

FINANZIARE LA SANITÀ, TRA RISORSE ORDINARIE E PNRR

di Berardino Zoina¹

Abstract

The financing of healthcare expenditure is currently one of the main challenges for the sustainability of the Italian welfare system. The evolution of the National Health Service (SSN) has gone through several phases, from the construction of a universal model based on general taxation, to reforms aimed at managerial responsibility and regional decentralization, to the current season of innovation supported by the extraordinary resources of the National Recovery and Resilience Plan (PNRR).

The analysis highlights how the economic and financial sustainability of the system depends on the balance between ordinary resources and extraordinary investments, but also on the quality of the multi-level governance that regulates healthcare spending planning. Containment policies and spending review measures have made it possible to maintain balanced public accounts but have limited the capacity for investment and renewal of human capital. The pandemic crisis has highlighted the need to strengthen local healthcare, digitalization, and long-term planning capacity.

The PNRR represents a turning point: the co-financing and accountability principles introduced by the European program steer healthcare policies towards measurable and verifiable objectives but also raise the issue of the long-term sustainability of the innovations implemented. The effectiveness of the interventions will depend on the ability to integrate extraordinary resources. The financing of healthcare expenditure is currently one of the main challenges for the sustainability of the Italian welfare system. The evolution of the National Health Service (SSN) has gone through several phases, from the construction of a universal model based on taxation within the ordinary framework of the National Health Fund, ensuring financial continuity and institutional consistency.

This paper offers a systemic interpretation of healthcare financing, understood as a tool for development and cohesion, and identifies three essential conditions for its future sustainability: stability of resources, quality of governance, and enhancement of human and technological capital. The construction of an integrated, results-oriented model is the basis for a National Health Service capable of combining economic efficiency, territorial equity, and effective protection of the right to health.

Il finanziamento della spesa sanitaria rappresenta oggi una delle principali sfide per la sostenibilità del welfare italiano. L'evoluzione del Servizio Sanitario Nazionale (SSN) ha attraversato diverse fasi, dalla costruzione del modello universalistico fondato sulla fiscalità generale, alle riforme orientate alla responsabilità gestionale e al decentramento regionale, fino all'attuale stagione di innovazione sostenuta dalle risorse straordinarie del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR).

L'analisi evidenzia come la sostenibilità economico-finanziaria del sistema dipenda dall'equilibrio tra risorse ordinarie e investimenti straordinari, ma anche dalla qualità della governance multilivello che regola la programmazione della spesa sanitaria. Le politiche di contenimento e le misure di spending review hanno consentito di mantenere l'equilibrio dei conti pubblici, ma hanno limitato la capacità di investimento e di rinnovamento del capitale umano. La crisi pandemica ha reso evidente la necessità di rafforzare la sanità territoriale, la digitalizzazione e la capacità di pianificazione di lungo periodo.

Il PNRR rappresenta un punto di svolta: le logiche di cofinanziamento e di accountability introdotte dal

¹ Dottorando di ricerca in diritto amministrativo presso l'Università della Campania "Luigi Vanvitelli".

programma europeo orientano le politiche sanitarie verso obiettivi misurabili e verificabili, ma pongono anche il problema della sostenibilità nel tempo delle innovazioni realizzate. L'efficacia degli interventi dipenderà dalla capacità di integrare le risorse straordinarie nel quadro ordinario del Fondo Sanitario Nazionale, garantendo continuità finanziaria e coerenza istituzionale.

Il contributo propone una lettura sistematica del finanziamento della sanità, inteso come strumento di sviluppo e di coesione, e individua tre condizioni essenziali per la sua sostenibilità futura: stabilità delle risorse, qualità della governance e valorizzazione del capitale umano e tecnologico. La costruzione di un modello integrato e orientato ai risultati costituisce la base per un Servizio Sanitario Nazionale capace di coniugare efficienza economica, equità territoriale e tutela effettiva del diritto alla salute.

SOMMARIO: 1. Introduzione: la nuova questione sanitaria e il nodo del finanziamento. – 2. Evoluzione storica e istituzionale del finanziamento sanitario in Italia. – 3. Crisi e riforme del finanziamento: austerità, spending review e digital health. – 4. Il PNRR come leva straordinaria: logiche di cofinanziamento, accountability e sostenibilità. – 5. Verso un modello integrato e sostenibile di finanziamento della sanità. – 6. Conclusioni.

1. *Introduzione: la nuova questione sanitaria e il nodo del finanziamento.* – Il tema del finanziamento della spesa sanitaria rappresenta uno degli ambiti più rilevanti e delicati delle politiche pubbliche italiane ed europee². La sostenibilità economica del sistema sanitario è oggi condizionata da trasformazioni demografiche, epidemiologiche e tecnologiche che incidono in modo strutturale sulla domanda di servizi e sulla composizione della spesa³. L'invecchiamento della popolazione, la diffusione delle patologie croniche e la maggiore aspettativa di vita determinano un fabbisogno crescente di assistenza continuativa, di cure integrate e di tecnologie sanitarie avanzate. Questi elementi contribuiscono a un aumento costante dei costi, che si riflette sulla capacità delle amministrazioni di garantire l'universalismo previsto dall'articolo 32 della Costituzione⁴.

Il modello italiano, fondato sulla fiscalità generale e su un'articolazione regionale delle competenze, ha consentito nel tempo di assicurare un elevato livello di copertura, ma presenta margini di fragilità legati alla dipendenza da risorse pubbliche e alla variabilità dei contesti territoriali⁵. Le differenze nella capacità fiscale e nella qualità gestionale delle regioni producono esiti non omogenei nell'erogazione dei servizi e nella realizzazione dei Livelli essenziali di assistenza (LEA). Le aree meridionali, in particolare, continuano a risentire di vincoli infrastrutturali e organizzativi che incidono sulla qualità dell'offerta e sulla disponibilità di personale sanitario qualificato.

La dinamica del finanziamento sanitario si è evoluta in un quadro di costante tensione tra la necessità di garantire la sostenibilità finanziaria del sistema e l'esigenza di assicurare prestazioni adeguate ai bisogni della popolazione⁶. Le politiche di contenimento della spesa e le misure di controllo dei bilanci regionali introdotte a partire dagli anni Duemila hanno rafforzato il principio di responsabilità finanziaria, ma hanno anche reso più complesso il mantenimento di standard uniformi di servizio. La programmazione economico-finanziaria e la definizione dei fabbisogni standard sono divenute funzioni centrali di coordinamento interistituzionale, nelle quali il ruolo

² G. Muraro e V. Rebba, *Il finanziamento della sanità nei paesi dell'Ocse: struttura e dinamica*, in *Politiche sanitarie*, 2008, n. 3, pp. 121-132.

³ E. Innocenti, *Il finanziamento della spesa sanitaria nella recente giurisprudenza costituzionale: tra tutela della salute, coordinamento della finanza pubblica e (in)attuazione dell'art. 119 Cost.*, in *Le regioni*, 2008, n. 3, pp. 571-600.

⁴ G. Stornaiuolo, *Il finanziamento della spesa in materia sanitaria: una proposta di modifica del D. Lgs. 56/2000 in applicazione dell'art. 119 del Titolo V della Costituzione*, in *Rivista economica del Mezzogiorno*, 2005, n. 1, pp. 61-100.

⁵ F. Pammolli e N.C. Salerno, *I trend della spesa sanitaria e le ragioni del finanziamento multipillar con componente ad accumulazione reale*, in *WP CERM*, 2010, n. 6.

⁶ A. Sacchi, *Il finanziamento della sanità in Italia: finanza autonoma o derivata?*, in *Economia pubblica*, 2009, n. 1/2, pp. 149-182.

dello Stato e delle regioni⁷ risulta strettamente interdipendente⁸.

La crisi sanitaria ed economica del 2020 ha riportato al centro dell'attenzione la questione del finanziamento della sanità⁹. L'emergenza pandemica ha evidenziato la vulnerabilità delle strutture territoriali, la carenza di personale e la limitata capacità di investimento accumulata negli anni precedenti¹⁰. In questa fase, il Piano nazionale di ripresa e resilienza (PNRR) ha assunto un rilievo strategico, offrendo una disponibilità straordinaria di risorse finalizzate al rafforzamento infrastrutturale, alla digitalizzazione e al potenziamento dei servizi di prossimità¹¹. La Missione 6, dedicata alla salute, ha introdotto nuovi strumenti di finanziamento e di monitoraggio, con l'obiettivo di favorire la modernizzazione del Servizio Sanitario Nazionale (SSN) e il miglioramento della capacità amministrativa delle strutture coinvolte¹².

