IDEE NUOVE PER UN SSN EQUO E SOSTENIBILE

Una proposta di accademici ed esperti

25.06.2026

Università Bocconi
CERGAS
Centro di ricerche sulla Gestione dell'Assistenza Sanitaria e Sociale

POLITECNICO MILANO 1863

ISTITUTO DI MANAGEMENT
Sant'Anna
Scuola Universitaria Superiore Pisa

UNIVERSITÀ CATTOLICA del Sacro Cuore

Università degli Studi di Messina

TOR VERGATA
UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI ROMA

UMG
Dubium sapientiae initium

UNIVERSITÀ DEL SALENTO

Università di Catania

Università di Genova

Dipartimento Scienze Cliniche e Biologiche
UNIVERSITÀ DI TORINO

UNIVERSITÀ di VERONA

LUMSA UNIVERSITÀ

FONDAZIONE PAOLA GONZATO ETS

Governance & Social Innovation

I firmatari

Adinolfi Paola, Università degli Studi di Salerno
Anessi Pessina Eugenio, Università Cattolica del Sacro Cuore
Barresi Gustavo, Università degli Studi di Messina
Benvenuto Marco, Università del Salento
Borgonovi Elio, Università Bocconi
Botti Antonio, Università degli Studi di Salerno
Brignoli Ovidio, Medico di Medicina Generale
Campostrini Stefano, Università Ca' Foscari Venezia
Cepiku Denita, Università degli Studi di Roma Tor Vergata
Costa Giuseppe, Università di Torino
D'Angela Daniela, Università degli Studi di Roma Tor Vergata e C.R.E.A. Sanità
Derrico Pietro, ConsulHTA Srl
Draghici Tudor, ASST Pini CTO
Frittelli Tiziana, GOM Reggio Calabria
Giordano Filippo, Università LUMSA di Roma
Gonzato Ornella, Fondazione Paola Gonzato ETS
Gori Cristiano, Università di Trento
Landi Stefano, Università degli Studi di Verona
Longo Francesco, Università Bocconi e CERGAS
Maino Franca, Università degli Studi di Milano
Marsilio Marta, Università degli Studi di Milano
Marzulli Michele, Università Ca' Foscari Venezia
Masella Cristina, Politecnico di Milano
Mauro Marianna, Università di Catanzaro Magna Graecia
Monchiero Giovanni, già Direttore Generale Ospedale Molinette
Montefiori Marcello, Università di Genova
Noto Guido, Università degli Studi di Messina
Nuti Sabina, Scuola Superiore Sant'Anna di Pisa e Laboratorio MeS
Petralia Paolo, AOUI di Verona
Pignataro Giacomo, Università di Catania
Polistena Barbara, Università degli Studi di Roma Tor Vergata C.R.E.A. Sanità
Reina Rocco, Università degli Studi Magna Græcia di Catanzaro
Ricciardi Walter, Università Cattolica del Sacro Cuore
Romiti Anna, Università degli Studi di Firenze
Schiavone Francesco, Università degli Studi di Napoli Parthenope
Spandonaro Federico, Università degli Studi di Roma Tor Vergata e C.R.E.A. Sanità
Vagnoni Emidia, Università degli Studi di Ferrara
Vainieri Milena, Scuola Superiore Sant'Anna di Pisa e Laboratorio MeS
Venturini Alessandra, Università degli Studi di Torino

Fondazione Giovanni Lorenzini Medical Foundation
Fondazione Paola Gonzato ETS

I segnali di allarme

40,5%

della popolazione con almeno una malattia cronica

ISTAT 2024

5,8 mln

italiani che hanno rinunciato alle cure nel 2024 (+29% vs 2023)

ISTAT 2025

51%

delle visite specialistiche sono state pagate ricorrendo a risorse out of pocket o intermediate nel 2023

ISTAT 2025

oltre 4 milioni

valore in crescita di anziani non autosufficienti in Italia

ISTAT 2023



6,5 per 1.000 ab.

