce a garantire un servizio con tempestività e accessibilità, non è che necessariamente una prestazione scompaia: spesso accade che cambi semplicemente pagatore. Dal Fondo pubblico si passa al portafoglio del cittadino. Il deterioramento del Ssn sta diventando quindi anche un problema di equità sociale e di produttività, non soltanto di politica sanitaria. Il Consiglio della UE chiede all'Italia di migliorare l'accesso tempestivo ed economicamente sostenibile alle cure e di affrontare le carenze di personale. Perdiamo popolazione, ma fanno la loro comparsa nuove forme di povertà, il lavoro povero, la povertà sanitaria. Aumentano le solitudini e le fragilità. Come affrontare queste dinamiche? Come evitare che il welfare possa diventare insostenibile? Avremo un welfare selettivo (c'è già) o un welfare per censo? Possiamo permetterci questa decadenza? Riflettiamo sulle conseguenze possibili.

Invecchiamento della popolazione in Italia.

In Italia gli anziani (persone di età pari o superiore a 65 anni) sono già circa 14,57 milioni, il che corrisponde al 24,7% della popolazione totale. I dati ufficiali dell'[ISTAT](#) confermano che l'Italia detiene il primato come il paese più vecchio dell'Unione Europea e il secondo al mondo, dopo il Giappone.

Il panorama italiano è caratterizzato da una transizione demografica profonda: un invecchiamento strutturale e un progressivo calo del tasso di natalità. All'interno della stessa popolazione anziana si registra un forte aumento della fascia più adulta: gli over 80 hanno raggiunto i 4,6 milioni. Per la prima volta nella storia del Paese, il numero di persone con più di 80 anni ha superato quello dei bambini sotto i 10 anni (pari a circa 4,3 milioni). L'Indice di Vecchiaia ha superato la quota critica

Ultime analisi e review da QS Pro Gold



Liste d'attesa, il Ssn tra arretrati, carenza di personale e nuove regole



Terapia antitrombotica nel paziente fragile: nuove evidenze per una gestione personalizzata



Assistenza infermieristica al paziente adulto in ventilazione non invasiva (NIV)



Cloud sanitario: infrastrutture, compliance, GDPR e Risk management



Gestione dell'ipertensione resistente: dalle Linee Guida alle terapie innovative

Quotidiano
Sanità CLUB

Gli speciali



Sanità digitale per garantire più salute e sostenibilità. Ma servono standard e condivisione

Tutti gli speciali

I più letti [7 giorni] [30 giorni]



L'infermiere, una professione usurante che richiede un nuovo sistema di welfare



Rivoluzione nella Sanità Pubblica: il TAR abbatte le esclusive e conferma l'unitaria Dirigenza Sanitaria

del 200% (attestandosi intorno a 207 anziani ogni 100 giovani sotto i 14 anni). Questo significa che in Italia ci sono più del doppio di anziani rispetto ai ragazzi.

L'invecchiamento è accelerato da una "de natalità" persistente: le nascite annuali sono scese a circa 355.000, a fronte di circa 652.000 decessi. Questo squilibrio genera un saldo naturale fortemente negativo (circa -296.000 persone all'anno), che viene parzialmente compensato solo dai flussi migratori in ingresso.

L'Indice di Dipendenza Strutturale e Sostenibilità ha superato il 57%. In termini pratici, oggi ci sono meno di tre persone in età attiva (15-64 anni) per ogni over 65. Questo scenario pone sfide senza precedenti per la tenuta del sistema pensionistico e del Servizio Sanitario Nazionale (SSN).

Il cambiamento demografico modifica la struttura sociale: il 36,2% delle famiglie è ormai composto da una persona sola, e questo fenomeno interessa prevalentemente gli anziani. Circa un anziano su tre vive da solo, quota che sale a quasi il 50% tra gli over 85, aumentando il rischio di isolamento e la richiesta di assistenza.

