

ISSN 1971-9892

**Ripartire la salute in chiave costituzionale:  
meccanismi, indicatori e sfide del sistema  
nazionale. Alcuni spunti propositivi**

*fascicolo*  
2026/II

**CONSULTA ONLINE**

**MARIO SALERNO**

18 maggio 2026

**MARIO SALERNO**

## **Ripartire la salute in chiave costituzionale: meccanismi, indicatori e sfide del sistema nazionale. Alcuni spunti propositivi**

**TITLE** *Redistributing Health from a Constitutional Perspective: Mechanisms, Indicators, and Challenges of the National System. Some Policy Proposals.*

**ABSTRACT** Garantire un accesso equo e costituzionalmente orientato ai servizi sanitari è una sfida urgente per il Servizio Sanitario Nazionale italiano. La tutela della salute quale diritto fondamentale non può prescindere da vincoli di bilancio e principi di sostenibilità finanziaria. L'articolo analizza in chiave evolutiva il finanziamento del SSN ed i criteri di ripartizione della spesa tra Regioni, evidenziando criticità strutturali e fornendo spunti propositivi per un sistema sanitario più equo, efficiente e sostenibile. L'analisi include riferimenti normativi nazionali e sovranazionali, con particolare attenzione agli strumenti di perequazione ed evoluzione del sistema sanitario.

*Ensuring fair and constitutionally oriented access to healthcare services is an urgent challenge for the Italian National Health Service. The protection of health as a fundamental right cannot disregard budgetary constraints and principles of financial sustainability. The article offers an evolutionary analysis of the financing of the National Health Service and of the criteria for allocating healthcare expenditure among the Regions, highlighting structural criticalities and providing policy proposals for a fairer, more efficient, and more sustainable healthcare system. The analysis includes references to national and supranational legal frameworks, with particular attention to equalization mechanisms and the evolution of the healthcare system.*

**KEYWORDS** Servizio Sanitario Nazionale (SSN); regionalismo sanitario; perequazione finanziaria; sostenibilità della spesa pubblica.

*Italian National Health Service; Regional healthcare governance; Fiscal equalization; Public expenditure sustainability.*

**AUTHOR** Professore associato di diritto costituzionale e pubblico - Università degli studi di Enna "Kore".



Contributo scientifico sottoposto a referaggio

\* \* \*



**SOMMARIO** 1. Introduzione. – 2. Il Finanziamento del sistema sanitario nazionale. – 3. Il fabbisogno sanitario nazionale standard. – 4. La spesa sanitaria. – 5. I criteri di ripartizione della spesa sanitaria. – 6. Problematicità e spunti propositivi. – 7. Conclusioni.

## 1. Introduzione

Nel quadro costituzionale delineato dall'art. 32 Cost., la garanzia uniforme sull'intero territorio nazionale dei livelli essenziali di assistenza (di seguito LEA) richiede il bilanciamento con i vincoli di sostenibilità economico-finanziaria del sistema sanitario, in coerenza con i principi di equilibrio di bilancio e di responsabilità nella gestione delle risorse pubbliche, sanciti dagli artt. 81 e 117 Cost.<sup>1</sup>.

---

<sup>1</sup> L'originaria previsione del 1978, contenuta nella l. 833/1978, art. 3, che faceva riferimento ai "livelli uniformi di assistenza sanitaria" da garantire sull'intero territorio nazionale, viene superata dal d.lgs. 502/1992, art. 1, commi 2 e 3, come modificato dal d.lgs. 229/1999, che introduce i "livelli essenziali e uniformi di assistenza" assicurati dallo Stato contestualmente all'individuazione delle risorse finanziarie nel rispetto delle compatibilità finanziarie definite nella programmazione economico-finanziaria, sancendo, quindi, a differenza della precedente impostazione, il superamento del concetto di prestazioni "minime" finanziariamente condizionate, fino alla consacrazione di rango costituzionale operata dalla l. cost. 18 ottobre 2001, n. 3, art. 117, comma 2, lett. m), che attribuisce allo Stato la determinazione dei "livelli essenziali delle prestazioni concernenti i diritti civili e sociali che devono essere garantiti su tutto il territorio nazionale", quindi, anche in ambito sanitario.

A seguito dell'art. 117, co. 2, lett. m, Cost. (l. cost. n. 3/2001), che attribuisce allo Stato la competenza esclusiva sui LEA, i quali, già previsti come individuabili nell'ambito del PSN ai sensi dell'art. 1, co. 10, lett. b), d.lgs. n. 502/1992, sono successivamente determinati e aggiornati mediante d.p.c.m. in forza delle previsioni di cui all'art. 6, co. 1, del d.l. n. 347/2001, conv. in l. n. 405/2001.

In attuazione, dunque, della sopra citata normativa i LEA sono stati per la prima volta individuati con il d.p.c.m. 29 novembre 2001, che li ha articolati in tre macroaree: a) assistenza sanitaria collettiva in ambiente di vita e di lavoro; b) assistenza distrettuale; c) assistenza ospedaliera. Il medesimo d.p.c.m., tramite l'Allegato 1, ha elencato le prestazioni incluse e, con l'Allegato 2, quelle escluse in tutto o in parte dai LEA, anche con rinvio a precedenti atti, quali il d.m. sanità 15 aprile 1994.

Successivamente, il d.m. salute 12 dicembre 2012 ha istituito il c.d. Sistema di garanzia, individuando specifici indicatori, basati sui dati del Sistema Informativo Sanitario (SIS), per la verifica dell'uniforme erogazione dei LEA. L'attività di monitoraggio è affidata al Comitato paritetico permanente per la verifica dell'erogazione dei LEA, istituito dall'art. 9 dell'Intesa Stato-Regioni del 23 marzo 2005, ed è supportata dalla c.d. Griglia LEA, che consente l'attribuzione di un punteggio complessivo ai fini del sistema premiale del SSN.

Nello stesso ambito l'art. 1, comma 554, della legge 28 dicembre 2015, n. 208 (legge di stabilità 2016) dispone infatti che «la definizione e l'aggiornamento dei LEA sono effettuati con decreto del Presidente del Consiglio dei ministri su proposta del Ministro della salute, di concerto con il Ministro dell'economia e delle finanze, d'intesa con la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano e previo parere delle competenti Commissioni parlamentari». Il successivo comma 559 prevede poi una procedura "semplificata" per le ipotesi in cui l'aggiornamento dei LEA non incida sulle risorse finanziarie impegnate: infatti, «se la proposta di aggiornamento attiene esclusivamente alla modifica degli elenchi di prestazioni erogabili dal Servizio sanitario nazionale ovvero alla individuazione di misure volte ad incrementare l'appropriatezza della loro erogazione e la sua approvazione non comporta ulteriori oneri a carico della finanza pubblica, l'aggiornamento dei LEA è effettuato con decreto del Ministro della salute, adottato di concerto con il Ministro dell'economia e delle finanze, sentita la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, previo parere delle competenti Commissioni

La dottrina qualifica la salute quale diritto fondamentale ed interesse della collettività, ex art. 32 Cost., la cui tutela effettiva è tuttavia condizionata al rispetto dei vincoli di finanza pubblica e degli equilibri di bilancio, in coerenza con gli artt. 81 e 97 Cost. e con i vincoli di matrice sovranazionale<sup>2</sup>.

Tale tensione implica una programmazione sanitaria ispirata a criteri di efficacia, compatibilità finanziaria, efficienza ed appropriatezza nel rispetto delle competenze concorrenti tra Stato e Regioni<sup>3</sup>.

Ne consegue che, se da un lato, una volta determinato il nucleo essenziale delle garanzie idonee ad assicurare uniformità e effettività di un diritto sociale fondamentale, esso non può essere assoggettato in termini assoluti e generalizzati a vincoli di natura finanziaria; dall'altro lato, il finanziamento costituisce condizione necessaria, ma non sufficiente, ai fini del corretto adempimento del precetto costituzionale<sup>4</sup>.

A seguito della riforma del Titolo V, Parte II, della Costituzione – introdotta con la legge costituzionale 18 ottobre 2001, n. 3 – l'art. 117, co. 2, lett. m), Cost. prevede la competenza esclusiva dello Stato nella determinazione dei livelli essenziali delle prestazioni (c.d. "LEP") da garantire uniformemente sull'intero territorio nazionale. Viceversa, la "tutela della salute" rientra nelle materie di c.d. "legislazione concorrente", ex art. 117, co. 3, Cost. con la conseguenza che allo Stato spetta la definizione dei livelli essenziali e uniformi di assistenza, mentre alle Regioni è demandata la disciplina organizzativa e gestionale dei servizi sanitari nel rispetto dei vincoli e degli obiettivi fissati a livello nazionale in un'ottica di leale cooperazione<sup>5</sup>.

---

*parlamentari*». In quest'ultimo caso, dunque, la collaborazione Stato-Regioni si manifesta nella forma attenuata del parere, anziché in quella (più forte) dell'intesa.