infermieri in Italia vs media UE di 8,4 per 1.000 abitanti

OCSE 2025

€3.086

spesa pro-capite in Italia vs €3.832 UE (-19%), 73% programmi governativi

OCSE 2025

65,5%

delle persone non accetta il primo appuntamento proposto dal CUP

AGENAS 2025

16,6%

indice di fuga medio nelle regioni del Sud vs 8,7% nazionale

AGENAS 2026

Le criticità strutturali

Offerta sbilanciata verso le acuzie

Nonostante l'aumento di cronicità e non autosufficienza, i servizi restano frammentati e seguono logiche prestazionali

Finanziamento incoerente con i LEA

Razionamento implicito: divario crescente tra diritti formalmente garantiti e realmente esigibili

Governance debole e disarticolata

Programmazione irregolare, grave ritardo e scarsa implementazione degli standard a livello nazionale e regionale

Management selezionato su base locale

Assenza di un corpo dirigenziale nazionale, middle management poco valorizzato

Sistema formativo disallineato

Eccesso di posti a medicina, carenza di infermieri e frammentazione delle professioni sanitarie

Uso marginale del patrimonio informativo

Dati frammentati, logiche a silos, sanità reattiva anziché proattiva

La logica della proposta

Il contesto economico e sociale è cambiato: il **progresso scientifico e tecnologico** ha allungato l'aspettativa di vita, ma ha moltiplicato **cronicità e non autosufficienza**

I sistemi di welfare europei sono sotto pressione con difficoltà nell'adeguamento delle risorse finanziarie pubbliche-private.



Adottare approccio One Health e potenziare prevenzione	Esplicitazione delle priorità	Due funzioni da distinguere	Nuove logiche di governance

• Agire sui determinanti di salute a tutti i livelli
• Posticipare l'insorgere delle malattie o ridurne la gravità
• Adottare logiche di prevenzione lungo l'intero corso di vita (Life Course Approach)
	• Promettere solo ciò che può mantenere
	• Garantire coerenza tra prescrizione ed erogazione
		• La tutela della salute: responsabilità di soggetti pubblici e privati lungo tutta la filiera
		• L'erogazione dei Servizi: garantita dal SSN tramite LEA e finanziamento pubblico
			• Distinzione tra diversi livelli del sistema
			  • One Health e determinanti di salute
			  • Sistema dei servizi della salute
			  • SSN

Finalità del sistema dei servizi della salute

La Repubblica promuove la salute fisica e psichica come diritto fondamentale e precondizione per lo sviluppo economico e sociale

- La tutela della salute viene perseguita attraverso interventi di prevenzione, diagnosi tempestiva e cura
- Le politiche non sanitarie devono creare condizioni di vita favorevoli secondo l'approccio Salute in Tutte le Politiche
- Regolazione, programmazione e valutazione del sistema si fondano su metriche condivise e trasparenti

Universalismo

Per contrastrare il fenomeno di selezione implicita a posteriori che penalizza i gruppi fragili, si ritiene necessario:

01

Esplicitazione dei criteri con per determine le priorità in sede di programmazione e di definizione dei LEA

02

Attivazione di modelli di servizio proattivi per:

- promuovere la salute
- governare la domanda
- arruolare gli assistiti e prenderli in carico in funzione dei loro bisogni