L'intervento del PNRR ha determinato l'apertura di una fase inedita per la programmazione della spesa sanitaria¹³. L'integrazione delle risorse straordinarie nel sistema di finanziamento ordinario richiede una revisione dei criteri di allocazione, delle modalità di rendicontazione e dei meccanismi di cofinanziamento. Il tema della sostenibilità non riguarda più solo la disponibilità di fondi, ma anche la capacità delle istituzioni di tradurre gli investimenti in innovazione organizzativa, efficienza gestionale e risultati misurabili in termini di salute pubblica¹⁴. La natura temporanea delle risorse europee impone inoltre di individuare strumenti di continuità che consentano di consolidare gli effetti positivi del PNRR oltre la sua durata.

Il presente contributo analizza il sistema di finanziamento della sanità in Italia, con particolare riferimento all'interazione tra risorse ordinarie e investimenti straordinari. L'obiettivo è esaminare le implicazioni economiche e istituzionali del modello attuale, evidenziando i processi di trasformazione che interessano la governance multilivello della spesa sanitaria. L'analisi si concentra sulla sostenibilità del sistema, sulle disuguaglianze territoriali e sul ruolo delle politiche di innovazione come fattori di rafforzamento del SSN. La prospettiva adottata è quella di una riflessione orientata alla programmazione integrata e alla coerenza delle politiche pubbliche, con particolare attenzione alla capacità del sistema di adattarsi alle nuove condizioni economiche e sociali.

2. Evoluzione storica e istituzionale del finanziamento sanitario in Italia. – L'evoluzione del sistema di finanziamento della sanità italiana riflette i principali passaggi che hanno caratterizzato la costruzione e il consolidamento del SSN e il progressivo decentramento delle competenze in materia di salute¹⁵. Dalla fine dell'Ottocento fino alla seconda metà del Novecento, il modello di riferimento è stato quello mutualistico, basato su enti previdenziali e casse mutue che garantivano

⁷ S. Cassese, *Il finanziamento delle Regioni: aspetti costituzionali*, in *Rivista Internazionale di Scienze Sociali*, 1966, n. 1, pp. 3-20.

⁸ F.M. Amatucci, E. Borgonovi e F. Lecci, *Controllo della spesa sanitaria ed effetti delle forme innovative di finanziamento*, in *Teme*, 2007, n. 7/8, pp. 6-12.

⁹ L. Borsoi, G. Cinelli, A. Furnari E. Notarnicola e S. Rota, *La spesa sanitaria: composizione ed evoluzione nella prospettiva nazionale, regionale ed aziendale*, in *Rapporto OASI 2023*, Milano, Egea, 2003, pp. 83-144.

¹⁰ S. Spatola, *Il solito dilemma: il finanziamento della salute tra effettività della tutela ed esigenze di bilancio. Evoluzione, critiche e prospettive alla luce del recente dibattito sociale*, in *Corti supreme e salute*, 2023, n. 3, pp. 1-47.

¹¹ E. Anessi Pessina, A. Cicchetti, F. Spandonaro, B. Polistena, D. D'Angela, C. Masella, G. Costa, S. Nuti, F. Vola, M. Vainieri, A. Compagni, G. Fattore, F. Longo, M. Bobini, F. Meda e C. Buongiorno Sottoriva, *Proposte per l'attuazione del PNRR in sanità: governance, riparto, fattori abilitanti e linee realizzative delle missioni*, in *Mecosan*, 2021, n. 119, pp. 89-117.

¹² G. Razzano, *Equità e integrazione: due principi chiave per un nuovo piano sanitario nazionale. Oltre la "missione salute" del PNRR*, in *Rivista AIC*, 2024, n. 2, pp. 49-66.

¹³ F. Spandonaro, *Il PNRR e le prospettive di evoluzione del servizio sanitario nazionale*, in *Il Piano nazionale di ripresa e resilienza: una sfida da vincere*, L. Paganetto (a cura di), Roma, Eurilink University Press, 2022, pp. 183-190.

¹⁴ F. Spandonaro, *Sanità: mettere d'accordo equità, innovazione organizzativa e ricerca clinica*, in *Spostare il baricentro: il PNRR, l'Europa e la politica industriale*, L. Paganetto (a cura di), Roma, Eurilink University Press, 2023, pp. 267-277.

¹⁵ N. Viceconte, *L'evoluzione del sistema di finanziamento del servizio sanitario nazionale tra federalismo "promesso" ed esigenze di bilancio*, 2011. in *Il regionalismo italiano dall'Unità alla Costituzione e alla sua riforma*, S. Mangiameli (a cura di), Atti delle giornate di studio, Roma 20-21-22 ottobre 2011, II, Milano, Giuffrè, 2012, pp. 595-626.

l'assistenza sanitaria principalmente ai lavoratori dipendenti. Tale sistema, pur assicurando un certo grado di copertura, risultava frammentato e diseguale, escludendo ampie fasce della popolazione e producendo una forte eterogeneità territoriale.

Con l'istituzione del SSN, introdotta dalla legge 833 del 23 dicembre 1978, si compie una svolta di grande rilievo¹⁶. Il nuovo assetto si fonda su tre principi fondamentali: universalità, uguaglianza ed equità al fine di garantire effettivamente il diritto alla salute¹⁷ sancito dall'articolo 32 della Costituzione. La salute diventa un diritto garantito a tutti i cittadini, e il sistema sanitario si trasforma in un servizio pubblico a carattere nazionale, finanziato prevalentemente attraverso la fiscalità generale. La riforma attua i principi costituzionali e afferma la competenza statale nella definizione dei livelli di assistenza e nella programmazione della spesa sanitaria. L'introduzione del SSN consente di superare definitivamente la frammentazione del sistema mutualistico, promuovendo una visione unitaria e solidale della tutela della salute.

Durante gli anni Ottanta, il modello universalistico si consolida, ma emergono rapidamente i problemi di sostenibilità finanziaria. L'aumento della spesa sanitaria, legato all'espansione dei servizi e al progresso tecnologico, induce il legislatore a introdurre strumenti di controllo dei costi e di responsabilizzazione gestionale. In questo contesto, la l. 30 dicembre 1992, n. 502 e il successivo d.lg. 7 dicembre 1993, n. 517 introducono il principio di aziendalizzazione delle unità sanitarie locali, che vengono trasformate in aziende con autonomia organizzativa e contabile¹⁸. Il finanziamento, pur continuando a derivare dalla fiscalità generale, viene collegato a logiche di efficienza, economicità e valutazione dei risultati. L'obiettivo è promuovere una gestione manageriale del sistema sanitario, in grado di coniugare la tutela dei diritti con la sostenibilità della spesa pubblica¹⁹.

Negli anni Novanta, la riforma del sistema di finanziamento prosegue con l'introduzione di strumenti di perequazione e con il progressivo coinvolgimento delle regioni nella programmazione economico-finanziaria. La creazione del Fondo sanitario nazionale (FSN) rappresenta l'architrave del nuovo modello: lo Stato determina l'ammontare complessivo delle risorse, mentre le regioni ne gestiscono la distribuzione e l'utilizzo²⁰. I criteri di riparto del FSN vengono definiti sulla base di indicatori demografici ed epidemiologici, con l'obiettivo di garantire equità e uniformità nella copertura dei servizi²¹. Tuttavia, le differenze nella capacità amministrativa e nella qualità delle strutture sanitarie regionali continuano a generare disparità significative²².

Un passaggio determinante si realizza con la riforma del Titolo V della Costituzione (l. cost. 18 ottobre 2001, n. 3), che trasforma la tutela della salute in materia di legislazione concorrente²³. Lo Stato definisce i principi fondamentali, mentre le regioni acquisiscono competenze legislative e amministrative nella programmazione e nella gestione dei servizi sanitari²⁴. La riforma rafforza il decentramento, ma introduce al contempo nuovi elementi di complessità. La sanità diventa un campo di sperimentazione avanzata del regionalismo italiano, nel quale la pluralità dei modelli organizzativi si accompagna a un sistema di finanziamento che resta centralmente coordinato²⁵.

L'articolazione finanziaria successiva alla riforma costituzionale si basa su una combinazione

¹⁶ F.S. Coppola, S. Capasso e L. Russo, *Profili evolutivi del SSN italiano: analisi e sintesi della produzione normativa dal 1978 ad oggi*, in *XX Conferenza della Società italiana di economia pubblica*, Università di Pavia, 25-26 settembre 2008.

¹⁷ S. Cassese (a cura di), *La nuova costituzione economica*, Roma-Bari, Laterza, 2021.

¹⁸ G. Vicarelli, *Aziendalizzazione e management nell'evoluzione del sistema sanitario italiano*, in *Salute e società*, 2004, n. 3, pp. 1-20.

¹⁹ C. Ventimiglia, *Organizzazione e diritto alla salute, alla prova della regionalizzazione dell'aziendalizzazione dei servizi sanitari*, in *Nuove autonomie*, 2018, n. 3, pp. 533-562.

²⁰ C. Zocchetti, *Il riparto del fondo sanitario tra le regioni*, in *Stat. Soc.*, 2012, n. 3, pp. 27-29.

