



**Università
di Genova**

DIPARTIMENTO DI SCIENZE POLITICHE
E INTERNAZIONALI

Corso di Laurea in:
Amministrazione e Politiche Pubbliche

**Il finanziamento del Servizio sanitario nazionale
e le sfide dell'invecchiamento: il caso della
Liguria**

Finanza regionale e degli enti locali

Relatore

Chiar.mo Prof. Luca Gandullia

Candidato

Alessandro Scalise

ANNO ACCADEMICO 2025/2026

Indice

Introduzione	1
Capitolo 1 - Il federalismo fiscale in Italia e il ruolo delle regioni nella sanità	3
1.1 Evoluzione del regionalismo in Italia	3
1.2 La riforma del Titolo V della Costituzione (2001) e il decentramento sanitario	5
1.3 Il federalismo fiscale e la riforma del finanziamento regionale	7
1.4 La sanità come funzione centrale nel regionalismo italiano	8
Capitolo 2 - Il finanziamento della sanità regionale: struttura, fonti e dinamiche della spesa	11
2.1 Evoluzione del finanziamento sanitario italiano	11
2.2 Finanziamento e spesa sanitaria: il problema dei disavanzi regionali	15
2.3 Riparto delle risorse sanitarie, criteri allocativi e squilibri territoriali	19
Capitolo 3 - L'invecchiamento della popolazione e le sfide del finanziamento sanitario: il caso della Liguria	24
3.1 - L'invecchiamento della popolazione italiana e le implicazioni per il Servizio sanitario nazionale	24
3.2 – Il quadro demografico della Liguria	26
3.3 – L'impatto dell'invecchiamento sul finanziamento sanitario regionale	30
3.4 Le risposte organizzative del sistema sanitario ligure alle sfide dell'invecchiamento	33
Conclusioni	40
Bibliografia	42

Introduzione

L'invecchiamento della popolazione rappresenta una delle principali sfide che i sistemi di welfare europei sono chiamati ad affrontare nel XXI secolo. L'aumento della speranza di vita, la diminuzione della natalità e il conseguente incremento della quota di popolazione anziana stanno infatti modificando profondamente la struttura demografica delle società contemporanee, producendo effetti significativi sulla sostenibilità economica e organizzativa dei sistemi di protezione sociale. Tra i diversi ambiti interessati da tali trasformazioni, il sistema sanitario occupa una posizione centrale. L'aumento dell'età media della popolazione è infatti associato a una maggiore diffusione delle patologie croniche, a un incremento delle condizioni di non autosufficienza e a una crescente domanda di prestazioni sanitarie e sociosanitarie. Ne deriva la necessità di garantire risorse finanziarie adeguate e, al tempo stesso, di sviluppare modelli organizzativi in grado di rispondere efficacemente ai nuovi bisogni assistenziali.

L'Italia costituisce un caso particolarmente significativo nel panorama europeo. Il Paese presenta infatti una delle popolazioni più anziane del continente e registra da tempo dinamiche demografiche caratterizzate da bassi livelli di natalità e da una progressiva crescita della popolazione anziana. Tali fenomeni pongono interrogativi rilevanti sulla capacità del Servizio sanitario nazionale di mantenere nel tempo i principi di universalità, uguaglianza ed equità che ne hanno caratterizzato l'istituzione nel 1978. In questo contesto, il tema del finanziamento sanitario assume un'importanza crescente. La distribuzione delle risorse tra le regioni non può infatti prescindere dalle differenti caratteristiche demografiche, epidemiologiche e sociali dei territori. Negli ultimi anni il dibattito sul riparto del Fondo sanitario nazionale si è progressivamente orientato verso la ricerca di criteri maggiormente capaci di rappresentare i reali bisogni assistenziali delle popolazioni regionali, superando logiche basate esclusivamente sulla consistenza numerica della popolazione residente.

L'obiettivo del presente elaborato è analizzare il rapporto tra finanziamento sanitario e invecchiamento della popolazione, approfondendo il modo in cui le trasformazioni demografiche influenzano i fabbisogni sanitari e i meccanismi di allocazione delle risorse pubbliche. A tal fine, particolare attenzione viene dedicata al caso della Liguria, regione che rappresenta uno dei contesti più interessanti a livello nazionale per lo studio di tali fenomeni. La Liguria si distingue infatti per una struttura demografica caratterizzata da livelli di invecchiamento superiori alla media italiana. L'elevata incidenza della popolazione anziana, la crescente presenza di ultraottantenni e le peculiarità territoriali della regione rendono il

contesto ligure particolarmente significativo per comprendere le implicazioni che i cambiamenti demografici possono produrre sul sistema sanitario. In questo senso, la regione può essere considerata un vero e proprio laboratorio di osservazione delle sfide che interesseranno con crescente intensità il resto del Paese nei prossimi decenni.