Con il d.p.c.m. 12 gennaio 2017, emanato in attuazione dell'art. 1, comma 553, della l. n. 208/2015 e in sostituzione del d.p.c.m. 2001, è stata ridefinita e aggiornata la disciplina dei LEA, con una copertura finanziaria statale pari a 800 milioni di euro. Resta ferma la facoltà delle Regioni di garantire prestazioni ulteriori (extra-LEA), finanziate con risorse proprie.

Il d.p.c.m. 2017 conferma le macroaree dell'Assistenza distrettuale e dell'Assistenza ospedaliera e introduce la nuova macroarea della "Prevenzione collettiva e sanità pubblica", in luogo della precedente assistenza sanitaria collettiva. L'assistenza distrettuale comprende, tra l'altro, l'assistenza di base, l'emergenza territoriale, l'assistenza farmaceutica, specialistica ambulatoriale, protesica, integrativa, nonché l'assistenza sociosanitaria domiciliare, residenziale e semiresidenziale. L'Assistenza ospedaliera include il pronto soccorso, il ricovero ordinario e diurno, la riabilitazione, la lungodegenza post-acuzie, le attività trasfusionali e di trapianto, con specifici criteri di appropriatezza per alcune prestazioni. Per la Prevenzione collettiva e sanità pubblica, l'Allegato 1 al d.p.c.m. individua puntualmente le prestazioni garantite, incluse quelle veterinarie e di sanità pubblica.

<sup>2</sup> Cfr. F.G. CUTTAIA, *Il condizionamento finanziario del diritto sociale alla salute: fondamento e prospettive evolutive*, 9/2017, in [Astrid](#), 1; M. ATRIPALDI, *Diritto alla salute e livelli essenziali di assistenza*, in [federalismi.it](#), 15 novembre 2017, 2.

<sup>3</sup> Cfr. L. ANTONINI, *Tecniche decisorie e bilanciamento tra diritti e finanze*, in F. Pammolli, c. Tucciarelli (a cura di), *Il costo dei diritti*, Il Mulino, Bologna, 2021.

<sup>4</sup> Corte cost., [sent. 16 dicembre 2016, n. 275](#).

<sup>5</sup> Corte cost., sentt. [15 gennaio 2020 n. 62](#) e [12 luglio 2017 n. 169](#).



Il riparto di competenze in materia sanitaria, storicamente connotato da un persistente contenzioso tra Stato e Regioni dinanzi alla Corte costituzionale, dovrebbe trovare composizione attraverso il principio di leale collaborazione, quale criterio ordinatore dei rapporti interistituzionali funzionale alla salvaguardia dell'unità dell'ordinamento, nonché mediante il principio di sussidiarietà di cui all'art. 118 Cost., che impone l'esercizio delle funzioni amministrative al livello di governo più prossimo ai cittadini, nel rispetto dell'unitarietà economica e giuridica del Servizio sanitario nazionale.

Inoltre, la garanzia effettiva dei LEA, nel rispetto dei vincoli di bilancio, presuppone – da una parte – un adeguato sistema di perequazione finanziaria e – dall'altra – l'eventuale esercizio del potere sostitutivo statale in conformità agli artt. 119 e 120 Cost.

Ai sensi dell'art. 1, commi 2 e 3, del d.lgs. 30 dicembre 1992, n. 502, come modificato dal d.lgs. 19 giugno 1999, n. 229, il SSN assicura i LEA definiti dal piano sanitario nazionale (di seguito PSN), contestualmente all'individuazione delle risorse finanziarie nel rispetto degli equilibri di finanza pubblica; il comma 13 del medesimo articolo impone alle Regioni l'adozione dei piani sanitari regionali entro 150 giorni dall'entrata in vigore del Piano nazionale, in coerenza con gli indirizzi statali, al fine di garantire l'unitarietà del sistema e il contenimento delle disuguaglianze territoriali.

Suddetta normativa di riordino del SSN prevede che il Governo, acquisiti i contributi delle Regioni e sentite le Commissioni parlamentari e le organizzazioni sindacali, adotti il PSN con decreto del Presidente della Repubblica, previa intesa in sede di Conferenza Unificata.

Nel previgente assetto delineato dall'art. 53 della Legge 23 dicembre 1978, n. 833, il PSN era adottato su proposta del Governo e approvato dal Parlamento quale atto triennale di indirizzo e coordinamento. Le riforme degli anni Novanta, invece, ne hanno demandato l'adozione al Governo mediante atto regolamentare, determinando uno spostamento dell'asse decisionale verso l'esecutivo e un conseguente ridimensionamento del ruolo parlamentare, nonostante il coinvolgimento delle Commissioni e della Conferenza unificata. Il primo Piano sanitario nazionale 1994-1996 viene adottato con D.P.R. 1 marzo 1994, mentre l'ultimo PSN 2006-2008 con D.P.R. 7 aprile 2006.

In termini analoghi, la legge 28 dicembre 2015, n. 208 attribuisce al Governo la definizione e l'aggiornamento dei LEA mediante d.p.c.m., su proposta del Ministro della salute di concerto con il Ministro dell'economia e delle finanze, previa intesa in sede di Conferenza Stato-Regioni e previo parere delle Commissioni parlamentari competenti.

La prassi applicativa ha evidenziato ritardi e discontinuità nella programmazione sanitaria nazionale, con conseguente frammentazione dell'indirizzo statale e indebolimento del coordinamento interistituzionale, ulteriormente aggravati dalla mancata adozione dei Piani sanitari regionali (anche per effetto della sopravvenuta disciplina dei Piani di rientro).

In tale contesto, l'art. 8, comma 6, della Legge 5 giugno 2003, n. 131 attribuisce al Governo la facoltà di promuovere intese in sede di Conferenza Stato-Regioni o di Conferenza unificata, finalizzate all'armonizzazione delle legislazioni e al perseguimento di obiettivi

condivisi, valorizzando la funzione di raccordo e negoziazione quale espressione del sistema collaborativo tra le competenze statali e quelle regionali sotteso al governo della sanità<sup>6</sup>.

La CSR svolge oggi funzioni di *governance* del Sistema Sanitario, concorrendo alla definizione delle priorità programmatiche, al coordinamento delle competenze statali e regionali, alla definizione del LEA<sup>7</sup>, alla verifica degli equilibri finanziari ed alla valutazione della qualità delle prestazioni, nonché alla determinazione dei criteri di riparto del Fondo sanitario nazionale (di seguito FSN) ed al monitoraggio degli adempimenti regionali.

Il presente contributo intende, quindi, esaminare, in chiave evolutiva, il finanziamento del SSN ed i criteri di ripartizione della spesa sanitaria fino alla loro configurazione attuale, offrendo spunti critici e proposte di miglioramento. L'analisi si concentra esclusivamente sul finanziamento e sull'allocazione della spesa, escludendo, per ragioni di complessità, le tematiche relative alla gestione della spesa ed alla misurazione delle *performance* sanitarie che richiederebbero un approfondimento autonomo sotto diversi profili.

## 2. Il Finanziamento del sistema sanitario nazionale

Il FSN – istituito dalla l. n. 833/1978 – è lo strumento principale di finanziamento del SSN ed assicura l'erogazione uniforme dei LEA su tutto il territorio nazionale, nel rispetto dell'autonomia gestionale regionale rafforzata dalla riforma costituzionale del 2001.

Inizialmente finanziato tramite contributi previdenziali (INPS e INAM) e trasferimenti statali, il sistema è stato ridefinito con il d.lgs. n. 56/2000 sulla base della capacità fiscale regionale, integrata da meccanismi perequativi, e successivamente dal d.lgs. n. 68/2011, in attuazione del federalismo fiscale ex art. 119 Cost.

Dal 2027, i trasferimenti statali ordinari saranno soppressi e saranno mantenuti soltanto quelli destinati al fondo perequativo, finanziato principalmente dalla compartecipazione all'IVA, per garantire la copertura integrale dei LEA.

---

<sup>6</sup> D. MORANA, *La tutela della salute fra competenze statali e regionali: indirizzi della giurisprudenza costituzionale e nuovi sviluppi normativi*, in *Osservatorio AIC*, 1/2018, 11.

<sup>7</sup> Rep. Atti n. 176/CSR del 23 ottobre 2025. Nella seduta del 23 ottobre 2025, la CSR ha svolto un passaggio decisivo nell'iter di aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza, articolato su un duplice binario procedurale. Da un lato, è stata sancita l'intesa sullo schema di decreto del Presidente del Consiglio dei ministri volto a modificare e integrare il d.p.c.m. 12 gennaio 2017, ai sensi dell'art. 1, comma 554, della l. 208/2015, presupposto necessario per gli interventi incidenti sul perimetro prestazionale con riflessi finanziari. Dall'altro lato, la CSR ha reso parere favorevole sullo schema di decreto del Ministro della salute, adottato di concerto con il Ministro dell'economia e delle finanze ai sensi dell'art. 1, comma 559, della medesima legge 208/2015, destinato agli aggiornamenti di carattere tecnico e all'adeguamento degli elenchi delle prestazioni. Tali atti si inseriscono nella procedura di revisione periodica dei LEA e, allo stato, non esauriscono l'iter di approvazione, restando subordinati ai successivi passaggi istituzionali, tra cui l'acquisizione dei pareri parlamentari e l'adozione definitiva dei provvedimenti.