Per contro la principale possibile leva attiva del processo di invecchiamento in Italia potrebbe essere la promozione dell'invecchiamento attivo (*active ageing*), inteso come l'insieme di politiche e stili di vita che mantengono gli anziani inseriti nella società.

Il dibattito economico sul rapporto tra demografia e crescita evidenzia che il calo delle nascite e l'invecchiamento della popolazione riducono il potenziale di sviluppo economico di un paese, a meno che non aumenti la produttività e la partecipazione al lavoro. Come sottolineato nel documento dell'[ABI](#), la transizione demografica è una sfida strutturale che incide sugli equilibri sociali ed economici.

Una popolazione che invecchia riduce il numero di persone in età da lavoro. Aumentano i costi legati alla sanità e alle pensioni, riducendo le risorse per gli investimenti. Meno famiglie e meno consumi frenano lo sviluppo del PIL (Prodotto Interno Lordo, il valore totale di beni e servizi prodotti).

Per far fronte a queste dinamiche occorrerebbe portare più donne nel mercato del lavoro per compensare la carenza di lavoratori; favorire l'ingresso di lavoratori stranieri qualificati per sostenere il sistema produttivo; investire in tecnologia e intelligenza artificiale per produrre di più con meno ore lavorative.

Fattori Chiave per sviluppare una policy correlata potrebbero sostanzarsi in:

Partecipazione sociale e lavorativa: Coinvolgere gli over 65 in attività di volontariato, formazione continua, nonnismo attivo o permanenza prolungata nel mondo del lavoro.

Prevenzione e stili di vita: Incentivare l'attività psicofisica, una corretta alimentazione e la riduzione della sedentarietà per preservare l'autosufficienza.

Sostenibilità del welfare: Ridurre il peso sanitario ed economico sulla collettività valorizzando le competenze della popolazione senior, come già si fa in Scozia, Inghilterra, Spagna, Portogallo, Lituania, Slovenia e altri.

Ruolo istituzionale: Sviluppare piani nazionali e regionali mirati alla longevità positiva, coordinati da enti come il Ministero della Salute e osservatori dedicati.

Quanti sono i poveri in Italia nel 2026

In Italia, secondo i dati di monitoraggio diffusi nel 2026 dall'[Alleanza Contro la Povertà](#), si stima che vi siano circa 5,7 milioni di individui in povertà assoluta, per un totale di 2,2 milioni di famiglie (pari all'8,4% del totale) e circa 1,28 milioni di minori. Quasi 11 milioni di persone secondo le stime complessive, con un'incidenza stabile intorno al 18,6%.

Relativamente alla incidenza di *lavoratori poveri (working poor)* abbiamo circa 2,4 milioni di persone (oltre il 10% dei lavoratori) pur avendo un'occupazione non riescono a uscire da una situazione di difficoltà. L'insicurezza alimentare si attesta al 9,3% e la povertà energetica al 9,1%.



Tumore del pancreas. Aiom:
 "Daraxonrasib non ancora disponibile in Italia. Avviare subito l'uso compassionevole"



Lombardia. Medici di famiglia in
 sciopero per due giorni, ma la Fimmg non aderisce



Tumore della prostata: siamo pronti
 per uno screening con RM senza mezzo di contrasto?

I dati territoriali sulla povertà assoluta in Italia, basati sui più recenti rapporti istituzionali, confermano un forte divario strutturale tra il Nord e il Mezzogiorno. Mentre il valore medio nazionale delle famiglie in povertà assoluta si attesta all'8,4%, la distribuzione geografica mostra le seguenti percentuali di incidenza:

Area Geografica	Incidenza Povertà (Famiglie)	Note e Dettagli Territoriali
Mezzogiorno (Sud e Isole)	10,5%	Rimane l'area con la concentrazione più elevata. Quasi 4 famiglie povere su 10 in Italia risiedono in quest'area, con picchi evidenti nelle Isole dove l'incidenza tocca il 13,4%.
Nord	7,9%	L'incidenza complessiva si differenzia leggermente tra il Nord-Ovest (8,1%) e il Nord-Est (7,6%). Nonostante le percentuali siano più basse rispetto al Sud, l'alto numero di residenti fa sì che il Nord ospiti comunque una quota numericamente molto significativa di persone indigenti. Tener presenti le aree di deindustrializzazione.
Centro	6,5%	Si conferma l'area geografica con la minore incidenza di povertà assoluta a livello nazionale.