²¹ C. Abbafati e F. Spandonaro, *Costi standard e finanziamento del Servizio sanitario nazionale*, in *Politiche sanitarie*, 2011, n. 2, pp. 45-55.

²² S. Cassese, *Miseria e nobiltà d'Italia: dialoghi sullo stato della nazione*, Milano, Solferino, 2024.

²³ D. Marino e M. Priolo, *Governance della sanità in Italia e in Calabria dopo la Riforma del Titolo V*, in *Regional Economy*, 2021, n. 5(Q2), pp. 31-37.

²⁴ S. Cassese, *Amministrare la nazione*, Milano, Mondadori, 2023.

²⁵ N. Caltabellotta, *Diritto alla salute e riforma del Titolo V*, in *Salute Internazionale*, 13 maggio 2015.

di trasferimenti statali e entrate proprie regionali, in particolare attraverso la compartecipazione al gettito dell'IVA e all'imposta regionale sulle attività produttive (IRAP). Le regioni ricevono annualmente le quote del FSN e concorrono al finanziamento con risorse proprie. Questo sistema mira a rafforzare la responsabilità fiscale e a legare la qualità della gestione sanitaria alla capacità di programmazione economica delle singole amministrazioni regionali. In pratica, però, il peso della fiscalità statale rimane prevalente, e le entrate proprie regionali rappresentano una quota minoritaria, con conseguente dipendenza dalle politiche di bilancio nazionali.

Nel corso degli anni Duemila, la sostenibilità del sistema sanitario diventa una priorità politica²⁶. Le politiche di contenimento della spesa pubblica e i vincoli derivanti dal Patto di stabilità e crescita impongono alle regioni un controllo più stringente dei costi. Le regioni in disavanzo devono adottare piani di rientro concordati con il Ministero dell'economia e delle finanze e con il Ministero della salute, che prevedono interventi correttivi e limiti alla spesa²⁷. Questo meccanismo, pur garantendo un maggiore equilibrio finanziario, accentua le differenze territoriali, poiché le regioni sottoposte a piano di rientro si trovano a operare con margini di autonomia ridotti e con vincoli severi al reclutamento di personale e agli investimenti²⁸.

Parallelamente, la definizione e l'aggiornamento dei LEA diventano il principale strumento di garanzia dell'uniformità del sistema. I LEA individuano le prestazioni che devono essere assicurate su tutto il territorio nazionale, indipendentemente dalla capacità fiscale delle regioni. Il rispetto dei LEA costituisce la condizione per l'accesso integrale alle quote del FSN. Il monitoraggio della loro erogazione, affidato al Ministero della salute e all'Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali (AGENAS), consente di verificare periodicamente le performance regionali e di individuare le aree critiche²⁹.

La crisi economico-finanziaria del 2008 accentua ulteriormente le pressioni sulla spesa sanitaria. I tagli lineari, la riduzione dei trasferimenti e il blocco del turnover del personale generano effetti di lungo periodo, incidendo sulla capacità di erogazione dei servizi e sulla tenuta del sistema. In molte regioni si registra un rallentamento degli investimenti in infrastrutture e tecnologie, mentre cresce il ricorso al settore privato e alla spesa sanitaria diretta delle famiglie. La quota di spesa sanitaria privata in rapporto al totale della spesa sanitaria nazionale raggiunge livelli prossimi al 25%, con un impatto significativo sull'equità di accesso.

Negli anni successivi, i governi hanno avviato programmi di riqualificazione della spesa e di promozione dell'efficienza organizzativa. L'introduzione del Patto per la salute, rinnovato periodicamente, definisce obiettivi condivisi tra Stato e regioni per garantire la sostenibilità del sistema, migliorare la qualità dei servizi e promuovere la prevenzione³⁰. Gli strumenti di programmazione pluriennale mirano a coordinare le politiche sanitarie con quelle di bilancio, evitando squilibri strutturali e assicurando coerenza tra obiettivi sanitari e vincoli finanziari³¹.

L'emergenza pandemica del 2020 rappresenta un punto di discontinuità in questo percorso. La crisi sanitaria mette in evidenza la fragilità di un sistema finanziario fortemente vincolato alla spesa corrente e con margini limitati per gli investimenti strutturali. La disponibilità di fondi europei attraverso il PNRR apre una nuova fase di programmazione. Le risorse della Missione 6, dedicate alla salute, sono finalizzate a potenziare la sanità territoriale, ammodernare le infrastrutture ospedaliere e promuovere la digitalizzazione dei servizi. Il PNRR introduce logiche di

²⁶ R. De Maria, *Sostenibilità e riforma del Sistema Sanitario Nazionale, tra esigenze etiche e scarsità di risorse*, in *Rivista trimestrale di scienza dell'amministrazione*, 2013, n. 4, pp. 5-47.

²⁷ S. Calzolaio, *Il modello dei Piani di rientro dal disavanzo sanitario dal punto di vista dell'equilibrio di bilancio*, in *Federalismi.it*, 2014, pp. 1-61.

²⁸ R. De Maria, *Sostenibilità e riforma del Sistema Sanitario Nazionale, tra esigenze etiche e scarsità di risorse*, cit.

²⁹ L. Di Pietra, "Welfare community": programmazione e federalismo, dai LEA ai Piani di zona, in *Tendenze nuove*, 2002, n. 4-5, pp. 397-430.

³⁰ S. Neri, *Garantire l'equità e l'universalità del SSN in epoca di crisi: il Patto per la Salute 2014-2016*, in *Politiche Sociali-Social Policies*, 2014, n. 3, pp. 479-484.

³¹ E. Borgonovi, *Il Patto per la salute*, pt. II., in *Mecosan*, 2014, n. 91, pp. 3-8.

cofinanziamento e accountability che si affiancano ai meccanismi ordinari del FSN, con l'obiettivo di orientare le politiche sanitarie verso una maggiore capacità di pianificazione e di valutazione dei risultati³².

Il modello attuale di finanziamento del SSN può essere descritto come un sistema ibrido, nel quale convivono risorse ordinarie e investimenti straordinari. La componente ordinaria, assicurata dal FSN, garantisce la continuità dei servizi essenziali; la componente straordinaria, rappresentata dai fondi europei e dal PNRR, sostiene i processi di innovazione e modernizzazione. L'efficacia del sistema dipende dalla capacità di integrazione tra questi due livelli di finanziamento e dalla coerenza tra gli obiettivi di breve e di lungo periodo.

L'evoluzione storica e istituzionale del finanziamento sanitario mostra quindi un percorso complesso, in cui la ricerca dell'equilibrio tra sostenibilità economica, equità territoriale e innovazione organizzativa costituisce il filo conduttore delle politiche pubbliche³³. Il rafforzamento della capacità programmatica, la stabilità delle risorse e la qualità della governance multilivello rappresentano oggi le condizioni essenziali per assicurare un sistema sanitario capace di rispondere ai mutamenti sociali e demografici in corso.

3. Crisi e riforme del finanziamento: austerità, spending review e digital health. – A partire dalla metà degli anni Duemila, il tema della sostenibilità della spesa sanitaria è diventato una delle principali priorità delle politiche economiche nazionali³⁴. Le dinamiche demografiche e il progresso tecnologico hanno continuato a incrementare i costi, mentre le crisi finanziarie internazionali e i vincoli di bilancio derivanti dall'appartenenza all'Unione europea hanno imposto alle amministrazioni pubbliche politiche di contenimento e razionalizzazione della spesa. La sanità, rappresentando una delle componenti più rilevanti del bilancio pubblico, è stata coinvolta in modo diretto nei programmi di aggiustamento e di revisione della spesa, con effetti duraturi sulla struttura del SSN e sui suoi meccanismi di finanziamento³⁵.

L'impatto della crisi economico-finanziaria del 2008 segna l'avvio di una fase caratterizzata da misure di austerità e da una progressiva riduzione del tasso di crescita della spesa sanitaria pubblica. Tra il 2010 e il 2015, gli stanziamenti per il FSN aumentano in misura inferiore rispetto all'andamento del PIL e dell'inflazione sanitaria, determinando un processo di stabilizzazione forzata della spesa. In molte regioni, soprattutto in quelle sottoposte a piano di rientro, il contenimento della spesa si traduce in un blocco del turnover del personale, nella riduzione dei posti letto ospedalieri e in un rallentamento degli investimenti strutturali. Tali politiche rispondono all'esigenza di garantire l'equilibrio dei conti pubblici e di evitare sanzioni europee, ma incidono in modo significativo sulla capacità operativa delle aziende sanitarie e sulla qualità dei servizi erogati.