Il finanziamento del Fondo Sanitario Nazionale (FSN) è, quindi, retto da un complesso ecosistema normativo che ha trasformato il sistema da un modello di trasferimenti statali diretti a un modello di federalismo fiscale, dove la responsabilità del reperimento delle risorse è condivisa tra Stato e Regioni.

Il sistema di autofinanziamento della spesa sanitaria regionale si fonda sul d.lgs. n. 446/1997, che istituisce l'IRAP (artt. 2 e 3) e disciplina l'addizionale regionale all'IRPEF (art. 50), configurando tali entrate come tributi propri regionali.

Tale assetto è completato dal d.lgs. n. 56/2000, il quale, all'art. 1, destina il relativo gettito al finanziamento del Servizio sanitario nazionale e ne regola il concorso al fabbisogno sanitario nell'ambito del sistema di fiscalità regionale a destinazione sanitaria vincolata.

In considerazione dell'insufficienza del gettito dei tributi regionali a copertura integrale della spesa sanitaria, il d.lgs. n. 56/2000 prevede, all'art. 2, un meccanismo integrativo fondato sulla compartecipazione regionale al gettito dell'IVA, finalizzato a garantire il raggiungimento delle risorse spettanti a ciascuna Regione secondo i criteri di riparto del Fondo sanitario nazionale, determinati in relazione alle previsioni di fabbisogno, oggetto di analisi nel paragrafo successivo.

Per correggere le disparità derivanti dalla diversa capacità fiscale delle regioni e garantire l'uniformità dei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA) su tutto il territorio, entra in gioco il sistema perequativo.

Secondo le previsioni degli Articoli 13 e 15 del d.lgs. 68/2011 (attuativo della l. 42/2009), viene assicurato un fondo perequativo alimentato dalla fiscalità generale che assicura che anche le Regioni con minore gettito fiscale ricevano risorse sufficienti per erogare le prestazioni sanitarie.

Infine, il quadro delle entrate è completato dalle risorse generate direttamente dalle strutture sanitarie, come i *ticket* e l'attività libero-professionale in ossequio alle disposizioni del d.lgs. 502/1992 che prevedono come le aziende sanitarie locali e le aziende ospedaliere concorrano al proprio finanziamento tramite ricavi propri che restano nelle disponibilità del sistema sanitario regionale.

A tali fonti si affianca, per le Regioni a statuto speciale e le Province autonome, un modello di finanziamento ulteriormente autonomo, fondato su entrate tributarie proprie e su quote di compartecipazione ai tributi erariali, definito anche attraverso accordi pattizi in sede di CSR, nel quadro dei principi di solidarietà e perequazione di cui all'art. 119 Cost<sup>8</sup>. Il FSN, pertanto, in relazioni a tali contesti, assume una funzione prevalentemente integrativa e di garanzia dei LEA, secondo un assetto più differenziato e flessibile rispetto al sistema ordinario.

---

<sup>8</sup> Tali Enti partecipano al finanziamento sanitario fino a concorrenza del fabbisogno non soddisfatto dalle fonti di cui ai precedenti punti, tranne la Regione siciliana, per la quale l'aliquota di compartecipazione è fissata dal 2009 nella misura del 49,11 per cento del suo fabbisogno sanitario ex art. 1, co. 830, L. 296/2006.

L'ammontare complessivo di queste voci, che determina l'entità del FSN per ogni anno finanziario<sup>9</sup>, preventivamente oggetto di intesa in sede di CSR, viene infine sancito e aggiornato dalla legge di bilancio annuale.

La crisi economico-finanziaria del 2007-2009 ha imposto maggiori vincoli di spesa al SSN, portando al rafforzamento di Intese Stato-Regione ai sensi dell'art. 8, co. 6 della l. 131/2003 rubricato "*Attuazione dell'articolo 120 della Costituzione sul potere sostitutivo*".

Le Regioni che eccedono gli accordi di equilibrio finanziario e maturano disavanzi nel settore sanitario sono soggette ad un articolato sistema di rientro che prevede, in primo luogo, l'attivazione di misure correttive regionali e, in caso di insufficienza, la sottoscrizione di un accordo (c.d. piano di rientro) finalizzato al riequilibrio economico nel rispetto dei LEA. Nei casi più gravi è previsto la nomina del Governo di un commissario *ad acta* per l'adozione dei provvedimenti necessari, inclusa l'approvazione del bilancio sanitario consolidato e l'attuazione delle misure di risanamento<sup>10</sup>.

Il sistema dei Piani di rientro si fonda su una progressiva stratificazione normativa che, a partire dalla l. n. 311/2004, ha introdotto strumenti di *governance* commissariale e rafforzato i meccanismi di controllo, responsabilizzazione e coercizione, con significativa incidenza dello Stato sull'autonomia regionale avallata dalla Corte costituzionale nell'alveo della legislazione concorrente relativa al coordinamento della finanza pubblica ex art. 117, co. 3, Cost, oltre che in ossequio al principio di leale collaborazione in funzione della sottoscrizione di un accordo Stato-Regione<sup>11</sup>. La l. n. 266/2005 ha subordinato il ripiano dei disavanzi alla piena attuazione degli accordi, la l. n. 244/2007 ha previsto l'incremento delle aliquote fiscali regionali in caso di squilibrio, mentre la l. n. 191/2009 ha ulteriormente irrigidito il quadro, disponendo la sospensione dei trasferimenti, la decadenza automatica dei vertici sanitari e

---

<sup>9</sup> La Corte dei conti, nell'audizione parlamentare sul disegno di legge di bilancio 2026, quantifica il livello del finanziamento del fabbisogno sanitario nazionale standard cui contribuisce lo Stato in 142,9 miliardi di euro per l'anno 2026 (Corte dei conti, Audizione sul disegno di legge di bilancio 2026, Commissioni Bilancio Camera dei deputati e Senato della Repubblica, novembre 2025), con un incremento rispetto ai 136,5 miliardi di euro dell'anno precedente eroso dall'inflazione e dai nuovi oneri quali rinnovi contrattuali, tetti di spesa e farmaceutica (*Report GIMBE n. 2/2026 - "Analisi del finanziamento pubblico e della spesa sanitaria dopo la Legge di Bilancio 2026"*) ed una programmazione pluriennale che prevede ulteriori aumenti fino a circa 143,9 miliardi nel 2027 e 144,8 miliardi nel 2028 (art. 1, co. 333, l. 199/2025).

<sup>10</sup> Qualora si verifichi il mancato rispetto degli accordi inseriti nel piano di rientro, la normativa di cui alla l. 311/2004 aveva originariamente previsto che la facoltà del Governo di nominare quale Commissario *ad acta* il Presidente della Regione che può sostituire gli organi regionali in caso di inerzia nell'adozione di tutti gli atti necessari e disporre delle risorse del sistema sanitario regionale. In seguito, con la l. 191/2009 si è stabilito che, nel perdurare dell'inottemperanza, il Presidente del Consiglio provvede a diffidare la Regione ad adottare entro 15 giorni tutti gli atti normativi, amministrativi, organizzativi e gestionali idonei a conseguire gli obiettivi prefissati; in caso di ulteriore inadempimento il Presidente del Consiglio dei Ministri nomina un commissario *ad acta* per tutto il periodo di vigenza del Piano di rientro, attuando il c.d. "potere sostitutivo" dello Stato, ai sensi dell'art. 120 Cost. Successivamente, la normativa di cui alla l. 136/2018 ha stabilito l'incompatibilità tra il ruolo di *Commissario ad acta* e qualsiasi incarico istituzionale all'interno della regione commissariata, oltre ai requisiti di professionalità relativa alla gestione sanitaria che deve possedere la figura del Commissario.

<sup>11</sup> Corte cost., sentt. [n. 100 del 2010](#) e [n. 141 del 2010](#).



l'obbligo di rimozione degli atti regionali ostativi, fino all'attivazione del potere sostitutivo statale in caso di inerzia<sup>12</sup>.

In un contesto, dunque, di crescente condizionalità finanziaria e di rafforzamento dei meccanismi di controllo e responsabilizzazione regionale, si inserisce coerentemente la struttura del finanziamento del FSN caratterizzata da una logica prevalentemente *top-down*.

Lo Stato, d'intesa con le Regioni, stabilisce annualmente l'ammontare complessivo del fondo, che poi viene ripartito secondo criteri oggettivi. Le Regioni gestiscono le risorse e organizzano i servizi, mentre lo Stato controlla a consuntivo il rispetto dei vincoli di bilancio e dei LEA tramite il Ministero della Salute e quello della Economia e della Finanza (di seguito MSAL e MEF).