Anche la *povertà minorile* segue questo andamento, oscillando dal 12,1% al Centro fino al 16,4% nel Mezzogiorno. Nelle regioni del Mezzogiorno si continuano a concentrare anche i livelli più elevati di individui a "*rischio di povertà*" (coloro che vivono in famiglie con un reddito netto inferiore al 60% della mediana nazionale). L'analisi dell'impatto della povertà basata sul titolo di studio e sulla cittadinanza evidenzia come l'istruzione rimanga il principale fattore di protezione sociale, mentre i nuclei di soli stranieri subiscano la vulnerabilità economica più acuta nel Paese.

Il livello di istruzione influisce drasticamente sul rischio di scivolare nella povertà assoluta (dati relativi agli individui dai 25 anni in su). Infatti colpisce appena il 2,3% dei cittadini con titolo di studio superiori, mentre l'incidenza sale vertiginosamente al 15,1% per i diplomati o con titolo di studio inferiore.

Le difficoltà di integrazione e l'accesso limitato a impieghi stabili determinano un divario netto rispetto alle famiglie composte da cittadini italiani. Nelle famiglie di soli stranieri l'incidenza della povertà assoluta raggiunge il 35,2%. Si tratta di un valore quattro volte superiore rispetto alla media nazionale

I rapporti evidenziano ulteriori categorie ad altissima vulnerabilità finanziaria quali le famiglie monogenitoriali tra cui il rischio di povertà si attesta al 36,3% mentre nelle famiglie numerose (3 o più figli minori) l'incidenza balza al 22,3%

I finanziamenti per le Politiche Sociali

I fondi per le politiche sociali in Italia dal 2023 a oggi si basano su una pluralità di strumenti di bilancio statale ed europeo, con uno stanziamento complessivo che nel 2025 ha superato i 10,4 miliardi di euro distribuiti in oltre venti fondi specifici.

Nella Legge di Bilancio 2025, i fondi per il welfare sociale ammontavano a 10.451.083.000 euro. Tali risorse sono distribuite in 25 diversi fondi che appaiono, oggettivamente, eccessivi per gli oneri burocratici e rendicontativi che ognuno di questi fondi genera. Senza ridimensionare le risorse forse sarebbe più facile la gestione del sistema se alcuni fondi si aggregassero. Pensiamo, per esempio, che i fondi a contrasto della povertà sono addirittura sette mentre quelli per la disabilità sono cinque. La gran parte delle risorse sono destinate al contrasto della povertà; a questa finalità sono destinati 7.444.620.000 euro pari al 71,2% del totale della spesa per il welfare sociale.

Al secondo posto per dimensione della spesa ci sono gli interventi per la disabilità che possono disporre di 1.084.346.000 pari all'11% della spesa complessiva. Al resto dei settori di intervento (minori, famiglia, anziani, ecc.) vanno finanziamenti limitati.

Tabella 1- Finanziamenti per le Politiche Sociali

Anno	Fondi per le politiche sociali
2022	11.890.953
2023	11.556.404
2024	11.480.528
2025	10.451.083
2026	10.055.702
2027	10.338.206

Dal 2022 (Governo Draghi) al 2025 (Governo Meloni) la spesa di bilancio per il welfare sociale è passata da 11 miliardi e 890 milioni di euro a 10 miliardi e 451 milioni, con una riduzione degli stanziamenti di un miliardo e 430 milioni pari al 13,8% del complesso della spesa.