La spending review diventa uno strumento permanente di controllo dei costi. A partire dal 2012, i decreti di revisione della spesa (in particolare il d.l. 6 luglio 2012, n. 95 e successivi provvedimenti) introducono meccanismi di razionalizzazione delle forniture, revisione dei contratti, centralizzazione degli acquisti e riduzione dei costi intermedi³⁶. L'obiettivo è contenere la crescita della spesa sanitaria senza intaccare i LEA³⁷. Tuttavia, la riduzione degli spazi di autonomia gestionale delle aziende sanitarie e la rigidità dei vincoli di bilancio limitano la possibilità di programmare investimenti innovativi e di pianificare il fabbisogno di personale³⁸.

³² M.C. Antonucci e A. Vittoria, *Welfare post-pandemico, politiche della cura e Terzo settore: de-istituzionalizzazione o (neo) privatizzazione?*, in *Impresa Sociale*, 2022, n. 4.

³³ S. Cassese, *Gli uffici territoriali del governo nel quadro della riforma amministrativa*, in *Le Regioni*, 2001, n. 5, pp. 869-878.

³⁴ O. Brignoli, *Nuovi strumenti per l'analisi della spesa sanitaria*, in *Medicina Generale*, 2012, n. 18.

³⁵ G. Fiorentini, *Sostenibilità finanziaria e politica del servizio sanitario nazionale*, in *Trent'anni di servizio sanitario nazionale*, R. Baldazzi (a cura di), Bologna, il Mulino, 2009, pp. 181-204.

³⁶ P. Adinolfi, O. Florenzano e R. Palumbo, *Spending review tra austerità e razionalizzazione: l'esperienza della Regione Campania nel contenimento dei costi del personale*, in *Mecosan*, 2017, n. 104, pp. 69-87.

³⁷ L.S. Spampinato, *Soggetti aggregatori e spending review negli acquisti in sanità*, in *G Ital Nefrol*, 2017, n. 1, pp. 1-14.

³⁸ P. Cappelletti, *Il futuro della Sanità: sostenibilità finanziaria e scenari evolutivi*, in *La Rivista Italiana della Medicina di*

Le politiche di contenimento, pur garantendo la tenuta complessiva del sistema, evidenziano nel medio periodo alcune criticità strutturali. La riduzione degli investimenti pubblici in infrastrutture, tecnologie e formazione professionale genera un progressivo indebolimento del capitale fisico e umano del SSN. Secondo i rapporti del Ministero della salute e dell'AGENAS, tra il 2010 e il 2019 gli investimenti in edilizia sanitaria sono diminuiti di oltre il 30%, mentre l'età media del personale medico e infermieristico è aumentata in modo significativo. La scarsità di risorse destinate all'ammmodernamento delle strutture e alla sostituzione del personale ha inciso sulla capacità di risposta del sistema, soprattutto nei territori caratterizzati da minore capacità fiscale.

Parallelamente, il processo di aziendalizzazione delle strutture sanitarie, introdotto negli anni Novanta, viene ulteriormente rafforzato³⁹. Le aziende sanitarie locali e ospedaliere assumono un ruolo centrale nella gestione economico-finanziaria, con l'obiettivo di garantire equilibrio di bilancio e controllo dei costi. Il principio di autonomia gestionale si traduce in una maggiore responsabilità dei direttori generali, ma anche in una dipendenza crescente dalle decisioni di livello regionale, soprattutto nei contesti di piano di rientro⁴⁰. Le politiche regionali di ristrutturazione della rete ospedaliera, la riconversione di presidi in strutture territoriali e la riduzione dei reparti a bassa intensità di cura rappresentano interventi finalizzati alla razionalizzazione dell'offerta, ma producono anche effetti sull'accessibilità ai servizi, in particolare nelle aree interne e rurali.

Sul piano istituzionale, i Patti per la salute, sottoscritti periodicamente tra Stato e regioni, costituiscono lo strumento principale di coordinamento della programmazione sanitaria e finanziaria⁴¹. Il Patto 2010-2012 e il successivo 2014-2016 introducono meccanismi di monitoraggio più rigorosi e un sistema di valutazione delle performance regionali⁴². Questi accordi contribuiscono a consolidare il principio di corresponsabilità finanziaria e a rafforzare la cooperazione interistituzionale, ma confermano anche la natura ibrida del modello italiano, in cui la programmazione nazionale deve essere continuamente adattata a un quadro regionale fortemente differenziato.

In questo contesto, la giurisprudenza della Corte costituzionale ha svolto un ruolo fondamentale nel chiarire l'equilibrio tra competenze statali e regionali in materia di tutela della salute e di coordinamento della finanza pubblica. Numerose sentenze hanno ribadito che il diritto alla salute rappresenta un livello essenziale delle prestazioni da garantire in modo uniforme su tutto il territorio nazionale, anche a fronte di vincoli di bilanci. La Corte ha sottolineato come il principio di sostenibilità economica non possa tradursi in una compressione dei diritti fondamentali, riaffermando la necessità di un bilanciamento tra esigenze di contenimento della spesa e tutela effettiva dei LEA⁴³.

La fase successiva è segnata dall'introduzione di strumenti di governance orientati all'efficienza e alla qualità. Il Sistema nazionale di valutazione delle performance sanitarie, promosso da AGENAS e da alcune regioni, mira a misurare in modo sistematico i risultati ottenuti in termini di efficacia clinica, appropriatezza e sostenibilità⁴⁴. L'adozione di indicatori di outcome e di benchmark interregionali contribuisce a rendere più trasparente l'utilizzo delle risorse pubbliche e a promuovere il miglioramento continuo delle prestazioni. Tuttavia, la capacità di utilizzare i dati per orientare le scelte di finanziamento resta disomogenea, e la cultura della valutazione non è ancora pienamente integrata nei processi decisionali.

Laboratorio-Italian Journal of Laboratory Medicine, 2012, n. 2, pp. 63-70.

³⁹ R. Arduini e L. Luzzi, *Economia e gestione delle aziende sanitarie*, Milano, F. Angeli, 2010.

⁴⁰ G. Vicarelli, *Aziendalizzazione e management nell'evoluzione del sistema sanitario italiano*, cit.

⁴¹ A. Righetti, *I budget di salute e il welfare di comunità: metodi e pratiche*, Roma-Bari, Laterza, 2014.

⁴² R. Cotta, *Progettazione e introduzione del sistema di valutazione della performance individuale in tre aziende sanitarie*, in *Mecosan*, n. 73, 2010, pp. 9-39.

⁴³ In particolare, si vedano le sentenze n. 169/2017 e la n. 62/2020 e la n. 195/2024.

⁴⁴ F. Lecci, F. Lega, A. Prenestini, G. Valotti e A. Rotolo, *Misurare per governare le aziende sanitarie: controllo direzionale, governo clinico, valutazione delle performance e rendicontazione sociale*, Milano, Egea, 2015.

Il progressivo orientamento del sistema verso la sostenibilità economica e la trasparenza contabile coincide con una riduzione della flessibilità finanziaria. I margini di manovra per nuovi investimenti restano limitati, e il ricorso a fondi straordinari o vincolati diventa la modalità prevalente per attivare progetti di innovazione. In questo contesto si collocano i programmi nazionali di e-Health e Sanità digitale, promossi dal Ministero della salute e dal Ministero per l'innovazione tecnologica⁴⁵. La digitalizzazione viene concepita come una leva strategica per aumentare l'efficienza del sistema, migliorare la tracciabilità delle spese e ottimizzare la gestione delle informazioni sanitarie⁴⁶.

La riflessione sul rapporto tra sostenibilità e capacità di investimento è stata approfondita anche dall'Ufficio parlamentare di bilancio (UPB), che nelle sue relazioni annuali e nei Focus tematici sulla spesa sanitaria ha evidenziato la tendenza alla stagnazione del finanziamento in rapporto al PIL e il rischio di un sottofinanziamento strutturale del SSN. L'UPB ha sottolineato la necessità di garantire una crescita della spesa sanitaria coerente con l'evoluzione demografica e con gli obiettivi di salute pubblica, raccomandando una programmazione pluriennale che integri stabilmente gli investimenti straordinari del PNRR con le risorse ordinarie del FSN⁴⁷.

La sanità digitale si articola in diverse linee di intervento: il Fascicolo sanitario elettronico (FSE), la telemedicina, la dematerializzazione delle prescrizioni e la digitalizzazione dei flussi informativi⁴⁸. Questi strumenti, oltre a favorire la continuità assistenziale, consentono di raccogliere e analizzare in tempo reale i dati relativi alle prestazioni e ai costi, rendendo possibile una programmazione più accurata e una gestione più trasparente delle risorse. L'attuazione di tali programmi, tuttavia, procede in modo disomogeneo, con differenze significative nella capacità tecnica e organizzativa delle regioni.