03

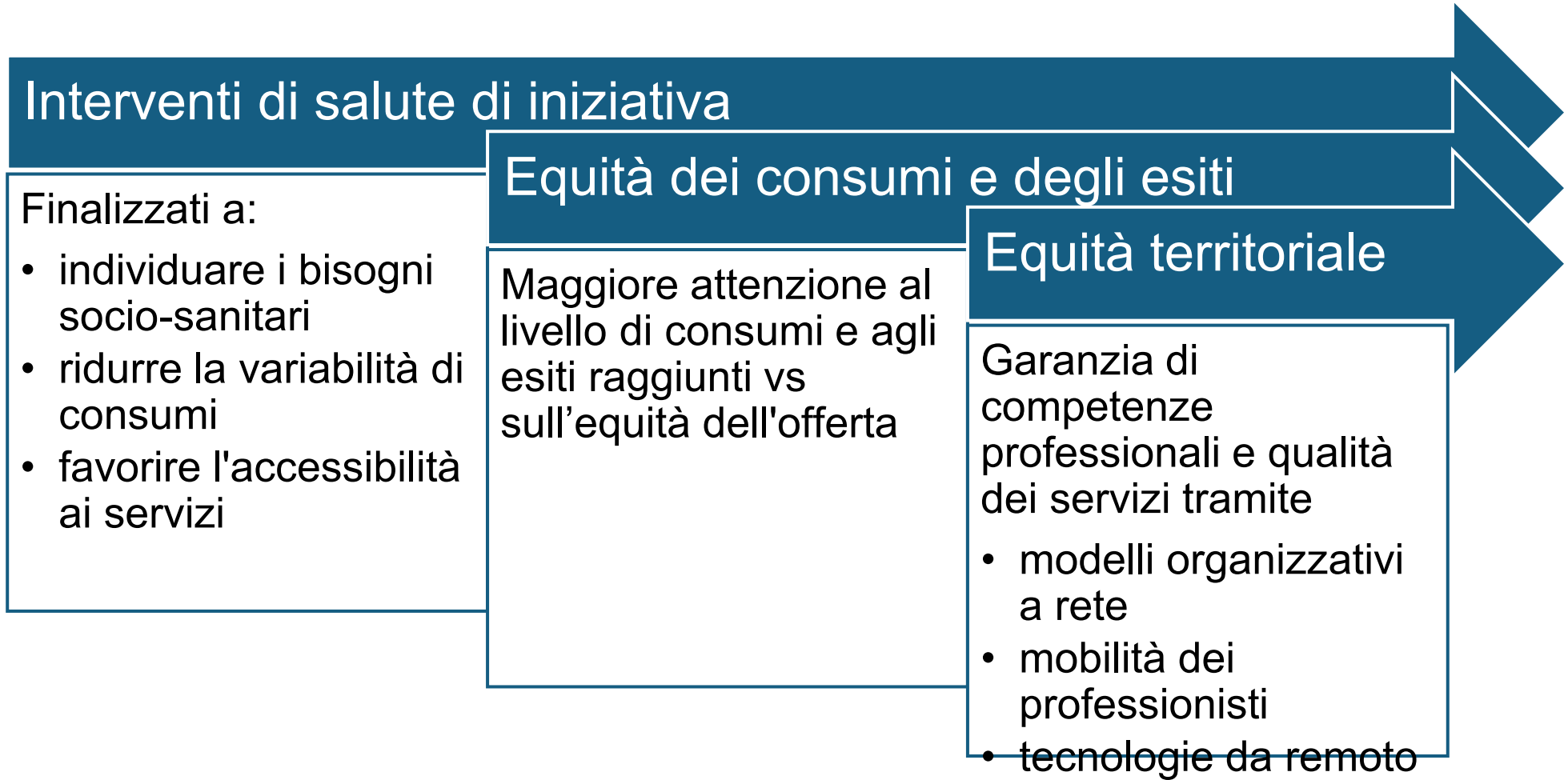
Attivazione di modelli di servizio in grado di monitorare e supportare l'aderenza ai percorsi di cura

04

Programmazione e il coordinamento del finanziamento pubblico e privato per soddisfare bisogni con bassi tassi di copertura del SSN

Equità e accessibilità

Garantire **servizi diversi per bisogni diversi** a partire da una **stratificazione** della popolazione per una **presa in carico personalizzata, preventiva e partecipata**



Umanizzazione, partecipazione e coinvolgimento

Il SSN promuove e rafforza la partecipazione e il coinvolgimento dei cittadini, dei pazienti e delle loro organizzazioni nei processi di programmazione, progettazione, organizzazione e valutazione dei servizi sanitari

1

nazionale e regionale: coinvolgimento delle organizzazioni dei pazienti per disegno di politiche

2

distretti: co-programmazione, coinvolgendo i rappresentanti degli enti locali e le associazioni

3

unità organizzative: co-disegno dei servizi insieme ai pazienti, i loro care giver e le loro organizzazioni

4

casa di comunità e setting erogativi locali: comunità capaci di influenzare i determinanti di salute

Promettere ciò che si può mantere

Attuale divaricazione tra obiettivi e capacità di raggiungerli che dipende da:

- pressioni sociali per l'ampliamento dei diritti di welfare
- difficoltà di selezione esplicita
- mancanza di un meccanismo di auto-regolazione del prezzo