In realtà, la riduzione dei fondi per il welfare sociale in questi ultimi tre anni è stata ancora più elevata perché non si è tenuto in alcun conto della svalutazione generata dall'inflazione. Dal 2022 al 2025 il bilancio dello Stato è cresciuto di 105,5 miliardi di euro mentre il settore di spesa del welfare sociale ha visto una riduzione del volume complessivo della spesa. Se teniamo conto anche di questo aspetto, è come se la spesa di bilancio per il welfare sociale avesse subito una riduzione complessiva di 2,5 miliardi di euro fra riduzioni effettive (1,4 mld) e mancati adeguamenti che tenessero conto degli incrementi complessivi del bilancio (1,1 mld).

Per contro, la spesa per le politiche migratorie sono cresciute costantemente in tutti e tre gli ultimi anni dal 2023 al 2025 superando la cifra record di 2 miliardi di euro. Non si può dire che questo non susciti sorpresa.

Richieste di Riforma dei Sostegni al Reddito

L'Alleanza Contro la Povertà giudica gli attuali strumenti – come l'Assegno di Inclusione (ADI) e il Supporto per la Formazione e il Lavoro (SFL) – gravemente inadeguati a frenare la diffusione della povertà.

Le proposte di riforma avanzate all'esecutivo includono:

- **Universalità e natura strutturale:** Trasformare i sussidi in strumenti di contrasto universali e permanenti, superando la frammentazione dei criteri d'accesso.
- **Piano Nazionale di Contrasto alla Povertà:** Istituire una cabina di regia politica stabile per monitorare il fenomeno e sbloccare risorse finanziarie fisse.
- **Riequilibrio dei Fondi Sociali (Nord-Sud):** Potenziare la spesa per i servizi sociali territoriali nel Mezzogiorno. Attualmente la spesa dei Comuni al Sud è di soli 76 euro pro capite, contro i 177 euro del Nord-Est.
- **Integrazione dei Servizi:** Evitare che il supporto si limiti a un mero trasferimento monetario, agganciandolo a una rete di welfare locale che non penalizzi i cittadini in base al proprio

"codice postale".

La spesa sanitaria pubblica in Italia si attesta al 6,2% del PIL nel 2026, in calo rispetto al 6,3% del 2024 e del 2023.

- 2023: Il finanziamento pubblico del Servizio Sanitario Nazionale (SSN) si è aggirato intorno ai 128-130 miliardi di euro (circa il 6,3% del PIL), con una spesa sanitaria totale del Paese superiore ai 176 miliardi.
- 2024: La spesa sanitaria pubblica ha raggiunto quota 137,46 miliardi di euro, pur scendendo in percentuale rispetto al Prodotto Interno Lordo e registrando una forte crescita della spesa privata a carico delle famiglie.
- 2025-2026: Secondo i rapporti della Fondazione GIMBE, l'investimento pubblico in percentuale sul PIL è sceso ulteriormente al 6,2%, rimanendo ampiamente inferiore alla media europea e OCSE (attorno al 7,1%). Questo divario di definanziamento spinge milioni di italiani a rinunciare alle cure o a pagare di tasca propria

Il confronto con il resto d'Europa evidenzia un forte divario finanziario per la sanità italiana. In base alle ultime analisi della [Fondazione GIMBE](#) (aggiornate sui dati *OECD Health Statistics*), l'Italia si colloca al 15° posto su 27 Paesi europei dell'area OCSE per spesa sanitaria pubblica pro capite, posizionandosi come fanalino di coda nel G7

Nel 2025 l'Italia ha destinato alla sanità pubblica il 6,2% del proprio PIL.