L'esperienza pandemica del 2020 accelera in modo decisivo il processo di digitalizzazione⁴⁹. Le esigenze di tracciamento dei contagi, la gestione dei pazienti in isolamento e la necessità di garantire la continuità delle cure a distanza determinano un salto tecnologico e culturale. Il ricorso alla telemedicina, precedentemente limitato a progetti sperimentali, diventa una componente strutturale del sistema sanitario⁵⁰. Le piattaforme di monitoraggio e i sistemi di interoperabilità tra strutture ospedaliere e servizi territoriali contribuiscono a migliorare la capacità di risposta e a ridurre la pressione sugli ospedali.

In parallelo, si afferma una nuova attenzione per la sanità territoriale, intesa come elemento centrale per la sostenibilità del sistema⁵¹. La riorganizzazione dei servizi di prossimità, la creazione delle Case della Comunità e il potenziamento dell'assistenza domiciliare rappresentano gli assi strategici delle riforme più recenti. Questi interventi, sostenuti anche dalle risorse del PNRR, mirano a riequilibrare il rapporto tra ospedale e territorio e a favorire una gestione più efficiente delle cronicità. La distribuzione dei fondi è accompagnata da criteri di monitoraggio e valutazione che collegano il finanziamento al raggiungimento di specifici obiettivi di risultato, introducendo logiche di accountability che finora erano parzialmente assenti nel sistema sanitario italiano⁵².

⁴⁵ G. Vicarelli e M. Bronzini, *La sanità digitale: dimensioni di analisi e prospettive di ricerca*, in *Politiche Sociali-Social Policies*, 2018, n. 2, pp. 147-162.

⁴⁶ R. Carpentiero, *Le competenze digitali dei professionisti sanitari nell'era dell'e-health*, in *L'Infermiere*, 2024, n. 3, pp. 93-104.

⁴⁷ <https://www.upbilancio.it/focus-3-2025-il-pnrr-e-la-riorganizzazione-del-servizio-sanitario-nazionale>.

⁴⁸ P. Donzelli, G. De Pietro, R. Guarasci e M. Ciampi, *Infrastruttura del Fascicolo Sanitario Elettronico: dalle regole alla realizzazione*, in *e-HealthCare*, 2012, n. 17, pp. 95-116.

⁴⁹ N. Posteraro, *La digitalizzazione della sanità in Italia: uno sguardo al Fascicolo Sanitario Elettronico (anche alla luce del PNRR)*, in *Federalismi.it*, 2021, pp. 1-42.

⁵⁰ A. Gallo, *PNRR e Telemedicina: soluzioni tecnologiche interoperabili che mettono in comunicazione pazienti, medici e farmacisti sul territorio*, in *Medici Oggi*, 2022.

⁵¹ L. Grazzini, P. Lattarulo, M. Macchi e A. Sacchi, *La sanità nel PNRR, Principi, strategie e ostacoli*, in *Next Generation EU nei Piani Nazionali di Ripresa e Resilienza*, C. Pagliarin, C. Perathoner e S. Laimer (a cura di), Milano, Giuffrè, 2023, pp. 109-128.

⁵² E. Anessi Pessina, A. Cicchetti, F. Spandonaro, B. Polistena, D. D'Angela, C. Masella, G. Costa, S. Nuti, F. Vola, M. Vainieri, A. Compagni, G. Fattore, F. Longo, M. Bobini, F. Meda e C. Buongiorno Sottoriva, *Proposte per l'attuazione del*

La combinazione tra austerità, spending review e innovazione digitale definisce un quadro di transizione complesso. Le politiche di contenimento hanno garantito la sostenibilità finanziaria del SSN, ma hanno ridotto la capacità di investimento e rallentato i processi di rinnovamento infrastrutturale. Le riforme orientate all'efficienza hanno prodotto un miglioramento nella gestione dei costi e nella trasparenza contabile, ma non sempre si sono tradotte in un rafforzamento dell'equità territoriale o nella valorizzazione del capitale umano. La digitalizzazione, pur rappresentando una svolta positiva, richiede investimenti costanti, competenze tecniche e un solido coordinamento tra livelli istituzionali per evitare nuove disomogeneità.

Un ulteriore elemento che contribuisce a ridefinire la fisionomia del finanziamento sanitario riguarda il ruolo crescente del settore privato, che si manifesta oggi lungo due direttive differenti ma convergenti. Da un lato, si osserva l'aumento strutturale del ricorso a forme di copertura integrativa – assicurazioni sanitarie, fondi e casse mutualistiche – che le famiglie utilizzano per compensare i limiti dell'offerta pubblica, ridurre i tempi di attesa e accedere più rapidamente a prestazioni specialistiche. L'espansione del cosiddetto “secondo pilastro” sanitario non rappresenta solo una risposta individuale ai vincoli del SSN: essa incide progressivamente sulla composizione del finanziamento complessivo, spostando una quota crescente di risorse verso forme di spesa privata mediata, con potenziali implicazioni in termini di equità e tutela dei soggetti economicamente più deboli.

Dall'altro lato, e in modo più problematico, si è affermato un modello di coinvolgimento del privato che non riguarda gli utenti, bensì le imprese operanti nelle filiere produttive della sanità. Il meccanismo del *payback* sui dispositivi medici, introdotto dall'art. 9 ter del d.l. 19 giugno 2015, n. 78 e più volte modificato negli anni successivi, prevede che se la regione supera il tetto di spesa, le imprese che forniscono i dispositivi ai Servizi sanitari regionali sono tenute a contribuire con una quota parziale al ripiano dello sforamento. Le recenti sentenze della Corte costituzionale 22 luglio 2024, n. 139 e n. 140 hanno chiarito la legittimità del sistema per il quadriennio 2015-2018, definendolo un contributo “solidaristico” giustificato dalla necessità di garantire la continuità dell'approvvigionamento in una fase di tensione finanziaria. Tuttavia, la stessa giurisprudenza ha riconosciuto le criticità insite nel modello, che scarica su soggetti privati un rischio finanziario tradizionalmente in capo alla programmazione pubblica della spesa sanitaria.

La combinazione tra aumento della spesa privata delle famiglie e trasferimento del rischio alle imprese rivela una trasformazione profonda dei meccanismi di finanziamento del SSN, in cui il pubblico tende a preservare l'equilibrio dei conti attraverso forme di “esternalizzazione finanziaria” che si collocano oltre i confini classici della fiscalità generale. Tale evoluzione richiede una riflessione complessiva sulla sostenibilità del modello universalistico: se non adeguatamente governato, il crescente peso del privato rischia di introdurre elementi di frammentazione e di incertezza che possono indebolire la coerenza complessiva del sistema, aumentando le disuguaglianze territoriali e socioeconomiche nell'accesso alle cure.

4. Il PNRR come leva straordinaria: logiche di cofinanziamento, accountability e sostenibilità. – L'approvazione del PNRR nel 2021 ha introdotto una fase inedita nella programmazione delle politiche sanitarie italiane. L'intervento, reso possibile dai fondi europei del programma Next Generation EU, ha rappresentato non soltanto un'occasione di investimento straordinario, ma anche un banco di prova per la capacità amministrativa, gestionale e valutativa delle istituzioni pubbliche. L'ambizione del Piano è quella di coniugare la modernizzazione del sistema sanitario con un approccio orientato ai risultati, in grado di collegare la disponibilità di risorse a obiettivi misurabili e a tempistiche definite.

La Missione 6 «Salute» del PNRR si articola in due componenti principali. La Componente 1

PNRR in sanità: governance, riparto, fattori abilitanti e linee realizzative delle missioni, cit.

riguarda la prossimità e l'assistenza territoriale e include la realizzazione delle Case della Comunità, degli Ospedali di Comunità e delle Centrali operative territoriali (COT), oltre al rafforzamento dell'assistenza domiciliare e della telemedicina. La Componente 2 si concentra invece sull'innovazione, la ricerca e la digitalizzazione del servizio sanitario, con interventi destinati al rinnovamento tecnologico degli ospedali, all'ammmodernamento delle apparecchiature e alla creazione di una rete nazionale per la gestione dei dati sanitari. Le due componenti condividono una finalità comune: rendere il SSN più equo, efficiente e sostenibile, rafforzando la capacità di risposta del sistema e la qualità delle cure.

Il volume complessivo di risorse destinato alla Missione 6 ammonta a circa 15,6 miliardi di euro, suddivisi tra interventi infrastrutturali, digitalizzazione e formazione del personale. A queste risorse si aggiungono ulteriori fondi complementari di origine nazionale e regionale, che ampliano il perimetro di investimento. L'ampiezza del programma e la sua articolazione multilivello richiedono una struttura di governance complessa, fondata su principi di coordinamento, coerenza e trasparenza. Il Ministero della salute svolge il ruolo di amministrazione titolare e di cabina di regia, con funzioni di indirizzo e controllo. Le regioni e le province autonome sono responsabili dell'attuazione operativa dei progetti, attraverso le aziende sanitarie e ospedaliere, mentre le aziende del SSN agiscono come soggetti attuatori. Questo modello di governance multilivello riproduce, in forma rafforzata, la struttura di cooperazione già sperimentata nel sistema sanitario ordinario, ma introduce nuovi strumenti di monitoraggio e rendicontazione.