Il cittadino ha diritto ad avere prenotate contestualmente alla prescrizione le prestazioni indicate dal professionista SSN nei tempi indicati

- Ogni paziente ha un Piano Assistenziale Individuale (PAI) con prenotazione automatica in back office
- Monitoraggio strutturato dell'aderenza con attivazione automatica di meccanismi di alert e richiamo
- Per tali attività garantire ai professionisti un supporto tecnologico e amministrativo per evitare burocratizzazione

LEA, tassi di copertura dei bisogni, finanziamento

In sede di Piano Strutturale di Bilancio e Legge di Bilancio si devono definire politiche esplicite di: adeguamento del finanziamento, definizione di priorità tra i LEA o di rimodulazione del tasso atteso di copertura dei bisogni

Cinque criteri di priorità:

1. Prestazioni salvavita o di alto valore in termini di esiti di salute
2. Elevato costo della singola prestazione o della continuità assistenziale
3. Prestazioni e servizi con elevati benefici di salute pubblica
4. Facilitare l'eliminazione di differenze su processi ed esiti
5. Adozione logica One Health per valutare impatto sull'intero ecosistema

- Compartecipazioni alla spesa modulate sul reddito per rendere equo l'impatto sui bilanci familiari
- Revisione del sistema di esenzione per patologia o reddito
- Progressivo adeguamento del finanziamento verso la media europea

Long-term-care

I fondi destinati alla non autosufficienza confluiscono in un unico fondo LTC gestito dalle Aziende sanitarie territoriali tramite i distretti, in accordo con i Comuni

- Revisione del sistema di welfare in applicazione della European Care Strategy
- Il bisogno socio-sanitario e i programmi assistenziali sono definiti dalle Unità di Valutazione Multidimensionale con un solo criterio di eleggibilità (oggi contradditori tra SSN, EELL e INPS)
- L'utilizzo dei fondi secondo il principio della sussidiarietà orizzontale, valorizzando l'apporto di organizzazioni di pazienti e volontariato, fondi integrativi e compartecipazioni delle famiglie
- Sono previste forme di fiscalità agevolata per i fondi integrativi che prevedono assistenza LTC
- Vengono definiti standard nazionali di copertura dei bisogni LTC che integrano LEA e Livelli Essenziali di Prestazione

Governance interistituzionale e intersettoriale della salute



Focus sui determinanti di salute e sull'allineamento degli interessi tra attori pubblici e privati di diversi settori

Relazioni circolari tra salute umana, animale e ambientale

Coordinamento della spesa sanitaria pubblica e privata, ricerca di sinergie e riduzione delle ridondanze

Competenze di programmazione e gestione di un sistema multilivello e multi-attore in contesti a forte differenziale di capitale istituzionale e sociale

Il Ministero della Salute, le Regioni e le rispettive Agenzie attivano dedicati e distinti meccanismi di governance per ognuno dei tre livelli

Il sistema dei servizi di tutela della salute

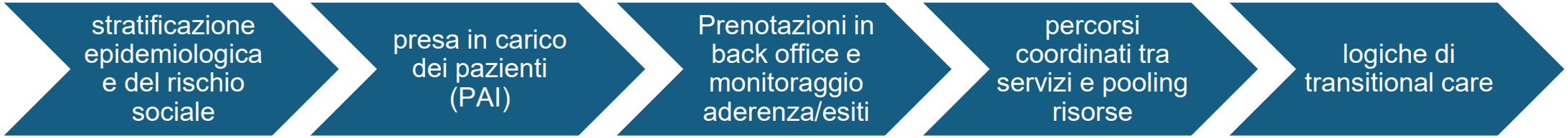
Include tutti i soggetti che finanziano, producono, ricercano o svolgono advocacy

- SSN
- servizi socio-assistenziali pubblici e privati
- Life Sciences e ricerca biomedica
- intermediari assicurativi, fondi e casse private, mutue, welfare aziendale
- aziende private erogatrici
- Università e centri di ricerca
- Enti del Terzo Settore e organizzazioni di pazienti
- forme di collaborazione pubblico-privato

- Meccanismi di coordinamento per garantire: complementarità delle prestazioni, percorsi integrati con sistemi informativi interoperabili, messa in rete dei processi e dei fondi di ricerca e innovazione.
- Le Regioni di minori dimensioni vengono sostenute e incentivate a gestire la governance del sistema di servizi per la salute a livello inter-regionale.