La distanza rispetto ai principali partner europei e alla media internazionale è netta:

- Media Paesi Europei (area OCSE): 7,1% del PIL
- Media totale OCSE: 7,1% del PIL
- Germania: 11,0% del PIL
- Francia: Stabilmente sopra il 10% del PIL

Nel confronto con gli altri Paesi europei, l'Italia si colloca stabilmente nelle retrovie per quanto riguarda il finanziamento della sanità pubblica. Secondo gli ultimi dati *OECD Health Statistics* analizzati dalla [Fondazione GIMBE](#), il divario tra l'Italia e il resto d'Europa ha raggiunto cifre strutturali.

In Europa, sono 14 i Paesi che investono in sanità più dell'Italia (inclusi Stati come Spagna, Repubblica Ceca, Slovenia e Polonia). Il divario emerge chiaramente analizzando i due indicatori principali: la percentuale di PIL e la spesa pubblica pro-capite adjusted per il potere d'acquisto (\$ PPP):

Il calcolo pro capite fotografa ancora meglio la differenza di investimenti a livello individuale:

Indicazione sanità pubblica	Italia	Media Paesi UE	Divario
Spesa in % del PIL	6,2%	7,1%	-0,9%
Spesa pro-capite	€. 3.952,00	€. 4.965,00	€. 1013,00

È chiaro che occorre tener conto del vincolo di sostenibilità dei conti pubblici. Perché il risanamento del bilancio pubblico è la precondizione per interventi sostenibili sul welfare insieme ad un equilibrio allocativo efficace della spesa (e dei risparmi/tagli).

L'Italia registra quindi un divario nel finanziamento pubblico di almeno 36 miliardi di euro rispetto alla media dei partner europei. Questo a modelli di servizi di welfare invariati.

Il posizionamento nei principali contesti economico - finanziari è il seguente:

- *Ultimi nel G7*: Nel club delle economie più avanzate, l'Italia è in assoluta ultima posizione per spesa sanitaria pubblica. La Germania investe più del doppio rispetto all'Italia (8.726 pro-

capite contro i nostri 3.952).

- *Il divario europeo (15esimi su 27)*: Nella classifica dei 27 Paesi europei dell'area OCSE, l'Italia occupa il 15° posto. Se fino al 2011 la spesa italiana era in linea con la media continentale, oltre quindici anni di tagli e mancati adeguamenti all'inflazione hanno creato un distacco ormai difficilmente colmabile.
- *Le differenze con il Regno Unito*: Pur condividendo storicamente con l'Italia un modello di sanità pubblica universalistico (Modello Beveridge), a partire dal 2020 il Regno Unito ha nettamente aumentato i propri investimenti pubblici sanitari per far fronte alla crisi post-pandemia, staccando definitivamente l'Italia

Questo costante sottofinanziamento pubblico costringe i cittadini italiani a compensare le carenze del servizio sanitario nazionale aumentando la *spesa privata di tasca propria (out-of-pocket)* o, nei casi peggiori, a rinunciare del tutto alle cure.

Paese/Area	Spesa pro-capite in \$ USA	Differenza vs Italia
Germania	\$ 8.726,00	+ \$ 4.774,00
Media Paesi UE	\$ 4.965,00	+ \$ 1.013,00
Media OCSE	\$ 4.861,00	+ \$ 909,00
Spagna	\$ 3.999,00	+ \$ 47,00
Italia	\$ 3.952,00	Riferimento

La spesa sanitaria *out-of-pocket* si attesta stabilmente sopra i 41 miliardi di euro all'anno.

Secondo le relazioni della Corte dei Conti e i monitoraggi della [Fondazione GIMBE](#), questa cifra rappresenta circa il 22-23% della spesa sanitaria complessiva in Italia. Significa che quasi un euro su quattro speso per la salute nel Paese non arriva dallo Stato, ma direttamente dai bilanci familiari.