### 3. Il fabbisogno sanitario nazionale standard

Il finanziamento ordinario dello Stato rispetto al SSN si basa sul fabbisogno sanitario nazionale standard (di seguito FSNS) che, secondo il d.lgs. 68/2011, deve essere determinato in coerenza con il quadro macroeconomico complessivo del Paese, nel rispetto dei vincoli di finanza pubblica e degli obblighi assunti dall'Italia in sede comunitaria; ma che deve anche corrispondere all'ammontare di risorse necessarie ad assicurare i LEA, erogati in condizioni di efficienza ed appropriatezza secondo indicatori individuati da ultimo nel 2017.

Il FSNS – fissato ogni anno con legge statale, di solito nella legge di bilancio, a seguito degli accordi tra Stato e Regioni assunti in Conferenza – costituisce dunque una stima teorica delle risorse necessarie quale somma del fabbisogno sanitario regionale standard (di seguito FSRS) di ogni singola Regione.

Il FSRS è calcolato applicando costi standard – individuati tramite Regioni *benchmark*, selezionate per efficienza e rispetto dei LEA – alla popolazione residente pesata per età e, successivamente al 2022, tenuto altresì conto di ulteriori fattori, quali la mortalità e gli indicatori socio-economici, sebbene ancora in minima parte.

Come si vedrà nel proseguo della presente trattazione, non sono invece considerati i fattori ambientali, come la presenza o meno di infrastrutture, né di altri indicatori socio-economici.

Il finanziamento complessivo del SSN è ripartito tra le Regioni a statuto ordinario, mentre le Regioni a statuto speciale – ad eccezione parziale della Sicilia – finanziano autonomamente i propri servizi sanitari, per cui la quota loro assegnata non corrisponde a un trasferimento reale.

---

<sup>12</sup> Cfr. A. PATANÉ, *I Piani di Rientro*, Collana di studi della Società italiana di diritto sanitario, Pacini ed., Pisa, 2a ed., 2024, 44 e ss.

Il FSNS, fissato per legge secondo il meccanismo dei costi *standard*<sup>13</sup>, pari a € 128,9 miliardi nel 2023, comprende: fabbisogno indistinto (€ 123,8 miliardi); fondo farmaci innovativi (€ 1,2 miliardi); quote vincolate (€ 2,5 miliardi) per Regioni e province autonome rivolte ad obiettivi di rilievo nazionale; quote vincolate per altri Enti (Istituti zooprofilattici sperimentali, Croce Rossa italiana, Università per formazione medici specialisti (€ 1,1 miliardi); quota premiale (€ 644 milioni) ripartita con decreto adottato da MSAL e MEF (6/2/2024) su criteri concordati in CSR<sup>14</sup>.

Il fabbisogno indistinto di € 123,8 miliardi comprende al suo interno il contributo per i maggiori costi dell'energia (pari a € 1,4 miliardi), le spese per il personale destinate al potenziamento della rete assistenziale o alla riorganizzazione della rete ospedaliera (pari a € 1,1 miliardi), il fondo per l'abolizione del c.d. "superticket" (pari a € 544 milioni) ed infine un fondo di € 4 milioni per la prevenzione e cura della fibrosi cistica.

La parte che residua – ovvero sia la c.d. "quota di accesso" (pari a € 120,7 miliardi) – è ripartita tra le Regioni, che sono sottoposte ad un processo di convergenza in ambito sanitario della durata di 5 anni, entro cui dovranno effettuare il passaggio dalla spesa storica al fabbisogno *standard*, calcolato secondo i valori standard di costo e fabbisogno, convergendo verso le percentuali indicate nella programmazione nazionale: 5% per l'assistenza collettiva; 51% per la assistenza distrettuale/territoriale; 44% per l'assistenza ospedaliera (ex art. 27 del d.lgs. 68/2011). Tale gestione è oggetto di valutazione da parte del Tavolo di verifica degli adempimenti regionali coordinato dalla Ragioneria Generale dello Stato<sup>15</sup>.

Ciascuna Regione dispone di un ampio margine di autonomia nella definizione dei criteri di allocazione delle risorse finanziarie tra le Aziende Sanitarie Locali, cui è conseguentemente riconosciuta una significativa discrezionalità nell'impiego dei fondi assegnati per l'organizzazione e l'erogazione dei servizi sanitari.

Questo assetto comporta che i vincoli all'utilizzo delle risorse non operino in via preventiva, ma intervengano essenzialmente in una fase successiva, attraverso i meccanismi di controllo *ex post*: in particolare, eventuali scostamenti in termini di inefficienza o inadeguatezza gestionale sono rilevati e corretti prevalentemente mediante il sistema di

---

<sup>13</sup> Il meccanismo di allocazione del finanziamento regionale, previsto dal d.lgs. n. 68/2011, applica il costo medio standard per ciascuna delle tre macro-aree di assistenza (prevenzione, distrettuale e ospedaliera) come costante moltiplicativa; tale parametro non incide sul riparto, che rimane determinato dalla popolazione pesata regionale. In termini giuridico-costituzionali, il sistema traduce il principio di equità nella distribuzione delle risorse secondo il fabbisogno effettivo, garantendo il rispetto dei LEA e l'uniformità dell'assistenza ex art. 32 Cost., pur mantenendo le autonomie regionali nella gestione delle risorse.

<sup>14</sup> La quota premiale, pari allo 0,5% del FSN nel 2023, è accantonata e ripartita secondo intesa in Conferenza Stato-Regioni, sulla base dei criteri di riequilibrio ivi negoziati; tuttavia, i parametri dettagliati di riparto non sono sistematicamente resi pubblici.

<sup>15</sup> Il Tavolo, istituito ai sensi dell'art. 12 dell'Intesa Stato-Regioni del 23 marzo 2005 (c.d. Patto per la salute 2005-2007) presso il MEF, in attuazione dell'art. 1, comma 173, della l. n. 311/2004, ha la funzione di valutare i risultati di gestione dei sistemi sanitari regionali e di monitorarne periodicamente l'andamento.



monitoraggio dei LEA e gli strumenti di misurazione e valutazione delle *performance*, che allo stato attuale costituiscono i principali presidi di razionalizzazione e di miglioramento dell'efficienza complessiva del Servizio Sanitario Nazionale<sup>16</sup>.

E tanto al netto del controllo dei programmi di spesa regionale che coinvolge diversi attori (Ragioneria generale dello Stato e uffici territoriali, Corte dei conti e sezioni regionali, etc.) in più fasi, ma con l'obiettivo di assicurare la legalità, l'efficienza e la trasparenza, quindi, non il merito, ovvero la scelta discrezionale, nella gestione delle risorse pubbliche.

#### 4. La spesa sanitaria

Nel 2024 la spesa sanitaria complessiva in Italia raggiunge € 185,1 miliardi, confermando il ruolo centrale del settore pubblico nel finanziamento del sistema sanitario, che contribuisce per € 137,5 miliardi, pari a oltre il 74% del totale.

Accanto alla componente pubblica, permane un rilevante apporto privato diretto, rappresentato dalla spesa sostenuta dalle famiglie, che ammonta ad € 41,3 miliardi. A ciò si aggiunge una quota più contenuta, ma non marginale sotto il profilo sistemico, riconducibile ai regimi di finanziamento volontari, pari complessivamente ad € 6,4 miliardi, includente sia le forme di intermediazione assicurativa privata, sia i contributi delle imprese e delle istituzioni senza scopo di lucro<sup>17</sup>. Il confronto con il contesto europeo evidenzia come l'Italia presenti una quota di spesa sanitaria privata superiore alla soglia del 15% raccomandata dall'Organizzazione Mondiale della Sanità, collocandosi in una posizione meno favorevole rispetto a Paesi quali Francia, Regno Unito, Germania e Danimarca, nei quali l'incidenza del finanziamento pubblico sulla spesa sanitaria complessiva risulta più elevata<sup>18</sup>. Il dato assume

---

<sup>16</sup> A seguito dell'aggiornamento dei LEA con il d.p.c.m. 12 gennaio 2017 e dell'incremento dei dati disponibili, già alla base dell'istituzione del Nuovo Sistema Informativo Sanitario (NSIS), è emersa l'esigenza di aggiornare e adeguare il sistema di garanzia. Il d.m. salute 12 marzo 2019, abrogando il d.m. 12 dicembre 2001, ha istituito il Nuovo Sistema di Garanzia (di seguito NSG) per il monitoraggio dell'assistenza sanitaria. Dal 2020, la valutazione degli indicatori "core" del NSG, in sostituzione della Griglia LEA, costituisce parte integrante della verifica degli adempimenti svolta dal Comitato LEA ai fini dell'accesso alla quota premiale del FSN, ai sensi dell'art. 2, co. 6, del medesimo decreto ministeriale. L'articolo 1, comma 288, della legge n. 234/2021 a decorrere dal 2022 ha destinato uno stanziamento annuale pari a 200 milioni di euro per l'aggiornamento dei LEA, mentre l'articolo 1, comma 235, della legge n. 213/2023 ha vincolato, per la medesima finalità, 50 milioni di euro per l'anno 2024 e 200 milioni di euro annui a decorrere dal 2025. La valutazione delle performance delle strutture ospedaliere, pubbliche e private, è fornita dall'AGENAS mediante il Piano Nazionale degli Esiti (PNE) ai sensi del Decreto del Ministero della salute del 21 giugno 2016.