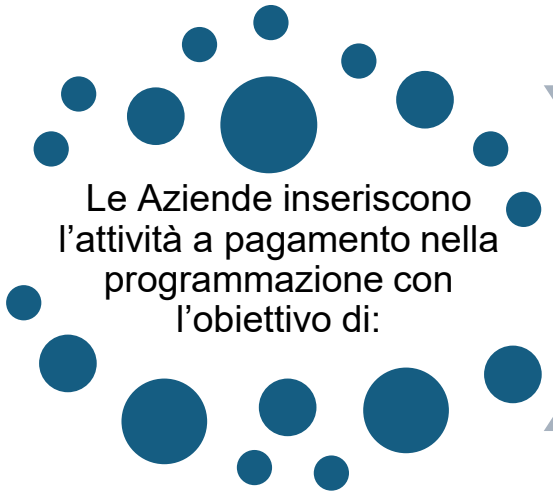
Governare la tutela del paziente e la produzione di servizi: la necessità di tensori organizzativi dedicati (la matrice SSN)

Il SSN adotta sistematicamente le metodologie per la sanità di iniziativa, garantendo attraverso i presidi e servizi territoriali:



- Questi interventi garantiscono a tutti i cittadini la **tempestiva fruizione dei servizi**, in particolare per i soggetti meno capaci di trasformare i bisogni in domanda
- Una dimensione organizzativa attiva processi strutturati di sanità di iniziativa e presa in carico per **target prioritari**, definiti dai piani sanitari sulla base della stratificazione della popolazione
- La sanità di iniziativa contribuisce alla **convergenza ed equità dei consumi**, a un aumento **dell'aderenza** e alla **riduzione di duplicazioni** di prestazioni e setting attivati
- La responsabilità del**la tutela ha bisogno di tensori organizzativi dedicati**

Funzione imprenditoriale delle Aziende per la libera attività professionale intramuraria



Le Aziende inseriscono l'attività a pagamento nella programmazione con l'obiettivo di:

- garantire prezzi calmierati
- contribuire a ridurre l'iniquità tramite un'azione di orientamento al paziente
- contrastare il consumismo sanitario con un'offerta di prestazioni appropriate ed efficaci
- offrire servizi integrati e complementari con quelli del SSN

Le Aziende privilegiano nella propria offerta di solvenza:

- servizi e target che di norma esclusi dai LEA o con bassi tassi di copertura
- libera scelta del medico o dell'équipe
- standard alberghieri superiori
- servizi complementari per una risposta integrata ai pazienti e ai care giver

Le Aziende definiscono rapporti contrattuali con i fondi sanitari integrativi

Gli introiti potranno essere utilizzati per acquisire nuove tecnologie, infrastrutture o assumere personale

Competenze dello Stato

Lo Stato definisce:

- L’elenco delle tipologie di Aziende tra cui le Regioni possono scegliere e le relative forme istituzionali
- I criteri per i modelli organizzativi e gestionali delle aziende per garantire dignità e centralità della persona nel principio dell‘umanizzazione delle cure
- Organi di controllo dei requisiti e standard nazionali per l’autorizzazione al funzionamento e l’accreditamento
- Sistemi di monitoraggio per rilevare le migliori pratiche e attivare processi di miglioramento, benchlearning e trasferimento di competenze
- Un sistema di tariffe e di rimborsi sulla base di valutazioni di costo e qualità dei servizi e di outcome in termini di salute
- Diversi livelli di autonomia regionale da graduare in relazione ai livelli di performance raggiunti
- Sviluppo di una classe dirigente nazionale del SSN