- *L'ammontare complessivo*: Nel 2024 la spesa *out-of-pocket* è stata di 41,3 miliardi di euro, consolidando un trend in crescita costante negli ultimi dieci anni.
- *La media per famiglia*: Si traduce in una spesa media che supera i 1.400 euro l'anno per nucleo familiare per coprire visite, esami e farmaci.
- *Sforamento dei limiti OMS*: L'Organizzazione Mondiale della Sanità raccomanda di non superare la soglia del 15% di spesa privata sul totale per non intaccare l'equità del sistema. L'Italia va ampiamente oltre questo limite da oltre un decennio.

I consumi sanitari delle famiglie si concentrano principalmente su quattro voci:

- *Visite specialistiche ed esami diagnostici*: Spesso acquistati nel settore privato puro o in regime di libera professione intramoenia per aggirare le lunghe liste d'attesa del SSN.
- *Prodotti farmaceutici*: Farmaci di fascia C (a totale carico del cittadino), automedicazione e la quota di compartecipazione (ticket) sui farmaci di fascia A.
- *Cure odontoiatriche*: Storicamente quasi del tutto escluse dalle coperture del servizio pubblico.
- *Residenze Sanitarie Assistite (RSA) e lungodegenza*: Le rette alberghiere o le quote extra convenzione per anziani e persone non autosufficienti gravano pesantemente sui budget familiari.

La sanità privata integrativa

L'aumento della spesa privata non è sempre una scelta di maggior comodità – e anche questo potrebbe essere considerato un indicatore di fruibilità dei servizi – ma di necessità per far fronte ai ritardi del pubblico.

Chi non può permettersi di pagare di tasca propria finisce per rinunciare alle prestazioni: circa un italiano su dieci dichiara di aver dovuto rimandare o rinunciare a visite ed esami per motivi

economici o per liste d'attesa troppo lunghe. Si registra anche un forte aumento della *spesa intermediata*, ovvero polizze assicurative e fondi sanitari integrativi, che le famiglie stipulano per proteggersi dai costi medici improvvisi e le aziende nell'ambito di accordi sindacali e politiche di welfare aziendale.

Il boom della sanità integrativa in Italia rappresenta una delle trasformazioni più rapide del welfare nazionale. Secondo i dati del focus ad hoc dell'Ufficio Parlamentare di Bilancio, gli iscritti ai fondi sanitari integrativi sono quasi triplicati nell'arco di dieci anni, passando dai 5,8 milioni del 2013 agli oltre 16,3 milioni.

Oggi, un italiano su quattro dispone di una forma di copertura sanitaria intermediata.

Secondo i monitoraggi della [Fondazione GIMBE](#), la spesa privata gestita da *"terzi paganti"* (fondi, mutue e assicurazioni) ha raggiunto i 6,36 miliardi di euro, con un incremento superiore ai 2 miliardi solo nel triennio post-pandemia. I dati dell'IVASS evidenziano che la raccolta premi del settore *"ramo malattia"* ha superato i 4,4 miliardi di euro, registrando una crescita annua costante superiore al 12%.

Il motore principale di questo boom non è l'acquisto di polizze individuali da parte dei singoli cittadini, ma il *welfare aziendale*. La struttura dei premi assicurativi si divide in Polizze Collettive legate a Fondi Sanitari (49,5%): Piani sanitari derivanti dai Contratti Collettivi Nazionali di Lavoro (CCNL) (es. *MètaSalute* per i metalmeccanici, *Fondo Est* per il commercio). Poi vi sono altre forme collettive (12,8%) quali i fondi aziendali interni o piani flessibili scelti dalle singole imprese. Infine ci sono le polizze Individuali (37,8%): coperture acquistate direttamente dai cittadini per proteggere il nucleo familiare.

Quali sono le cause di questo boom?