<sup>17</sup> Istat, Esame del disegno di legge recante "Bilancio di previsione dello Stato per l'anno finanziario 2026 e bilancio pluriennale per il triennio 2026-2028", Audizione del Presidente dell'Istituto nazionale di statistica Prof. Francesco Maria Chelli presso Commissioni congiunte del Senato della Repubblica (Programmazione economica, bilancio) e della Camera dei Deputati (Bilancio, tesoro e programmazione), 6 novembre 2025.

<sup>18</sup> *European Commission*, Scheda tematica per il semestre europeo - Sistemi sanitari - reperibile sul [sito istituzionale della Commissione europea](#).

rilievo non solo in termini comparativi, ma anche quale indicatore della capacità del sistema di garantire un accesso equo e universalistico alle prestazioni sanitarie.

L'analisi della composizione percentuale della spesa mette infatti in luce alcune criticità strutturali.

In primo luogo, emerge una copertura pubblica che, pur restando predominante, non appare pienamente adeguata a sostenere in modo efficace e uniforme il sistema sanitario.

In secondo luogo, il peso significativo della spesa direttamente a carico delle famiglie segnala un crescente ricorso a forme di finanziamento privato diretto, con il rischio di accentuare disuguaglianze socio-economiche e territoriali nell'accesso alle cure.

Infine, la limitata incidenza dei meccanismi di intermediazione evidenzia una debole capacità di riequilibrio, insufficiente sia a contenere l'esposizione economica dei nuclei familiari sia a integrare in modo strutturato l'intervento pubblico.

Le superiori criticità risultano ancora più evidenti se si osserva l'andamento della spesa sanitaria pubblica nel medio-lungo periodo: nell'ultimo decennio, essa mostra un incremento costante in valori assoluti, ma una progressiva riduzione della propria incidenza sul prodotto interno lordo.

Secondo i dati del Ministero dell'economia e delle finanze, nel 2023 la spesa sanitaria pubblica ammonta ad € 131.119 milioni, pari al 6,3% del PIL, a fronte degli € 109.712 milioni del 2014, che rappresentavano il 6,7% del PIL<sup>19</sup>. La tendenza segnala una dinamica di sottofinanziamento relativo del settore sanitario rispetto alla crescita complessiva dell'economia.

Le previsioni contenute nel Documento di finanza pubblica 2025 indicano per il 2025 una spesa sanitaria pari ad € 143.372 milioni, con un incremento del 3,6% rispetto all'anno precedente (€ 138.335 milioni, secondo i dati del Sistema europeo di statistiche integrate sulla protezione sociale)<sup>20</sup>.

Nonostante ciò, in ambito europeo l'Italia continua a collocarsi al di sotto della media dei Paesi dell'Unione, posizionandosi a metà classifica e distanziata da Stati caratterizzati da un maggiore investimento pubblico in sanità, come Germania, Francia, Paesi Bassi e altri Paesi nordici<sup>21</sup>.

La spesa sanitaria pubblica si articola in diverse voci, tra cui i costi per il personale, i consumi intermedi, la farmaceutica convenzionata, l'assistenza medica in convenzione, i

---

<sup>19</sup> Ministero dell'Economia e Finanze, Dipartimento della Ragioneria generale dello Stato, *Monitoraggio della spesa sanitaria*, [Rapporto n. 11](#), 2024.

<sup>20</sup> Ministero dell'Economia e Finanze, *Le tendenze di medio-lungo periodo del sistema pensionistico e socio-sanitario*, [Rapporto n. 26](#), 2025.

<sup>21</sup> Osservatorio nazionale sulla salute come bene comune, Università Cattolica del Sacro Cuore, *La sanità italiana nel confronto europeo*, in [Rapporto Osservasalute](#), 2023.



servizi erogati da strutture private accreditate e convenzionate con il Servizio sanitario nazionale e altre spese<sup>22</sup>.

I dati più recenti del MEF evidenziano, rispetto al 2022, un incremento generalizzato di tali componenti, con l'eccezione delle spese per i salari e per i medici e pediatri di base che, invero, risultano in diminuzione secondo le rilevazioni ISTAT<sup>23</sup>. In particolare, la crescita più marcata si registra nella spesa per i servizi erogati da soggetti privati accreditati e convenzionati, mentre i consumi intermedi rappresentano la voce più onerosa, anche in ragione degli effetti residui della pandemia e dei costi straordinari sostenuti durante l'emergenza sanitaria<sup>24</sup>.

In relazione a tale fenomeno, appare riduttivo concentrare l'attenzione esclusivamente sull'entità delle risorse destinate al privato accreditato o sul recente aggiornamento del quadro normativo in materia di accreditamento e convenzionamento.

Ciò che assume rilievo decisivo è, piuttosto, il grado di integrazione sostanziale tra l'offerta privata e quella pubblica, integrazione che in molti contesti territoriali risulta incompleta o inefficace.

In questa prospettiva, il SSN è chiamato a rafforzare la propria capacità di programmazione e governo dell'offerta, orientandola ai bisogni effettivi di salute e assicurando il perseguimento degli obiettivi di efficienza, universalità e qualità attraverso una cooperazione strutturata e funzionale tra erogatori pubblici e privati<sup>25</sup>.

Le criticità finanziarie e gestionali del sistema sanitario si riflettono anche nelle dinamiche regionali.

In passato, lo Stato è intervenuto per fronteggiare i disavanzi strutturali di alcune Regioni, in particolare Lazio, Campania e Sicilia, introducendo e rafforzando i Piani di rientro come strumenti di riequilibrio finanziario e di garanzia dei LEA.

---

<sup>22</sup> Rispettivamente: beni e servizi consumati quali input nel processo produttivo, ossia per fornire servizi erogati direttamente dal SSN attraverso gli enti produttori di prestazioni sanitarie. Medicinali rimborsabili dal SSN distribuiti mediante le farmacie pubbliche e private operanti in regime convenzionale. Medici di medicina generale e pediatri convenzionati. SSN medico-specialistica, riabilitativa, integrativa, protesica e ospedaliera, offerti da case di cura, ospedali classificati, IRCCS di diritto privato, policlinici gestiti direttamente da università non statali, ambulatori e laboratori. Imposte dirette, ammortamenti, contribuzioni diverse, altre uscite.

<sup>23</sup> Cfr. Ministero dell'Economia e Finanze, *Monitoraggio della spesa sanitaria*, [cit.](#) Si tratta di dati condizionati anche dal blocco del *turn over* fino al 2019, dovuto ai problemi di bilancio regionali, limite alle spese di personale, parziale perfezionamento del rinnovo contrattuale per il triennio 2019-2021 e mancata definizione di quello della tornata 2022-2024, rispetto degli obiettivi in materia di personale previsti nei Piani di rientro regionali.

<sup>24</sup> Art. artt. 8-*quater* e 8-*quinquies* del d.lgs. 502/1992 si tratta di case di cura, ospedali classificati, IRCCS di diritto privato, policlinici gestiti direttamente da università non statali, ambulatori e laboratori, nonché per garantire altre prestazioni erogate da operatori privati accreditati con il SSN, come la psichiatria, la termale, ecc.

<sup>25</sup> G. ANGELINI, *La partecipazione dei privati al SSN tra servizio pubblico, concorrenza e discrezionalità amministrativa*, in [P.A. Persona e Amministrazione](#), 4 dicembre 2023, 413 e ss.

In coerenza con il quadro procedurale già richiamato, la disciplina dei Piani di rientro individua i presupposti applicativi non solo nel superamento delle soglie di disavanzo normativamente fissate, ma anche nell'ipotesi di insufficienza delle coperture, ferma in ogni caso la necessità di garantire i LEA, configurando tali strumenti come accordi intergovernativi funzionali al riequilibrio della spesa sanitaria. In questa prospettiva, essi segnano un passaggio significativo nel riparto delle responsabilità finanziarie, poiché il concorso statale al ripiano del disavanzo assume carattere condizionato, essendo subordinato alla capacità regionale di ristabilire l'equilibrio economico-finanziario anche mediante l'attivazione di risorse proprie<sup>26</sup>.

Ne deriva, inoltre, l'operatività di meccanismi correttivi automatici, che – in linea con quanto già previsto dalla legislazione finanziaria richiamata – incidono direttamente sul livello di pressione fiscale regionale, attraverso l'incremento delle addizionali IRPEF e IRAP, trasferendo così gli effetti del riequilibrio anche sulla collettività amministrata.

Tale assetto, pur rafforzando gli incentivi alla sana gestione finanziaria e introducendo correttivi automatici a tutela dell'equilibrio dei conti, comporta effetti redistributivi non trascurabili, poiché il riequilibrio si realizza anche mediante leve fiscali che incidono direttamente sulla collettività, trasferendo su famiglie e imprese l'onere degli squilibri regionali.