Competenze delle Regioni

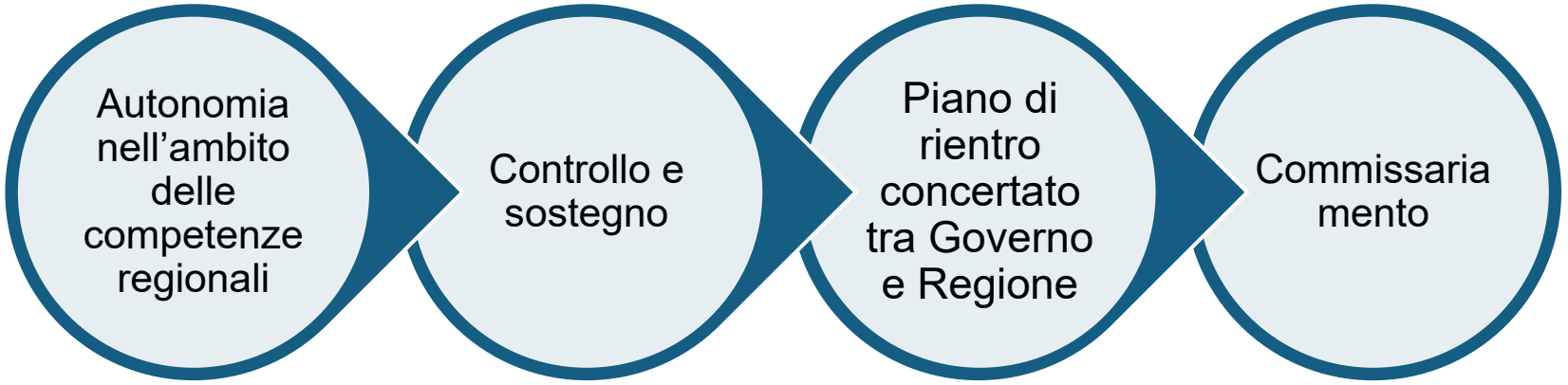
Le Regioni si occupano di:

- Istituzione di Aziende caratterizzate da diversa missione e indirizzo strategico, con forme istituzionali e modelli organizzativi diversi
- Sperimentazione e introduzione di forme di finanziamento omnicomprensivo per processi assistenziali e indicatori di risultato finale di salute
- Promozione dell'aggiornamento, dell'innovazione e dello sviluppo continuo delle competenze professionali e manageriali
- Attivazione di reti professionali, di strutture interaziendali e interregionali
- Definizione di un quadro giuridico per l'integrazione dei servizi socio-sanitari e assistenziali
- Coordinamento del sistema degli attori pubblici e privati del sistema dei servizi della salute
- Predisposizione di una rendicontazione sociale triennale

I livelli di autonomia delle Regioni

Sono individuati **diversi livelli di autonomia regionale** in relazione a:

1. Livello di raggiungimento effettivo dei LEA
2. Tasso di copertura dei bisogni
3. Efficacia del sistema sanitario
4. Equilibrio finanziario
5. Rispetto degli standard programmatori nazionali strutturali, funzionali, di servizio e di esiti



- Focus sugli elementi per i quali la Regione non rispetta gli standard
- Competenze consulenziali di supporto

- Deve prevedere sia il recupero dell'equilibrio economico-finanziario sia il miglioramento dei livelli di assistenza
- Interventi di razionalizzazione della rete di offerta

- Poteri attribuiti a uno o più esperti dotati di poteri su tutte le strutture organizzative e sulle risorse finanziarie
- Risorse strutturali, finanziarie e di personale di supporto, attivabili con strumenti amministrativi semplificati
- Durata massima 5 anni

Ricerca

Grazie alla ricerca i pazienti beneficiano di un **accesso più rapido a nuovi trattamenti e tecnologie**.
Il SSN beneficia di **prove di efficacia e di costo-efficacia**, oltre che delle **entrate dirette e indirette** che derivano dall'attività di sperimentazione clinica.

- Assistenza e ricerca sono funzioni inscindibili a tutti i livelli
- Il SSN mette a disposizione per finalità di ricerca i dati clinici, epidemiologici e amministrativi, previa anonimizzazione o pseudonimizzazione
- Piano quinquennale per la ricerca, promuovendo razionalizzazione, coordinamento e partnership fra SSN, università, enti di ricerca e aziende Life Sciences
- SSN garantisce rigore scientifico e coinvolgimento dei gruppi tradizionalmente sottorappresentati nei trial
- Gli indicatori di risultato devono tenere conto della qualità di vita e del rapporto benefici/costi
- Piano di semplificazione dei processi amministrativi e autorizzativi della ricerca