Una delle caratteristiche distintive del PNRR è l'introduzione di logiche di cofinanziamento e di accountability che affiancano i tradizionali meccanismi di trasferimento statale. Le risorse europee non sono destinate indistintamente alle regioni, ma vengono assegnate sulla base di target e milestone verificabili, che scandiscono l'attuazione dei progetti. Ogni fase del percorso, dal bando all'erogazione dei fondi, è vincolata al raggiungimento di specifici risultati, misurabili in termini di avanzamento fisico, finanziario e procedurale. Questo approccio introduce un principio di condizionalità che mira a migliorare la qualità della spesa pubblica e a ridurre i ritardi nell'esecuzione degli interventi.

Le innovazioni introdotte dal PNRR investono anche il sistema di valutazione delle performance. I progetti devono essere accompagnati da indicatori di risultato e da sistemi di monitoraggio capaci di misurare gli effetti sul piano dell'accessibilità, della qualità dei servizi e dell'efficienza gestionale. L'adozione di piattaforme digitali per la raccolta e la trasmissione dei dati consente una supervisione centralizzata e la comparabilità delle informazioni tra le diverse amministrazioni. Il rafforzamento della capacità di monitoraggio rappresenta un elemento essenziale per garantire la credibilità del programma e la corretta utilizzazione dei fondi europei.

Il PNRR pone inoltre una forte attenzione alla riduzione delle disuguaglianze territoriali, introducendo criteri di distribuzione delle risorse volti a favorire le aree caratterizzate da minori livelli di dotazione infrastrutturale e di efficienza gestionale. Le regioni meridionali, tradizionalmente penalizzate nella capacità di investimento, ricevono una quota significativa dei fondi destinati alla sanità territoriale e alla digitalizzazione. Questa scelta risponde all'obiettivo di rafforzare la coesione territoriale e di ridurre i divari strutturali che ostacolano l'uniformità dei LEA. Tuttavia, la piena efficacia di tale strategia dipende dalla capacità amministrativa delle regioni beneficiarie di progettare, attuare e rendicontare correttamente gli interventi.

L'adozione delle logiche di cofinanziamento e di accountability determina un cambiamento rilevante nella cultura amministrativa del settore sanitario. Il principio tradizionale della spesa basata su trasferimenti automatici lascia spazio a un modello orientato al risultato e alla responsabilità condivisa. Le amministrazioni devono dimostrare non solo la corretta utilizzazione dei fondi, ma anche la capacità di tradurre le risorse in risultati concreti. Questo implica l'introduzione di sistemi di pianificazione più integrati, l'uso di strumenti di controllo di gestione evoluti e la diffusione di pratiche di project management pubblico.

L'attuazione del PNRR ha richiesto la definizione di un quadro regolatorio che disciplini le relazioni tra i diversi livelli di governo. Le convenzioni tra il Ministero della salute e le regioni, i decreti di riparto e i piani operativi regionali costituiscono gli strumenti attraverso i quali vengono stabilite le modalità di utilizzo delle risorse e le responsabilità di ciascun attore. La complessità del sistema di governance ha reso necessario una standardizzazione delle procedure e nella digitalizzazione dei flussi informativi. Le linee guida pubblicate dal Ministero e dall'AGENAS definiscono standard tecnici, modelli di reportistica e criteri di verifica per assicurare uniformità e trasparenza nei processi di attuazione.

Dal punto di vista finanziario, il PNRR non sostituisce i meccanismi ordinari di finanziamento del SSN, ma si colloca su un piano parallelo e temporaneo. La sua funzione è di integrazione e rafforzamento. Gli investimenti finanziati attraverso i fondi europei mirano a creare infrastrutture e competenze che possano successivamente essere sostenute dai flussi ordinari del FSN. Questo implica la necessità di programmare, sin dall'origine dei progetti, la copertura finanziaria per la gestione e la manutenzione delle strutture e delle tecnologie realizzate. La sostenibilità nel tempo degli interventi dipende quindi dalla capacità di inserire le nuove spese correnti nel bilancio sanitario ordinario, evitando discontinuità al termine del ciclo di finanziamento europeo.

La digitalizzazione del sistema sanitario rappresenta una delle aree di maggiore impatto del PNRR⁵³. Le risorse destinate alla creazione di un'infrastruttura digitale nazionale mirano a rendere interoperabili i dati sanitari, a migliorare la sicurezza informatica e a potenziare la capacità analitica delle amministrazioni. Il FSE 2.0, il potenziamento dei sistemi informativi e lo sviluppo di piattaforme per la telemedicina costituiscono strumenti fondamentali per rendere il sistema più trasparente e orientato alla misurazione delle performance⁵⁴. La digitalizzazione consente inoltre di integrare i dati clinici, amministrativi e finanziari, facilitando il monitoraggio dell'uso delle risorse e la valutazione degli esiti di salute.

Un ulteriore ambito di intervento riguarda la formazione e il capitale umano. La carenza di personale sanitario e la necessità di aggiornare le competenze professionali rappresentano fattori cruciali per l'efficacia del PNRR. Le misure di rafforzamento delle competenze digitali, la promozione della formazione continua e l'introduzione di programmi di aggiornamento manageriale per i dirigenti sanitari sono elementi che mirano a rendere più efficace l'utilizzo delle tecnologie e a migliorare la capacità di gestione dei progetti. La qualità del capitale umano costituisce, in questo senso, una condizione essenziale per il successo delle innovazioni introdotte.

Le criticità nell'attuazione del PNRR derivano in larga parte dalla complessità del sistema di governance e dai tempi ristretti imposti dal programma europeo. Il rispetto delle scadenze per il raggiungimento dei target e delle milestone richiede un livello di coordinamento interistituzionale elevato, che non sempre è stato facile da mantenere⁵⁵. Le differenze nella capacità amministrativa e tecnica delle regioni possono generare ritardi o difficoltà nella realizzazione degli interventi. In questo quadro, la funzione di monitoraggio svolta dal Ministero della salute e dal Servizio Centrale per il PNRR assume un valore strategico, poiché consente di individuare tempestivamente eventuali criticità e di promuovere interventi correttivi.

⁵³ M. Touti, *La sfida della digitalizzazione del Sistema Sanitario Nazionale: tra PNRR e telemedicina*, in EURISPES, *36° Rapporto Italia. Percorsi di ricerca nella società italiana*, Soveria Mannelli, Rubbettino, 2024, pp. 127-140.

⁵⁴ N. Posteraro, *La digitalizzazione della sanità in Italia: uno sguardo al Fascicolo Sanitario Elettronico (anche alla luce del PNRR)*, cit.

⁵⁵ Le relazioni della Corte dei conti sullo stato di attuazione del PNRR (in particolare le relazioni al Parlamento del 2023 e del 2024) hanno sottolineato come, nel settore sanitario, la capacità di spesa e di avanzamento fisico dei progetti risulti ancora limitata rispetto alla pianificazione iniziale. Secondo i rilievi della Corte, i ritardi riguardano in particolare gli interventi infrastrutturali della Missione 6, legati alla costruzione delle Case e degli Ospedali di Comunità e alla digitalizzazione dei sistemi informativi regionali. Le cause individuate comprendono la complessità delle procedure di gara, la scarsità di personale tecnico-amministrativo e le difficoltà di coordinamento tra livelli istituzionali. Tali criticità, pur non compromettendo gli obiettivi generali del Piano, evidenziano la necessità di rafforzare la capacità attuativa delle amministrazioni e di accelerare i processi di rendicontazione per evitare la perdita di risorse europee.

Dal punto di vista istituzionale, il PNRR rappresenta un laboratorio di sperimentazione per nuovi modelli di governance basata sui risultati. La logica della performance introduce una forma di responsabilità pubblica che supera la rendicontazione formale e richiede la dimostrazione dell'impatto delle politiche. Questo approccio può contribuire, nel medio periodo, a rafforzare la cultura della valutazione e a orientare la programmazione sanitaria verso obiettivi di outcome. Tuttavia, per consolidare questi progressi è necessario assicurare la continuità dei sistemi di monitoraggio e l'integrazione dei nuovi strumenti con quelli già in uso nel SSN.

L'efficacia complessiva del PNRR nel settore sanitario dipenderà dalla capacità delle istituzioni di trasformare gli investimenti straordinari in politiche strutturali. Ciò implica una duplice esigenza: da un lato, garantire la sostenibilità finanziaria nel lungo periodo, assicurando che le nuove infrastrutture e i servizi territoriali possano essere mantenuti con risorse ordinarie; dall'altro, integrare le innovazioni introdotte nel quadro della programmazione sanitaria nazionale, evitando che restino isolate come interventi episodici. La prospettiva di una programmazione integrata tra risorse ordinarie e straordinarie rappresenta, in questo senso, il principale obiettivo di *policy* per i prossimi anni.