A distanza di anni, tuttavia, i risultati appaiono complessivamente modesti sul piano economico-finanziario e difficilmente valutabili sotto il profilo dell'effettivo miglioramento dei livelli di assistenza.

Inoltre, uno strumento concepito come temporaneo è divenuto strutturale, incidendo in modo significativo sull'autonomia regionale<sup>27</sup>.

I dati mostrano come, fino al 2023, la spesa sanitaria sia aumentata nella quasi totalità delle Regioni, con incrementi più contenuti in alcune di quelle sottoposte a Piani di rientro, fatta eccezione per la Campania.

Nel complesso, tuttavia, le dinamiche di crescita della spesa risultano sostanzialmente analoghe tra Regioni con e senza Piani di rientro e tra Regioni ordinarie e autonome<sup>28</sup>.

In una prospettiva di medio periodo, emerge dunque un incremento significativo della spesa sanitaria tra il 2013 e il 2024 in gran parte del territorio nazionale, in particolare nelle Regioni del Nord e in Puglia.

---

<sup>26</sup> L'articolo 9 del decreto-legge n. 203/2005 ha disposto l'obbligo per le Regioni di accantonare nei bilanci le risorse necessarie per coprire gli oneri derivanti dal rinnovo dei contratti e delle convenzioni del personale del SSN, con l'obiettivo di ridurre significativamente la formazione di sopravvenienze passive negli esercizi finanziari successivi a quello di sottoscrizione degli accordi.

<sup>27</sup> Cfr. A. PATANÉ, *I Piani di Rientro*, cit.

<sup>28</sup> Ministero dell'Economia e Finanze, *Monitoraggio della spesa sanitaria*, [cit.](#)



Questo andamento, inserito in un contesto caratterizzato da elevato debito pubblico, invecchiamento demografico e rapido progresso tecnologico, pone seri interrogativi sulla sostenibilità del sistema sanitario nel suo assetto attuale.

Alla luce delle considerazioni di cui sopra, appare necessario avviare una riflessione sul ripensamento dei modelli di finanziamento del Servizio sanitario nazionale, valutando anche il ruolo dei fondi integrativi in una prospettiva realmente complementare<sup>29</sup>. Un eventuale rafforzamento di tali strumenti dovrebbe avvenire secondo una disciplina organica e coerente, in grado di integrare – e non sostituire – il finanziamento pubblico. Rimane fondamentale evitare derive di tipo assicurativo che siano incompatibili con il principio di universalità, poiché i sistemi assicurativi privati non garantirebbero la copertura per chi non può pagare il premio o per chi, a causa delle proprie condizioni di rischio, non è assicurabile. In tal modo si assicura che il diritto costituzionale alla salute rimanga pienamente tutelato, anche per i soggetti economicamente o clinicamente più vulnerabili<sup>30</sup>.

## 5. I Criteri di ripartizione della spesa sanitaria

Il riparto del finanziamento ordinario del SSN tra i destinatari è disciplinato da una delibera del Comitato Interministeriale per la Programmazione Economica e lo Sviluppo Sostenibile, adottata previa Intesa Stato-Regioni. Il riparto comprende anche le compensazioni finanziarie, tra Regioni e tra Stato e Regioni, relative alla mobilità sanitaria extraregionale e internazionale<sup>31</sup>, ove solo alcune Regioni del nord del Paese sono sistematicamente a credito a discapito di altre del Sud<sup>32</sup>.

L'art. 119 Cost. stabilisce che le risorse finanziarie degli Enti territoriali devono essere sufficienti a garantire il pieno finanziamento delle funzioni pubbliche loro attribuite rendendo, quindi, indispensabile l'adozione di criteri di riparto che riflettano adeguatamente i fabbisogni effettivi.

Nell'individuazione delle variabili da considerare per l'allocazione dei finanziamenti sanitari in un sistema decentrato, occorre selezionare quelle che possano rappresentare i fattori plausibili o pertinenti della spesa, escludendo fattori legati alla inefficiente gestione dei servizi e/o comportamenti opportunistici oppure ancora legati al malaffare<sup>33</sup>.

---

<sup>29</sup> Sul punto v. le osservazioni di R. BALDUZZI, D. SERVETTI, *La garanzia costituzionale del diritto alla salute e la sua attuazione nel Servizio sanitario nazionale*, in *Manuale di diritto sanitario*, 2013, 66 e ss.

<sup>30</sup> Cfr. E. PIRAS, *Fondi sanitari integrativi e livelli essenziali di assistenza nella sanità pubblica*, in [Rivista di diritto bancario](#), aprile - giugno, 2017, 249 e ss.

<sup>31</sup> Articolo 12, comma 3, lettera b), del d.lgs. 502/1992.

<sup>32</sup> Corte dei conti, [Relazione al Parlamento sulla gestione finanziaria dei Servizi Sanitari Regionali. Esercizi 2022-2023](#), ultimo accesso: 1° febbraio 2025.

<sup>33</sup> Cfr. V. MAPELLI, *I sistemi di governance dei Servizi sanitari regionali*, in [Formez](#), Quaderno 57, 2007.

Premesso che nessun metodo di stima permette di prevedere con precisione le esigenze di spesa, poiché resta un margine di incertezza eventualmente gestibile mediante strumenti di rinegoziazione retrospettiva dei fondi o ricorso a fonti di finanziamento alternative, la definizione di criteri non arbitrari per la distribuzione del finanziamento destinato alla sanità, con l'obiettivo di garantire equità nell'accesso ed efficienza nella spesa, rappresenta una sfida comune a tutti i sistemi sanitari decentrati.

L'allocazione delle risorse tende a fondarsi sui bisogni, spesso stimati attraverso indicatori del consumo di servizi sanitari, ma presenta alcune criticità, quali consumi non appropriati, ostacoli fisici o economici all'accesso e scarsa consapevolezza del bisogno da parte dei cittadini, che possono allontanare i consumi dai reali bisogni<sup>34</sup>.

Il d.lgs. 68/2011, come modificato dalla l. 190/2014, ha introdotto con decorrenza dal 2015 un nuovo regime tramite l'adozione dei pesi definiti dalla l. 662/1996 che considerassero popolazione residente, consumi sanitari per età e genere, tassi di mortalità, indicatori territoriali e epidemiologici. Inoltre, il sopra indicato decreto del 2011 ha stabilito che nel riparto fosse, altresì, considerato il miglioramento degli *standard* qualitativi tramite sistemi di valutazione e monitoraggio delle cure.

Lo stesso decreto ha previsto una fase transitoria fino al 2015 per la suddivisione del finanziamento indistinto del SSN tramite ponderazione della quota capitaria pesata per fasce d'età, invero, rimasto sostanzialmente in vigore fino al 2022. Peraltro, i finanziamenti sono distribuiti per circa il 60% in base a una quota capitaria semplice (non pesata) e per il restante 40% in base a quella pesata per età<sup>35</sup>.

Per lungo tempo, l'unico indicatore impiegato per stimare il fabbisogno sanitario, accanto alla numerosità della popolazione, è stato l'elemento anagrafico, in ragione del progressivo aumento del bisogno di cura con l'avanzare dell'età. Si stima, infatti, che l'età possa spiegare almeno metà della variabilità dei consumi sanitari e, conseguentemente, dello stato di salute. Ciò nonostante, pur continuando a fornire un'indicazione di base, rimane uno strumento molto impreciso che andrebbe integrato con diversi altri fattori al fine di stimare con maggiore accuratezza il fabbisogno sanitario<sup>36</sup>.

La ponderazione per fascia di età ha assicurato risorse addizionali ai territori con maggiore presenza di anziani, in ordine di maggiore beneficio rispettivamente Piemonte, Toscana,

---

<sup>34</sup> Cfr. V. MAPELLI, *Una proposta di ripartizione del fondo sanitario tra le regioni*, in [Politiche sanitarie](#), Pensiero scientifico Editore, Vol. 8 n. 1 gennaio - marzo, 2007.

<sup>35</sup> Solo per il 2021 e 2022, in via transitoria si è deciso di distribuire il finanziamento per l'85% in base al criterio della quota capitaria pesata per età ed il restante attraverso quota capitaria semplice.

<sup>36</sup> T. BALDUZZI, *gli indicatori del bisogno di salute: tra appropriatezza, autonomia ed equità nel servizio sanitario nazionale* (Costituzionalismo numerico: gli indicatori quantitativi tra norme, diritti e politiche pubbliche), in [federalismi.it](#), 3/2025, 132 ss.



Liguria, Friuli-Venezia Giulia, Sardegna, Emilia-Romagna, Umbria e Marche, riducendo quelle di Campania, Sicilia, Puglia, Calabria, ma anche Lombardia e Lazio<sup>37</sup>.