Investimenti nel sistema Life Sciences

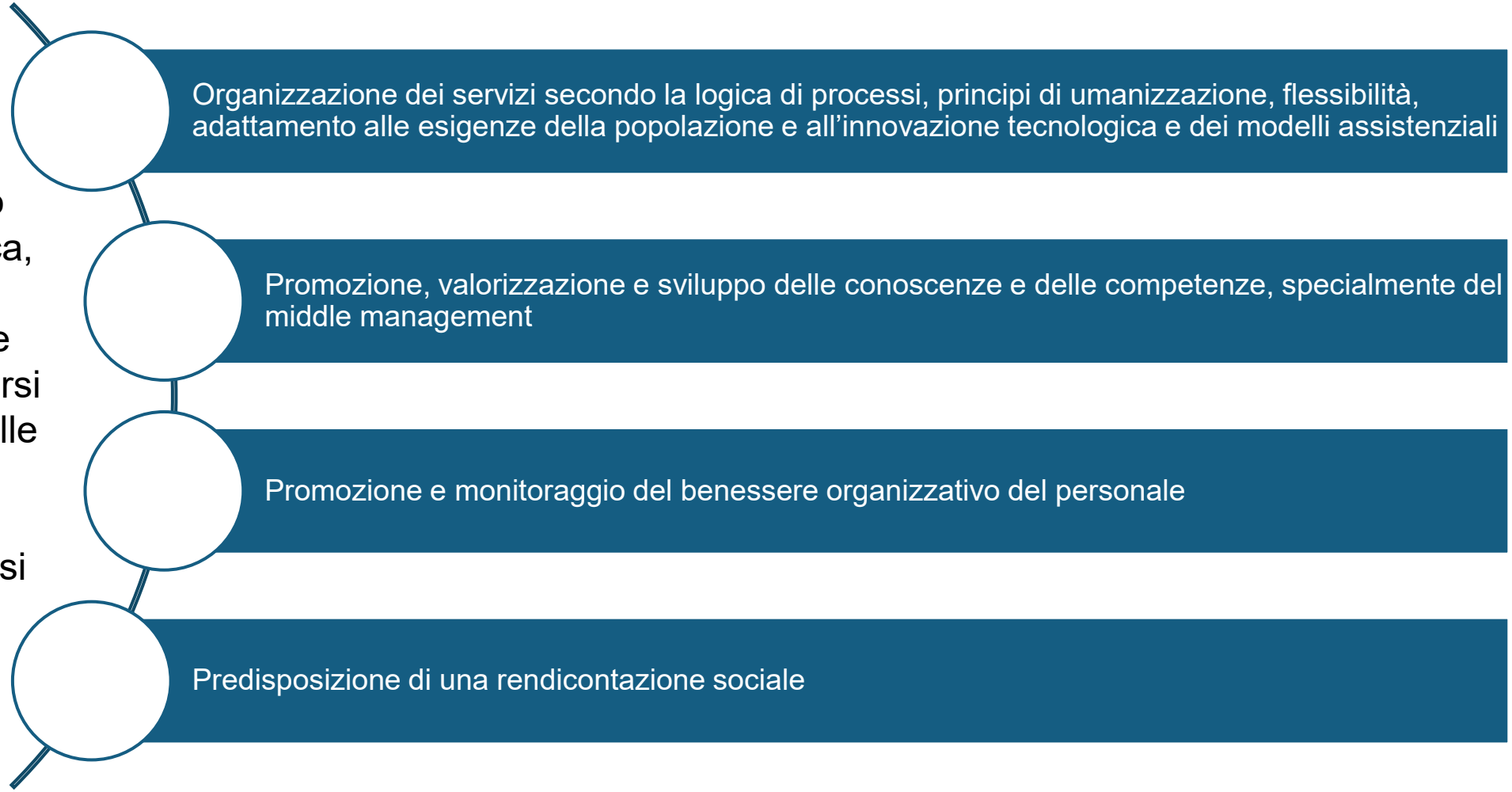
Piano quinquennale per le priorità di ricerca e sviluppo tecnologico nelle Life Sciences, tramite co-programmazione interministeriale e coinvolgimento di tutti i soggetti rappresentativi della filiera