- **Aggravamento delle liste d'attesa:** I cittadini utilizzano i rimborsi o le strutture convenzionate dei fondi per ottenere visite specialistiche ed esami diagnostici in pochi giorni, evitando i tempi lunghi del Servizio Sanitario Nazionale (SSN).
- **Vantaggi fiscali per le imprese:** I contributi versati dai datori di lavoro e dai dipendenti ai fondi sanitari integrativi (iscritti all'Anagrafe del Ministero della Salute) beneficiano di forti deduzioni fiscali (fino a un tetto di 3.615,20 euro all'anno).
- **Interesse del settore finanziario:** Gruppi bancari e grandi compagnie assicurative vedono la sanità come un mercato ad alta redditività, spinti anche da trend demografici di lungo periodo come l'invecchiamento della popolazione e l'aumento delle malattie croniche

Aspetto economica	Dettaglio e impatto sulle famiglie
Spesa out of pocket	La spesa farmaceutica a carico diretto dei cittadini ha raggiunto i 10,16 mld di Euro, pari al 42,7% della spesa totale. Il SSN copre solo il restante 57,3%.
Divario di spesa	Le famiglie in povertà assoluta riescono a destinare alla salute solo il 2,1% del loro budget mensile. Al contrario le famiglie non povere spendono una percentuale nettamente superiore per prevenzione e cure.
Rinuncia alla cura	A causa di considerazioni economiche e delle lunghe liste di attesa, 3,1 Milioni di persone in Italia (il 5,3% della popolazione) dichiarano di aver rinunciato del tutto a visite specialistiche e esami ni 12 mesi precedenti.

I dati dell'[Osservatorio CPI \(Conti Pubblici Italiani\)](#) evidenziano un paradosso: circa due terzi dei fondi erogati non coprono prestazioni extra (come le cure odontoiatriche o la non-autosufficienza), ma rimborsano **prestazioni che dovrebbero già essere garantite dal pubblico** (visite,

accertamenti e chirurgia). Questo crea un sistema di fatto "misto", dove chi gode di una copertura aziendale o assicurativa ha una corsia preferenziale di accesso alle cure rispetto al resto della popolazione.

I vantaggi fiscali legati alla spesa sanitaria intermediata in Italia sono profondamente diversi a seconda che la copertura avvenga tramite un Fondo Sanitario Integrativo aziendale/contrattuale o tramite una Polizza Sanitaria Individuale stipulata privatamente.

Riflessioni conclusive

Abbiamo complessi e vistosi problemi di dispersione degli interventi tra sanità e sociale in tutte le Regioni e PPAA.

Manca un coordinamento e un'integrazione reale delle competenze, dei ruoli, dei flussi informativi e degli strumenti (vedi i sistemi di profilazione dei bisogni delle persone).

Manca uniformità e modellizzazione condivisa. Gli stessi standard del DM 77 sono applicati in solo 46 Case di Comunità dopo 5 anni di PNRR.

Mancano, in sostanza, strumenti informativi consolidati e condivisi che consentano flessibilità e adattamento ai contesti territoriali, demografici, epidemiologici e sociali.

Il rischio di tutto ciò è quello di generare una persistenza non solo della inappropriately prescrittiva, diagnostica e terapeutica, in particolare in ambito di cure domiciliari, ma anche della fruizione dei servizi sociali.

Ciò detto abbiamo un potenziale enorme di caregiver, volontari e enti del terzo settore. Ancora troppo confinati ad operare a un livello solo prestazionale e raramente coinvolti in co-progettazione e co-gestione di servizi. Si fa fatica a trovare una diffusa percezione dell'utilità della sussidiarietà orizzontale, anzi da più parti ne viene negato il valore.

Occorre adesso, non domani, una maggiore consapevolezza dei potenziali, un'analisi dei contesti (quanti sono in grado di stratificare i bisogni delle popolazioni di riferimento, semplici e complessi?), una conoscenza dei potenziali delle comunità e delle altre categorie di erogatori sociali e sociosanitari.

Si comincia a sperimentare l'attivazione delle comunità e la prescrizione sociale, ma si potrebbe fare molto di più e meglio, volendo.