Solo alla fine dell'anno 2022, con decreto del 30 dicembre del MISAL, vengono stabiliti i nuovi criteri da applicare, con decorrenza dal 2023, al FSNS:

- 98,5% delle risorse continua a essere distribuito secondo popolazione residente pesata per età;
- 0,75% viene ora assegnato in base al tasso di mortalità della popolazione *under 75*;
- 0,75% è destinato agli indicatori delle condizioni socio-economiche (povertà relativa, bassa scolarizzazione, tasso di disoccupazione).

Le Regioni del Mezzogiorno, caratterizzate da condizioni socio-economiche più svantaggiate, hanno ricevuto i maggiori incrementi di finanziamento (Campania +84 mln €, Sicilia +56 mln €, Puglia +45 mln €, Calabria +21 mln €), mentre le Regioni più ricche hanno subito riduzioni (Lombardia -71 mln €, Veneto -33 mln €, Emilia-Romagna -30 mln €).

Nonostante i nuovi criteri di allocazione mirino a ridurre le disuguaglianze territoriali, l'Ufficio parlamentare di bilancio stima che nel 2023 l'effetto redistributivo sia stato limitato a circa 219 mln €, correggendo solo parzialmente gli squilibri preesistenti. Il criterio del capitaro pesato per età continua a dominare (98,5%), favorendo le Regioni con popolazione più anziana, mentre altri fattori rilevanti sono considerati marginalmente.

Un incremento di queste quote permetterebbe di orientare più risorse verso le Regioni che affrontano maggiori difficoltà sanitarie e sociali, senza stravolgere la logica complessiva del finanziamento.

In una seconda fase, sarebbe opportuno introdurre ulteriori parametri più sofisticati, in grado di affinare ulteriormente la redistribuzione e garantire che i finanziamenti riflettano non solo la struttura demografica, ma anche la reale domanda di salute e le condizioni socio-economiche della popolazione.

Questo approccio progressivo potrebbe favorire un sistema più equo, capace di ridurre in maniera concreta le disuguaglianze tra territori e di rafforzare la capacità del SSN di rispondere ai bisogni dei cittadini più vulnerabili.

## 6. Problematicità e spunti propositivi

Le decisioni sugli indicatori utilizzati per misurare il fabbisogno sanitario e guidare la ripartizione delle risorse per i LEA tra le Regioni, pur essendo spesso presentate come meramente tecniche e neutrali, sono anche di natura politica. E tanto deriva dal fatto che tali indicatori bilanciano principi fondamentali del SSN – quali equità, efficacia organizzativa e

---

<sup>37</sup> Ufficio parlamentare di Bilancio, [Il riparto del fabbisogno sanitario nazionale tra nuovi criteri e attuazioni incomplete](#), Focus tematico n. 3 del 27 marzo 2024.

autonomia regionale – e che la loro selezione e ponderazione sono deliberate da autorità politiche consapevoli dell’impatto sulla distribuzione finanziaria. Di conseguenza, gli indicatori non solo disciplinano l’allocazione delle risorse tra i diversi erogatori, ma orientano anche la selezione delle prestazioni più idonee a rispondere ai bisogni delle singole comunità territoriali, evidenziando il carattere politico di decisioni che, pur qualificandosi come tecniche e neutrali, implicano in realtà scelte discrezionali in ordine alla distribuzione delle risorse e alla definizione degli equilibri tra territori e situazioni differenziate<sup>38</sup>.

Sebbene la definizione e l’utilizzo degli indicatori per misurare il fabbisogno sanitario siano presentati come basati su criteri oggettivi e scientifici, in realtà riflettono decisioni deliberate da organi politici o amministrativi con poteri regolatori e gestionali.

Queste scelte influenzano direttamente la distribuzione delle risorse, la definizione delle priorità di intervento e il bilanciamento tra principi costituzionali quali equità e autonomia regionale. Pertanto, la componente tecnica nella selezione degli indicatori è indissolubilmente legata a valutazioni politiche, con significative conseguenze sulla governance del SSN.

Il fabbisogno sanitario, inteso come propensione della popolazione a richiedere prestazioni sanitarie, viene stimato principalmente sulla base dei livelli di consumo sanitario, che rappresentano il dato informativo più utilizzato, pur non coincidente perfettamente con i bisogni reali<sup>39</sup>.

Come accennato nel paragrafo precedente la stima del fabbisogno sanitario attualmente tiene conto di alcuni fattori che influenzano i consumi di prestazioni sanitarie, quali l’età e taluni indici relativi a condizioni socio-economiche, mentre non sono ancora considerati il genere, importanti variabili ambientali, economiche ed altri criteri socio-culturali.

Le istituzioni pubbliche, nell’adottare una metodologia di calcolo del fabbisogno, sono chiamate a operare delle scelte riguardo: a) quali fattori includere; b) quali specifici indicatori utilizzare per rappresentarli; c) quale peso attribuire a tali indicatori nel modello di calcolo.

Le decisioni riguardo a tali scelte dovrebbero comportare un equilibrio tra principi costituzionali, quali l’equità nell’accesso alle cure e l’efficienza nella gestione delle risorse, al fine di garantire uniformità territoriale e contenimento degli sprechi.

Nel nostro ordinamento, risulta ancora inattuata l’inclusione nel riparto della spesa sanitaria degli ulteriori criteri previsti dalla l. 662/1996 e dal d.lgs. 68/2011, in attesa della disponibilità di dati aggiornati e della risoluzione delle criticità connesse alla normativa sulla *privacy*<sup>40</sup>.

<sup>38</sup> Cfr. C. CARUSO, M. MORVILLO, *Il governo dei numeri. Indicatori economico-finanziari e decisione di bilancio, nello Stato costituzionale*, Il Mulino, Bologna, 2020, 11 ss.

<sup>39</sup> Cfr. V. MAPELLI, *Dentro al Patto per la salute: riflessioni e proposte per definire la quota capitaria*, in *Monitor*, n. 36, 2014, 48 ss.

<sup>40</sup> Garante per la protezione dei dati personali, *Parere al Consiglio di Stato sulle nuove modalità di ripartizione del fondo sanitario tra le regioni proposte dal Ministero della salute e basate sulla stratificazione della*



Si rende, pertanto, necessario rafforzare le basi informative in conformità alle disposizioni sulla protezione dei dati personali e sensibili, al fine di consentire l'applicazione degli indicatori aggiuntivi previsti, quali la frequenza dei consumi sanitari per genere e gli indicatori epidemiologici locali.

Il riferimento al genere assume particolare rilievo nella programmazione sanitaria, evidenziando la necessità di prestazioni specifiche dedicate alla salute delle donne quali, la consulenza pre-concezionale, la prevenzione e diagnosi precoce dei tumori genitali femminili, l'assistenza in gravidanza e puerperio, nonché il supporto per interruzione volontaria della gravidanza, problematiche di sterilità e infertilità, procreazione medicalmente assistita, menopausa e assistenza in caso di violenza di genere. Questa consapevolezza impone un'adeguata considerazione delle specificità di genere nell'ambito della programmazione e dell'allocazione delle risorse sanitarie<sup>41</sup>.

Molti Paesi UE utilizzano indicatori demografici, epidemiologici e socio-economici per distribuire le risorse sanitarie in modo più equo, bilanciando precisione, trasparenza e semplicità. Alcuni prevedono anche premi per la qualità e fondi perequativi per ridurre le disuguaglianze.

Ad esempio, in Spagna<sup>42</sup>, realtà fortemente decentrata e variegata che da qualche tempo si è scelto di attenzionare, dopo aver previsto tributi propri e sostanziose partecipazioni al gettito erariale in favore delle Comunità Autonome, quest'ultime finanziano un Fondo di Garanzia attraverso cui sono elargite ulteriori risorse, oltre che per popolazione residente ed età, anche in relazione a soggetti fragili (0-16 anni e di età maggiore di 65 anni), superficie territoriale, dispersione territoriale ed insularità<sup>43</sup>.

---

*popolazione, 5 marzo 2020. Nella in cui si afferma che "...allo stato, per la finalità di ripartizione del FSN, non sussiste la base giuridica per interconnettere i flussi informativi sanitari del NSIS e per acquisire categorie particolari di dati da altre Amministrazioni pubbliche e, quindi, i predetti trattamenti non risultano compatibili con la normativa in materia di protezione dei dati personali. In aggiunta, si rileva che, come più compiutamente analizzato nei precedenti paragrafi, -allo stato- non è stata rinvenuta una base giuridica anche per la c.d. attività di stratificazione di tutti gli utenti del SSN, volta a definire un profilo sanitario individuale legato alla presenza di patologie croniche e connesso a un profilo reddituale individuale".*

<sup>41</sup> Cfr. F. RESCIGNO (a cura di), *One Earth-One Health, La costruzione giuridica del terzo millennio*, Giappichelli, Torino, 2023.