Il lavoro si propone pertanto di rispondere a un quesito centrale: in che modo l'invecchiamento della popolazione influenza il finanziamento del sistema sanitario e quali conseguenze produce sull'organizzazione dei servizi sanitari e sociosanitari a livello regionale? Per affrontare tale interrogativo, la tesi è articolata in tre capitoli. Il primo capitolo ricostruisce l'evoluzione del regionalismo sanitario italiano e il progressivo processo di decentramento delle competenze in materia di tutela della salute, soffermandosi sulle principali riforme che hanno interessato il Servizio sanitario nazionale. Il secondo capitolo analizza il sistema di finanziamento della sanità italiana, approfondendo il funzionamento del Fondo sanitario nazionale, i meccanismi di riparto delle risorse e le recenti modifiche ai criteri di determinazione dei fabbisogni standard regionali. Il terzo capitolo è dedicato al caso della Liguria e prende in esame le caratteristiche demografiche della regione, gli effetti dell'invecchiamento sul finanziamento sanitario e le principali strategie organizzative adottate per rispondere alle nuove esigenze assistenziali.

L'ipotesi di fondo che guida il presente lavoro è che l'invecchiamento della popolazione non costituisca soltanto una variabile demografica, ma rappresenti un fattore in grado di influenzare profondamente il finanziamento, l'organizzazione e la sostenibilità del sistema sanitario. Attraverso l'analisi del caso ligure, la tesi intende quindi contribuire alla riflessione sulle future sfide del Servizio sanitario nazionale e sulle possibili strategie necessarie per garantire la tutela del diritto alla salute in una società caratterizzata da un progressivo invecchiamento della popolazione.

Capitolo 1 - Il federalismo fiscale in Italia e il ruolo delle regioni nella sanità

1.1 Evoluzione del regionalismo in Italia

Il regionalismo italiano affonda le proprie radici nella Costituzione del 1948, che prevede fin dall'origine l'istituzione delle regioni come enti dotati di autonomia politica, amministrativa e finanziaria. In particolare, gli articoli 114 e 117 delineano un sistema fondato sul decentramento territoriale, mentre l'articolo 5 sancisce il principio di unità e indivisibilità della Repubblica, accompagnato dal riconoscimento e dalla promozione delle autonomie locali¹. Nonostante fosse previsto in Costituzione, l'attuazione del regionalismo avviene con notevole ritardo. Le regioni a statuto ordinario vengono infatti istituite solo nel 1970², a oltre vent'anni dall'entrata in vigore della Costituzione. Questa fase iniziale è caratterizzata da un modello ancora fortemente centralizzato, in cui lo Stato continua a mantenere un ruolo predominante sia nella produzione normativa sia nella gestione delle principali funzioni amministrative. Negli anni Settanta si avvia una prima fase di decentramento, con il trasferimento alle regioni di alcune competenze amministrative, tra cui la sanità, l'assistenza sociale e la formazione professionale. Tuttavia, tale trasferimento risulta parziale e incompleto, in quanto le regioni dispongono di margini limitati di autonomia finanziaria e operano prevalentemente come enti di gestione di risorse e politiche definite a livello centrale.

Un elemento centrale di questa fase è rappresentato dall'istituzione del Servizio sanitario nazionale nel 1978³, che segna un passaggio fondamentale nella costruzione del sistema sanitario italiano. Con la legge n. 833/1978 viene infatti superato il precedente sistema mutualistico, basato su una pluralità di enti assicurativi categoriali, a favore di un modello universalistico fondato sul principio di uguaglianza nell'accesso alle cure. Pur mantenendo un impianto unitario e nazionale, il SSN si caratterizza fin dalle origini per una struttura organizzativa articolata su base territoriale, che attribuisce alle regioni un ruolo progressivamente crescente nella gestione dei servizi sanitari. In particolare, le regioni vengono chiamate a svolgere funzioni di programmazione e

¹ Cost., artt. 5, 114, 117

² Legge 16 maggio 1970, n. 281; la legge disciplina "i rapporti finanziari tra lo Stato e le regioni a statuto ordinario"

³ Legge 23 dicembre 1978, n. 833; art. 1: "La Repubblica tutela la salute come fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività mediante il Servizio sanitario nazionale"

organizzazione dei servizi, mentre allo Stato rimane un ruolo di indirizzo generale e di definizione degli obiettivi di sistema. Questo assetto rappresenta un primo passo verso il decentramento sanitario, in quanto introduce una distribuzione delle competenze che, pur non ancora pienamente autonoma, anticipa il successivo rafforzamento del ruolo regionale. Allo stesso tempo, il modello adottato riflette l'esigenza di conciliare l'uniformità del diritto alla salute su tutto il territorio nazionale con la necessità di adattare l'organizzazione dei servizi alle specificità locali. In questo senso, l'istituzione del Servizio sanitario nazionale può essere interpretata come uno dei momenti chiave del processo di regionalizzazione, in quanto contribuisce a definire un sistema in cui la dimensione territoriale assume un'importanza crescente nella gestione delle politiche pubbliche, pur all'interno di un quadro unitario.