- Si ricompongono gli investimenti pubblici, prevedono Public-Private Partnership e investimenti privati con fiscalità agevolata
- Gli investimenti pubblici sono finalizzati alle infrastrutture nazionali abilitanti capaci di attivare processi innovativi per specifici obiettivi di salute
- Gli investimenti ad elevato impatto vengono scelti sulla base di processi di HTA, con criteri di priorità coerenti con le risorse attivabili
- Le valutazioni HTA utilizzano dati epidemiologici e clinici da sperimentazioni multicentriche
- Percorsi di accompagnamento al cambiamento organizzativo: riprogettazione dei servizi, formazione a diversi livelli, revisione e semplificazione dei processi

Autonomia-responsabilità delle Aziende

Le Aziende sanitarie sono dotate di autonomia giuridica, gestionale, organizzativa, amministrativa, contabile e patrimoniale, secondo i diversi modelli istituzionali scelti dalle Regioni.

Tra le proprie competenze si occupano di:



Assistenza di prossimità e stabilità relazionale

La prossimità è definita come stabilità relazionale con un professionista di riferimento, accessibilità a servizi sanitari diffusi ed itineranti, fruibilità dei servizi in logica multicanale sincrona e asincrona

Essa è garantita

- dall'individuazione di un professionista di riferimento (anche in H)
- dall'assistenza a distanza
- dalla realizzazione di strutture decentrate, dalla rete delle RSA, dalle farmacie convenzionate, dall'assistenza a domicilio
- dalla mobilità di équipe itineranti

- L'orario dei servizi deve rispettare i tempi di lavoro e di vita degli assistiti e dei care giver
- Accesso multicanale sincrono e asincrono: il paziente indica il canale preferito per tipologia di servizio
- Cure primarie riorganizzate con contratti di risultato per gruppi di medici associati, con budget globali di salute, target di outcome clinici e organizzativi, reporting trimestrale, audit annuali e sistemi di incentivi collegati alla performance

Programmazione dei professionisti

Definizione di un **piano dei fabbisogni dei professionisti** che ricopre Aziende pubbliche, privato accreditato, privato autorizzato e strutture per la non- autosufficienza

Il piano orienta la concertazione con il MUR per:

- programmazione degli accessi universitari alle facoltà mediche e delle professioni sanitarie
- superamento della frammentazione delle specializzazioni mediche e delle professioni sanitarie
- revisione dei curricula

Integrazione delle scuole di specializzazione nella rete dei presidi dell'intera Regione per garantire un’equa distribuzione degli specializzandi

Formazione continua su competenze relazionali, manageriali, digitali, di comunicazione e di lavoro in équipe

Il personale delle Aziende sanitarie

Le Aziende definiscono:

- **l'assegnazione del personale** alle diverse strutture e servizi
- i criteri per la **mobilità interna**

Messa in rete delle competenze per disciplina a livello di Aziende o di area vasta:

i professionisti di una disciplina fanno parte di un **team aziendale unico** e operano in diversi setting

Per consentire la **flessibilità e l'attrattività** per profili innovativi o particolarmente strategici, le Aziende possono assumere con **contratti atipici** nei limiti del 5% del fabbisogno di personale con una retribuzione superiore al contratto SSN fino al 30%

Direzione strategica

I Direttori Generali fanno parte di un corpo manageriale nazionale del SSN

- L'iscrizione è decisa da una commissione di esperti sulla base di: titoli di alta formazione, curriculum correlato all'età, esperienza manageriale di almeno 5 anni, risultati positivi e/o di obiettivi raggiunti e prove di verifica di capacità analitiche, di leadership e di gestione del cambiamento
- Retribuzione allineata ai dirigenti apicali dello Stato con una quota del 70% fisso, 15% variabile per obiettivi e 15% variabile per complessità dell'Azienda.
- Per i DG fuori sede: rimborso forfettario aggiuntivo fino a un massimo del 20% della quota fissa. Incentivi per la mobilità interregionale, specie verso i contesti con minor capitale istituzionale e manageriale.
- La retribuzione massima di altre figure di direzione strategica è l'80% della quota fissa del DG, 15% variabile per complessità, 15% per obiettivi e fino al 20% forfettario fuori Regione

Vuoi sottoscrivere il documento?