Occorre forse ripensare ad alcuni dei contenuti/proposte di quel famoso DM 71, presentato e poi emendato ed infine ritirato:

- Un ruolo centrale dei Distretti sociosanitari come "Agenzie di Salute" dei territori di riferimento tramite Piani di Zona e Piani Territoriali condivisi con tutti i soggetti delle filiere assistenziali;
- Un ruolo centrale del pubblico nella analisi della stratificazione dei bisogni delle popolazioni e nella costruzione di PZ o PT condivisi;
- Costruire policy per aiutare le comunità a conoscere i propri potenziali e a valorizzarli;
- Individuare attività, servizi, laboratori, percorsi possibili per prevenire fragilità e solitudini di giovani e anziani in una logica di inclusione e socializzazione;
- Recuperare appropriatezza prescrittiva e lavorare per un uso sostenibile degli ospedali;
- Lavorare per evitare accessi impropri nei PS e DEA,
- Coinvolgere i MMG, PLS e SUMI nelle AFT, UCCP e nelle Case di Comunità e negli Ospedali di Comunità lavorando per usare il tempo di lavoro degli stessi in modo programmato e non ripetitivo;
- Riformare e regolamentare la "sanità integrativa",
- Programmare e regolarizzare l'apporto della sanità privata convenzionata ai SSR.
- Ripensare e riprogrammare profili e numerosità dei ruoli medici, infermieristici, tecnici, amministrativi nelle reti sanitari e territoriali.

C'è un cantiere, anzi più di uno, da allestire e gestire ... credo si possa dire che è necessaria una

nuova riforma della sanità e del sociale. Riforma da costruire con gli operatori e i cittadini. Per cercare di restare universalisti ed equi. C'è un po' strada ... in salita ... da percorrere.

Si ringrazia per gli apporti apportati il collega **Andrea Vannucci**.

Giorgio Banchieri,

Segretario Nazionale ASQUAS, Docente DiSSE, Università "Sapienza", Roma

Riferimenti

- Legge di Stabilità 2025;
- Report 2026 della [Alleanza Contro la Povertà](#);
- Report 2026 ISTAT sul Paese Italia;
- OECD *Health Statistics*;
- Report Fondazione GIMBE su sanità integrativa 2026;
- 12° Rapporto sulla Povertà Sanitaria realizzato dall'[Osservatorio sulla Povertà Sanitaria](#) (OPSan) del Banco Farmaceutico,
- Dati IVASS su Fondi e mutue integrative 2025;
- Report dell'[Osservatorio CPI \(Conti Pubblici Italiani\)](#);
- Trend Sanità – Sanità, tutti la vogliono salvare. Ma chi paga il conto? – *Carlo M. Buonamico*

17 Settembre 2026

© Riproduzione riservata

Potrebbe interessarti in Lettere al direttore



Case e Ospedali di Comunità: “operativi” per chi?

Gentile Direttore, nei giorni scorsi, anche su queste pagine, il confronto sulle Case e sugli Ospedali di Comunità ha riguardato soprattutto le competenze dei professionisti chiamati a lavorarvi. Vorrei provare a fare...



Le liste d'attesa e il lacero mantello delle buone intenzioni

Gentile Direttore, Publio Cornelio Tacito, negli Annali, usava l'espressione "Arcana Imperii" per indicare i segreti e la prassi del governare insieme con quelle inconfessate astuzie con cui chi detiene il potere...



Un programma regionale di edilizia ospedaliera può trasformarsi in una bolla?

Gentile Direttore, un programma regionale di edilizia ospedaliera può trasformarsi in una sorta di bolla edilizia? E se così fosse come mai nessuno se ne è accorto in tempo? Proverò...



Più complessità, più fragilità: la Medicina Interna al centro del SSN che cambia

Gentile Direttore, il Servizio sanitario nazionale sta attraversando una trasformazione profonda. L'invecchiamento della popolazione, l'aumento delle patologie croniche e della multimorbilità, la crescente fragilità dei pazienti e la contemporanea difficoltà...