A partire dagli anni Novanta, il processo di regionalizzazione subisce un'accelerazione significativa, nel contesto di un più ampio processo di riforma della pubblica amministrazione. Le cosiddette riforme Bassanini introducono principi innovativi⁴, tra cui il principio di sussidiarietà, secondo cui le funzioni amministrative devono essere esercitate dal livello di governo più vicino ai cittadini, salvo esigenze di coordinamento unitario. Queste riforme comportano un trasferimento più ampio di competenze amministrative dallo Stato alle regioni e agli enti locali, accompagnato da una ridefinizione del ruolo dello Stato, sempre più orientato a funzioni di indirizzo e coordinamento piuttosto che di gestione diretta. Tale processo di decentramento si inserisce anche in un contesto economico e politico caratterizzato da esigenze di contenimento della spesa pubblica, di miglioramento dell'efficienza amministrativa e di maggiore responsabilizzazione degli enti territoriali. In questo quadro, il rafforzamento dell'autonomia regionale viene visto come uno strumento per rendere più efficiente l'allocazione delle risorse e più aderenti ai bisogni locali le politiche pubbliche. La sanità si afferma progressivamente come il settore in cui il processo di regionalizzazione trova la sua applicazione più significativa. Ciò è dovuto sia alla rilevanza economica della spesa sanitaria, sia alla necessità di adattare l'organizzazione dei servizi alle specificità territoriali, in presenza di differenze demografiche, sociali ed economiche tra le regioni. Nel complesso, il percorso di regionalizzazione italiano si configura come un processo graduale, caratterizzato da fasi successive di ampliamento delle competenze regionali. Tale evoluzione culmina con la riforma del Titolo V della Costituzione del 2001, che segna il

⁴ Legge 15 marzo 1997, n. 59; art. 1: delega al Governo per il "conferimento di funzioni e compiti alle regioni ed enti locali"; D.lgs. 31 marzo 1998, n. 112

passaggio verso un modello di regionalismo più avanzato e costituisce il punto di partenza per lo sviluppo del federalismo fiscale.

1.2 La riforma del Titolo V della Costituzione (2001) e il decentramento sanitario

La riforma del Titolo V della Costituzione, approvata con legge costituzionale n. 3 del 2001, rappresenta un passaggio fondamentale nel processo di trasformazione dell'ordinamento italiano in senso decentrato. Essa si inserisce nel più ampio percorso di rafforzamento delle autonomie territoriali avviato negli anni precedenti e mira a ridefinire in modo sistematico i rapporti tra Stato, regioni ed enti locali. Uno degli elementi centrali della riforma riguarda il nuovo assetto del riparto delle competenze legislative, disciplinato dall'articolo 117 della Costituzione⁵. Tale disposizione introduce una tripartizione delle materie, distinguendo tra competenze esclusive dello Stato, competenze concorrenti e competenze residuali delle regioni. Nelle materie di competenza esclusiva, lo Stato esercita in via piena la potestà legislativa; nelle materie concorrenti, allo Stato spetta la determinazione dei principi fondamentali, mentre alle regioni è attribuita la disciplina di dettaglio; infine, tutte le materie non espressamente riservate allo Stato rientrano nella competenza residuale delle regioni. In questo nuovo assetto, la tutela della salute viene ricondotta alla competenza concorrente, determinando un significativo ampliamento del ruolo delle regioni nel sistema sanitario. Le regioni assumono la responsabilità dell'organizzazione e della gestione dei servizi sanitari, mentre allo Stato è affidato il compito di definire i principi fondamentali e di garantire l'uniformità dei diritti su tutto il territorio nazionale.

Il decentramento delle competenze sanitarie, già avviato negli anni precedenti, trova così una piena legittimazione costituzionale. Le regioni diventano il livello di governo centrale nella gestione del Servizio sanitario nazionale, con responsabilità dirette in materia di programmazione sanitaria, organizzazione dei servizi, gestione delle aziende sanitarie e controllo della spesa.