<sup>42</sup> La *Constitutione Española* (1978) garantisce il diritto alla protezione della salute, stabilendo le basi per l'organizzazione del sistema sanitario. La *Ley General de Sanidad* (1986) regola l'esercizio del diritto alla protezione della salute, creando il Sistema Sanitario Nazionale con copertura universale. La *Ley 21/2001, de 27 de diciembre, de financiación de las comunidades autónomas* disciplina il sistema di finanziamento delle Comunità Autonome, inclusa la sanità, e definisce i criteri generali per la distribuzione delle risorse pubbliche, prevede meccanismi di compensazione e solidarietà territoriale per ridurre le disuguaglianze tra regioni più e meno ricche, oltre a stabilire i principi per il Fondo di solidarietà interterritoriale (*Fondo de Compensación Interterritorial*), che è uno strumento chiave nel riparto delle risorse sanitarie. Tuttavia, la determinazione dettagliata dei criteri tecnici avviene attraverso accordi specifici, in particolare all'interno della Conferenza Settoriale della Salute.

<sup>43</sup> Art. 9 *Ley 22/2009, de 18 de diciembre, por la que se regula el sistema de financiación de las Comunidades Autónomas de régimen común y Ciudades con Estatuto de Autonomía y se modifican determinadas normas tributarias*.

Mentre quasi tutti i Paesi considerano età e sesso, alcuni, in maniera più avveduta, integrano con ulteriori indicatori utili a garantire un finanziamento più aderente ai bisogni reali.

Certamente la scelta in relazione ad indicatori influenti sui bisogni di salute è sicuramente ampia, ma non può prescindere dalla disponibilità di dati.

Si pensi, in tal senso, agli indicatori di salute e morbilità (tassi di mortalità e di mortalità evitabile, prevalenza di malattie croniche, indicatori di disabilità o invalidità), ulteriori condizioni socio-economiche (povertà relativa, reddito, livello di istruzione, disoccupazione, condizioni abitative); indicatori di accesso e utilizzo dei servizi (frequenza di ricoveri ospedalieri, visite, prescrizioni, consumi di farmaci); caratteristiche ambientali e/o geografiche (infrastrutture di trasporto e collegamento, densità di popolazione, aree rurali o montane, disponibilità di strutture sanitarie); qualità e *performance* del sistema sanitario (indicatori di *outcome* clinici, livelli di efficienza e appropriatezza, risultati di monitoraggio e valutazione).

Secondo la dottrina, di particolare rilievo sono gli indicatori epidemiologici e di consumo, quali malattie croniche, disabilità, limitazioni e comorbidità, in quanto essenziali per allocare le risorse in modo efficiente ed evitare sprechi<sup>44</sup>.

Analogamente, ulteriori indicatori socio-economici (quali povertà, reddito e livello di istruzione) potrebbero incidere significativamente sul bisogno e sull'accesso ai servizi sanitari; la loro inclusione nei criteri di allocazione contribuirebbe a ridurre le disuguaglianze e a promuovere l'equità nell'erogazione delle prestazioni.

Inoltre, ben si comprende come la considerazione della distanza e dell'accessibilità ai servizi sanitari, nonché della presenza o assenza di infrastrutture, risulti fondamentale per garantire un finanziamento adeguato alle aree rurali, geograficamente svantaggiate o caratterizzate da un'infrastrutturazione limitata, assicurando così un'equa distribuzione delle risorse in relazione alle specifiche esigenze territoriali<sup>45</sup>.

## 7. Conclusioni

L'analisi svolta mette in evidenza come il finanziamento e la ripartizione della spesa sanitaria rappresentino oggi uno snodo cruciale per la tenuta costituzionale del Servizio Sanitario Nazionale, nel punto di equilibrio – tutt'altro che stabile – tra il diritto fondamentale alla salute di cui all'art. 32 Cost. e i vincoli di sostenibilità finanziaria imposti dagli artt. 81, 97 e 119 Cost., nonché dal quadro europeo di finanza pubblica.

---

<sup>44</sup> S. MORRIS, N. DEVLIN, D. PARKIN, *Economic Analysis in Health Care*, Chichester: John Wiley & Sons, 2012.

<sup>45</sup> M. WHITEHEAD, *The concepts and principles of equity and health*, in *Sage Journals*, 22/3, 1992, 429 ss.; D. KRIGOS e al., *The strength of primary care in Europe: an international comparative study*, ivi, 2013, 63/616, 742 ss.



La garanzia uniforme dei LEA, pur formalmente assicurata da un impianto normativo articolato e coerente, risulta nella pratica condizionata da scelte programmatiche e allocative che riflettono limiti strutturali del modello attuale.

In primo luogo, emerge con chiarezza come il livello complessivo di finanziamento pubblico del SSN, pur in crescita nominale, risulti progressivamente ridimensionato in rapporto al PIL e inferiore alla media europea, con un conseguente spostamento dell'onere finanziario sulle famiglie. Tale dinamica rischia di compromettere il principio di universalità del sistema e di ampliare le disuguaglianze territoriali e socio-economiche nell'accesso alle cure, ponendosi in tensione con la funzione solidaristica che informa l'intero assetto costituzionale della sanità pubblica.

In secondo luogo, il meccanismo del FSNS e dei costi *standard*, pur rappresentando un tentativo di superamento della spesa storica e di razionalizzazione dell'allocazione delle risorse, appare ancora fortemente sbilanciato su criteri anagrafici, con un'incidenza marginale di indicatori epidemiologici, socio-economici e territoriali. Ne deriva una rappresentazione solo parziale dei bisogni effettivi di salute delle popolazioni regionali, che finisce per cristallizzare squilibri preesistenti anziché correggerli in modo strutturale, in contrasto con la logica perequativa sottesa all'art. 119 Cost.

Ulteriormente, la persistente assenza di una programmazione sanitaria nazionale aggiornata, a fronte di un Piano sanitario nazionale fermo al triennio 2006-2008, ha indebolito la funzione di indirizzo e coordinamento statale, accentuando la frammentazione delle politiche regionali, nonostante il tentativo di rendere più incisivi gli strumenti di *governance* multilivello, quali la CSR che, tuttavia, non sembra esente da criticità sul piano della rappresentatività sostanziale<sup>46</sup>.

In questo contesto, i piani di rientro, pur avendo contribuito a un maggiore controllo della spesa e a una responsabilizzazione finanziaria delle Regioni, hanno assunto una dimensione strutturale non prevista originariamente, incidendo in modo significativo sull'autonomia regionale senza garantire risultati omogenei sul piano della qualità e dell'appropriatezza delle prestazioni.

Quanto ai criteri di riparto, l'evoluzione più recente – con l'introduzione, seppur limitata, di indicatori di mortalità prematura e condizioni socio-economiche – rappresenta un passo nella direzione di una maggiore equità allocativa, ma l'impatto redistributivo resta contenuto. Ciò conferma come le scelte sugli indicatori e sui relativi pesi non siano mai neutre, né meramente tecniche, ma esprimano, altresì, opzioni politiche che incidono

---

<sup>46</sup> G. FALCON, *La Conferenza Stato-Regioni nel sistema delle autonomie*, Bologna, Il Mulino, 2018, 67-75. In maniera condivisibile si afferma come, da un lato, gli squilibri nei rapporti di forza negoziale tra Regioni incidono sugli esiti del confronto; dall'altro, i meccanismi decisionali di tipo consensuale, uniti alla frequente coincidenza di orientamento politico tra Governo e alcune Regioni, possono determinare una sovra-rappresentazione degli interessi delle realtà territoriali più forti, a detrimento di quelle strutturalmente più deboli.

direttamente sulla distribuzione delle risorse, sul grado di solidarietà interterritoriale e, in ultima analisi, sull'effettività dei diritti sociali.

Alla luce di tali considerazioni, appare necessario ripensare complessivamente il modello di finanziamento e di ripartizione della spesa sanitaria, rafforzando la dimensione programmatoria nazionale, ampliando in modo significativo il *set* di indicatori utilizzati per la stima del fabbisogno – includendo variabili epidemiologiche, ulteriori indicatori socio-economici, di genere, ambientali e di accessibilità ai servizi – garantendo basi informative adeguate nel rispetto della normativa sulla protezione dei dati personali.

Solo un approccio più aderente ai bisogni reali dei territori può consentire di coniugare equità, efficienza e sostenibilità.

In un contesto caratterizzato da un incremento progressivo e costante della spesa sanitaria, anche il ruolo dei soggetti privati e dei fondi integrativi dovrebbe essere ripensato in chiave realmente complementare e non sostitutiva rispetto al SSN, evitando derive assicurative incompatibili con il principio di universalità e salvaguardando il nucleo essenziale del diritto alla salute come diritto fondamentale della persona e interesse della collettività.

Al netto delle considerazioni complessive, permane la questione relativa all'inefficienza riscontrabile in alcuni territori del Paese, nonostante le risorse loro assegnate risultino, in effetti, comparabili a quelle di altri contesti nei quali tale inefficienza non si manifesta.

In definitiva, la sfida del futuro non risiede soltanto nell'aumento delle risorse, ma nella capacità del legislatore e delle istituzioni di governo di orientarle secondo criteri coerenti con i principi costituzionali, assicurando che la sostenibilità finanziaria non si traduca in una riduzione sostanziale delle tutele, ma in una loro attuazione più equa ed efficace.