Se il PNRR ha rappresentato una straordinaria occasione di investimento nel sistema sanitario, è necessario interrogarsi sulla capacità delle amministrazioni di garantire la sostenibilità degli interventi quando le risorse europee verranno meno. La natura temporanea dei finanziamenti del Piano implica che molte delle innovazioni realizzate – in particolare quelle legate alla digitalizzazione, all'ammodernamento tecnologico e al rafforzamento dell'assistenza territoriale – genereranno costi permanenti che dovranno essere assorbiti, nel medio-lungo periodo, dalle risorse ordinarie del Fondo sanitario nazionale.

La digitalizzazione della sanità ne è un esempio emblematico. Le piattaforme di telemedicina, le centrali operative territoriali, i sistemi di condivisione del dato clinico e le infrastrutture di interoperabilità necessitano di manutenzione periodica, aggiornamenti tecnologici, contratti di assistenza e, soprattutto, personale qualificato in grado di gestire ambienti digitali complessi. Analogamente, le Case della Comunità e gli Ospedali di Comunità introdotti dal PNRR richiedono dotazioni organiche stabili, competenze multidisciplinari e percorsi di formazione continua per garantire la piena operatività dei nuovi modelli assistenziali.

La principale criticità riguarda, dunque, la capacità delle regioni di trasformare investimenti una tantum in servizi strutturali, evitando che le innovazioni introdotte restino “cattedrali nel deserto” incapaci di sostenersi una volta esaurito il flusso straordinario di risorse. Il problema non è solo finanziario, ma anche organizzativo e istituzionale: occorrono programmazione del fabbisogno di personale, strumenti stabili di finanziamento della manutenzione tecnologica, percorsi di *capacity building* per i livelli amministrativi chiamati a gestire processi più complessi di monitoraggio, rendicontazione e governo dei dati.

Si tratta di un passaggio cruciale per garantire continuità agli interventi del PNRR. L'effettivo impatto del Piano non dipenderà solo dalla realizzazione delle opere entro le scadenze previste, ma dalla capacità delle amministrazioni di assorbire gli effetti nel ciclo ordinario della spesa, integrandoli nelle strategie di programmazione regionale e nazionale. La sostenibilità del “dopo PNRR” rappresenta quindi una delle principali sfide della governance sanitaria italiana, richiedendo una revisione realistica del fabbisogno finanziario e un investimento sistematico sul capitale umano come condizione per l'effettiva modernizzazione del SSN.

5. *Verso un modello integrato e sostenibile di finanziamento della sanità.* – Il tema della sostenibilità del sistema sanitario nazionale ha assunto negli ultimi anni una rilevanza crescente, non solo per ragioni economiche, ma anche per il suo valore sociale e istituzionale. Il diritto alla salute, sancito dall'articolo 32 della Costituzione, richiede una capacità di programmazione che sappia coniugare stabilità finanziaria, equità territoriale e qualità dei servizi. La riflessione sul futuro del finanziamento

della sanità in Italia non può quindi limitarsi alla dimensione contabile, ma deve considerare la sanità come una componente essenziale dello sviluppo umano, della coesione sociale e della competitività del Paese.

L'esperienza degli ultimi due decenni mostra come la sostenibilità del SSN dipenda da una pluralità di fattori. La dimensione finanziaria è solo una delle componenti di un equilibrio più ampio, che include la capacità di innovare i modelli organizzativi, di valorizzare il capitale umano e di utilizzare in modo efficiente le tecnologie. La tenuta del sistema richiede un approccio integrato, nel quale le politiche economiche, sociali e sanitarie siano coordinate e coerenti tra loro. In questa prospettiva, il finanziamento della sanità rappresenta non soltanto un costo da contenere, ma un investimento da orientare verso la crescita del capitale sociale e istituzionale.

Il primo elemento da considerare riguarda la programmazione pluriennale della spesa sanitaria. La natura strutturale dei bisogni di salute e la lunga durata degli investimenti nel settore impongono una pianificazione che superi la logica annuale dei bilanci. La previsione di orizzonti temporali più estesi consente di stabilizzare i flussi finanziari, di programmare in modo coerente le politiche di personale e di garantire continuità ai progetti di innovazione. La programmazione pluriennale deve essere accompagnata da un sistema di monitoraggio in grado di collegare le risorse agli obiettivi e di valutare gli effetti delle politiche in termini di *outcome* sanitari e sociali.

Un secondo aspetto riguarda la qualità dell'allocazione delle risorse. L'efficacia del finanziamento non dipende esclusivamente dall'ammontare delle risorse disponibili, ma dal modo in cui queste vengono distribuite e utilizzate. La definizione dei criteri di riparto del FSN dovrebbe evolvere verso modelli che tengano conto non solo di parametri demografici, ma anche di indicatori epidemiologici, socioeconomici e di capacità amministrativa. Ciò permetterebbe di calibrare i trasferimenti sulle effettive esigenze territoriali e di ridurre le disuguaglianze nell'accesso ai servizi. Allo stesso tempo, la trasparenza e la tracciabilità della spesa dovrebbero essere rafforzate attraverso l'utilizzo sistematico delle piattaforme digitali e la pubblicazione di dati comparabili a livello regionale.

La sostenibilità economica del sistema sanitario è strettamente legata alla sua capacità di innovare. L'introduzione di tecnologie digitali, la diffusione della telemedicina e l'uso dell'intelligenza artificiale nei processi di diagnosi, cura e gestione rappresentano opportunità significative per migliorare l'efficienza e la qualità dei servizi. Tuttavia, tali innovazioni richiedono investimenti iniziali rilevanti e un'adeguata formazione del personale. Per evitare che la digitalizzazione resti confinata a progetti isolati, è necessario integrarla nella programmazione ordinaria, con piani di investimento pluriennali e con la previsione di risorse dedicate alla manutenzione e all'aggiornamento tecnologico. La *digital health* può contribuire a ridurre i costi di transazione e a migliorare la capacità di previsione e controllo della spesa, ma la sua piena efficacia dipende dalla disponibilità di dati affidabili e interoperabili.

La valorizzazione del capitale umano costituisce un ulteriore pilastro della sostenibilità del sistema. Il personale sanitario rappresenta la principale risorsa del SSN e il principale fattore di qualità dell'assistenza. Negli ultimi anni, la combinazione tra vincoli di bilancio, blocco del turnover e invecchiamento della forza lavoro ha ridotto la capacità di risposta delle strutture. Il superamento di questa condizione richiede politiche di reclutamento più flessibili, l'incremento dei percorsi formativi e una maggiore attenzione alla qualità dell'ambiente di lavoro. Gli investimenti previsti dal PNRR per la formazione digitale e per la riqualificazione del personale costituiscono un passo significativo, ma è necessario che tali misure siano accompagnate da strategie di lungo periodo per la *retention* e l'attrazione di nuove professionalità.

Un altro ambito di intervento riguarda la governance multilivello. Il decentramento amministrativo introdotto dalla riforma del Titolo V ha rafforzato il ruolo delle regioni nella gestione della sanità, ma ha anche evidenziato la necessità di un coordinamento più efficace con lo Stato centrale. Le differenze nelle capacità gestionali e finanziarie hanno prodotto esiti disomogenei

nell'erogazione dei servizi e nei livelli di qualità. In questo contesto, la cooperazione interistituzionale deve essere concepita non come un vincolo, ma come un elemento strutturale di efficienza. La definizione di obiettivi condivisi, l'adozione di standard comuni e la costruzione di reti interregionali di supporto tecnico possono contribuire a migliorare la coerenza e l'uniformità del sistema.

Sul piano operativo, la sostenibilità del SSN richiede il rafforzamento dei meccanismi di valutazione e accountability. La rendicontazione dei risultati e la trasparenza nell'uso delle risorse devono diventare componenti ordinarie della programmazione sanitaria. La costruzione di un sistema nazionale di indicatori di performance, basato su dati omogenei e verificabili, può favorire il confronto tra amministrazioni e stimolare processi di miglioramento continuo. La cultura della valutazione, ancora parzialmente disomogenea, deve essere consolidata attraverso la formazione dei dirigenti, l'uso sistematico dei dati di monitoraggio e la pubblicazione regolare di rapporti di performance accessibili ai cittadini.

Nel contesto europeo, la riflessione sul finanziamento della sanità si orienta sempre più verso modelli che coniugano solidarietà e responsabilità. Paesi come Germania, Francia e Spagna stanno sviluppando strumenti di finanziamento che integrano risorse pubbliche e meccanismi assicurativi, con l'obiettivo di ampliare la base contributiva e di rendere più stabile il sistema. Pur mantenendo le specificità del modello universalistico, l'Italia potrebbe valutare l'introduzione di forme complementari di finanziamento destinate a finalità specifiche, come la ricerca, la prevenzione o la digitalizzazione, mantenendo saldo il principio di gratuità delle cure essenziali. La diversificazione delle fonti di finanziamento, se accompagnata da adeguati strumenti di regolazione, può contribuire a rafforzare la resilienza del sistema e a ridurre la dipendenza dai cicli economici.

L'esperienza del PNRR ha evidenziato il potenziale delle risorse straordinarie come leva per la modernizzazione del sistema, ma anche la necessità di integrare tali interventi nel quadro ordinario della programmazione. Il consolidamento delle infrastrutture, la digitalizzazione e la sanità territoriale richiedono continuità di finanziamento e capacità di gestione nel tempo. Per evitare che i risultati ottenuti si disperdano alla conclusione del programma europeo, è opportuno prevedere meccanismi di integrazione strutturale tra i fondi straordinari e il FSN, garantendo la sostenibilità economica e organizzativa delle innovazioni introdotte.

In una prospettiva di medio-lungo periodo, la costruzione di un modello integrato di finanziamento deve poggiare su tre linee strategiche. La prima è la stabilità finanziaria, che richiede regole chiare di programmazione, continuità dei flussi e coerenza tra obiettivi sanitari e risorse disponibili. La seconda è la qualità istituzionale, fondata sulla cooperazione tra livelli di governo e sulla responsabilità condivisa. La terza è la innovazione organizzativa, che include la digitalizzazione, la formazione e la valorizzazione del personale come fattori di efficienza e di equità. L'interazione tra queste tre dimensioni costituisce la condizione per un sistema sanitario capace di adattarsi alle trasformazioni demografiche, sociali e tecnologiche in corso.

Il percorso verso un modello sostenibile di finanziamento della sanità italiana richiede quindi una visione di lungo periodo, basata su equilibrio, integrazione e capacità di apprendimento istituzionale. La sostenibilità non può essere intesa solo come contenimento della spesa, ma come capacità di garantire nel tempo la tutela della salute dei cittadini attraverso un uso efficiente, equo e trasparente delle risorse pubbliche. La pianificazione integrata, la valutazione dei risultati e la valorizzazione delle competenze rappresentano le condizioni per trasformare la sanità in un ambito di investimento stabile, in grado di generare valore pubblico e di consolidare la fiducia dei cittadini nelle istituzioni.

6. Conclusioni. – L'analisi del finanziamento della sanità italiana evidenzia un percorso lungo e articolato, nel quale si intrecciano dimensioni economiche, istituzionali e sociali. Dalla costruzione del SSN alla stagione delle riforme e del decentramento, fino alla recente introduzione del PNRR,

la politica sanitaria si è progressivamente trasformata in un campo di sperimentazione per nuove forme di governance pubblica e per strumenti di coordinamento tra livelli di governo. La questione del finanziamento rappresenta il filo conduttore di questa evoluzione, poiché riflette la capacità del sistema di garantire in modo stabile il diritto alla salute in un contesto di risorse limitate e bisogni crescenti.

L'assetto attuale del sistema sanitario italiano si fonda su un equilibrio complesso tra finanziamento statale, autonomia regionale e responsabilità gestionale delle aziende sanitarie. Tale equilibrio, pur assicurando un elevato grado di copertura universale, presenta elementi di vulnerabilità che richiedono una costante manutenzione istituzionale. Le disuguaglianze territoriali, la rigidità dei vincoli di bilancio e la frammentazione delle competenze rappresentano fattori che incidono sulla coerenza del sistema e sulla capacità di risposta alle emergenze sanitarie e sociali.

Le politiche di contenimento della spesa introdotte negli ultimi decenni hanno garantito la sostenibilità finanziaria complessiva, ma hanno ridotto i margini per gli investimenti strutturali e per la valorizzazione del capitale umano. La stagione della spending review ha reso più efficiente la gestione contabile, ma ha anche evidenziato i limiti di un approccio centrato prevalentemente sul controllo dei costi. La crisi pandemica ha mostrato con chiarezza la necessità di rafforzare la componente infrastrutturale e territoriale della sanità, nonché di dotare il sistema di strumenti flessibili e di riserve organizzative capaci di assicurare continuità operativa.

In questo quadro, il PNRR ha assunto un ruolo di catalizzatore di innovazione. Le risorse europee hanno permesso di avviare un vasto programma di investimenti infrastrutturali, digitali e formativi, orientato alla modernizzazione del SSN e alla riduzione dei divari territoriali. Le logiche di cofinanziamento e di accountability introdotte dal Piano rappresentano un cambiamento significativo rispetto ai meccanismi tradizionali di trasferimento delle risorse, poiché collegano l'erogazione dei fondi al raggiungimento di obiettivi misurabili. Questo approccio può contribuire a rafforzare la cultura della valutazione e a migliorare la qualità della spesa pubblica, a condizione che i nuovi strumenti siano integrati stabilmente nella programmazione ordinaria.

La natura straordinaria del PNRR impone tuttavia una riflessione sulla sostenibilità di lungo periodo delle innovazioni introdotte. Gli interventi infrastrutturali e digitali necessitano di una copertura finanziaria stabile per la gestione e la manutenzione, così come le nuove strutture territoriali richiedono personale adeguato e continuità di risorse. Il rischio di una cesura tra la fase straordinaria del PNRR e la gestione ordinaria può essere superato solo attraverso una programmazione integrata, che preveda sin dall'inizio la progressiva assunzione delle spese nel bilancio sanitario corrente. L'integrazione tra risorse straordinarie e ordinarie costituisce pertanto una condizione imprescindibile per il consolidamento dei risultati.

In prospettiva, la sostenibilità del finanziamento della sanità italiana dipenderà dalla capacità di combinare tre elementi fondamentali: la stabilità delle risorse, la qualità della governance e la valorizzazione del capitale umano e tecnologico. La stabilità richiede una pianificazione pluriennale della spesa e un utilizzo efficiente dei fondi disponibili; la qualità della governance implica il rafforzamento della cooperazione tra Stato e regioni, l'adozione di standard comuni e la diffusione di pratiche di accountability; la valorizzazione del capitale umano e tecnologico presuppone investimenti continui nella formazione, nella digitalizzazione e nell'innovazione organizzativa.

In questo quadro, un ruolo potenzialmente rilevante può essere svolto anche dalle forme di partenariato pubblico-privato, già sperimentate in diversi ambiti del settore sanitario. Se adeguatamente regolate e orientate al perseguitamento dell'interesse collettivo, tali forme di collaborazione possono contribuire a mobilitare risorse aggiuntive, favorire l'innovazione tecnologica e migliorare la gestione delle infrastrutture e dei servizi. Tuttavia, la loro efficacia dipende dalla capacità delle amministrazioni pubbliche di definire modelli contrattuali trasparenti, di garantire una corretta allocazione dei rischi e di mantenere il controllo strategico sugli obiettivi di salute pubblica. Il partenariato deve quindi essere considerato come un'integrazione del

finanziamento pubblico, non come un suo sostituto, in una prospettiva di complementarità e di rafforzamento del sistema sanitario nazionale.

La costruzione di un modello sostenibile di finanziamento non può prescindere da un approccio sistematico, in cui gli aspetti finanziari siano coerenti con quelli organizzativi e istituzionali. La sanità non rappresenta un settore isolato, ma un elemento costitutivo delle politiche di sviluppo e di coesione. Il rafforzamento del SSN richiede quindi un impegno politico e amministrativo orientato alla continuità, alla valutazione dei risultati e alla capacità di apprendimento dalle esperienze.

Il processo avviato con il PNRR può essere interpretato come un punto di svolta nella storia della sanità italiana. Se opportunamente gestito, esso può favorire la transizione verso un sistema capace di coniugare sostenibilità economica, innovazione tecnologica e equità sociale. Per raggiungere tale obiettivo è necessario consolidare le innovazioni introdotte, garantire la stabilità delle risorse e rafforzare le competenze amministrative e professionali a tutti i livelli. La sostenibilità del sistema non si misura soltanto nella capacità di contenere la spesa, ma nella possibilità di assicurare nel tempo servizi di qualità e di rafforzare la fiducia dei cittadini nelle istituzioni sanitarie.

Il futuro del finanziamento della sanità italiana dipenderà dunque dalla coerenza tra le scelte di bilancio e gli obiettivi di salute pubblica, dalla capacità di utilizzare le risorse come leva per l'innovazione e dalla continuità delle politiche nel medio e lungo periodo. La transizione da un modello di gestione emergenziale a uno fondato sulla programmazione integrata e sulla valutazione dei risultati rappresenta la condizione per garantire al sistema sanitario nazionale una prospettiva di sviluppo stabile, inclusiva e orientata alla creazione di valore pubblico.