Questo processo porta alla formazione di sistemi sanitari regionali differenziati, caratterizzati da modelli organizzativi diversi e da differenti livelli di efficienza ed efficacia. Alcune regioni, come Emilia-Romagna, Toscana e Veneto, hanno sviluppato modelli maggiormente orientati alla gestione pubblica diretta dei servizi, mentre altre, in particolare la Lombardia e, in parte, il Lazio, fanno

⁵ Cost., art. 117; "la potestà legislativa è esercitata dallo Stato e dalle Regioni nel rispetto della Costituzione"

maggiore ricorso al settore privato accreditato, dando luogo a una pluralità di configurazioni organizzative all'interno di un quadro formalmente unitario. Tuttavia, il decentramento sanitario non si traduce in un'autonomia piena, ma si colloca all'interno di un sistema di governance multilivello. Lo Stato mantiene infatti un ruolo fondamentale di indirizzo e coordinamento, esercitato attraverso diversi strumenti, tra cui la definizione dei principi fondamentali, il monitoraggio della spesa sanitaria e i meccanismi di controllo sugli equilibri di bilancio regionali. In questo contesto, un ruolo centrale è svolto dai Livelli Essenziali di Assistenza (LEA)⁶, che rappresentano l'insieme delle prestazioni e dei servizi che devono essere garantiti su tutto il territorio nazionale. I LEA costituiscono lo strumento principale attraverso cui lo Stato assicura l'eguaglianza sostanziale nell'accesso alle cure, in coerenza con il diritto alla salute sancito dall'articolo 32 della Costituzione. La riforma del Titolo V rafforza il ruolo dei LEA come vincolo per l'autonomia regionale: le regioni possono organizzare liberamente i propri sistemi sanitari, ma sono tenute a garantire l'erogazione dei livelli essenziali. In questo senso, i LEA rappresentano il punto di equilibrio tra decentramento e unità del sistema sanitario, consentendo di coniugare l'autonomia organizzativa delle regioni con la tutela uniforme dei diritti fondamentali.

Parallelamente, la riforma introduce importanti innovazioni anche sul piano finanziario attraverso la revisione dell'articolo 119 della Costituzione, che riconosce alle regioni autonomia finanziaria di entrata e di spesa e stabilisce che le risorse devono essere sufficienti a finanziare integralmente le funzioni loro attribuite. Viene inoltre previsto un sistema di perequazione volto a ridurre le disparità tra territori. Nel settore sanitario, tali innovazioni assumono un rilievo particolare, in quanto la gestione dei servizi sanitari richiede ingenti risorse finanziarie e comporta responsabilità dirette in termini di equilibrio di bilancio. Il sistema sanitario diventa così il principale ambito in cui si manifesta concretamente il legame tra autonomia organizzativa e responsabilità finanziaria delle regioni. Nel complesso, il nuovo Titolo V configura un sistema caratterizzato da una forte integrazione tra livelli di governo, in cui lo Stato mantiene funzioni di garanzia e coordinamento, mentre le regioni esercitano un ruolo centrale nella gestione delle politiche pubbliche. Tuttavia, tale assetto ha dato luogo anche a criticità, legate alla complessità del riparto delle competenze e al frequente contenzioso tra Stato e regioni, soprattutto in materie, come la sanità, caratterizzate

⁶ D.P.C.M. 12 gennaio 2017, *Definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza*, in G.U. 18 marzo 2017, n. 65; i LEA definiscono le prestazioni che il Servizio sanitario nazionale è tenuto a garantire in modo uniforme sul territorio nazionale; Cost., art. 32: "La Repubblica tutela la salute come fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività"; i livelli essenziali di assistenza costituiscono le prestazioni garantite "in condizioni di uniformità sul territorio nazionale"

da una forte interdipendenza tra dimensione nazionale e territoriale. In questo quadro, la sanità si configura come il principale banco di prova del regionalismo italiano, rappresentando il punto di incontro tra autonomia, sostenibilità finanziaria ed equità territoriale.

1.3 Il federalismo fiscale e la riforma del finanziamento regionale

Il rafforzamento delle competenze regionali delineato dalla riforma del Titolo V ha reso necessario un sistema di finanziamento coerente con il nuovo assetto istituzionale, capace di garantire autonomia, responsabilità e sostenibilità finanziaria. In questo contesto si inserisce la Legge 42/2009⁷, che rappresenta il principale intervento di attuazione del federalismo fiscale previsto dall'articolo 119 della Costituzione⁸. La riforma si propone di superare il modello tradizionale basato sulla spesa storica, ritenuto inefficiente in quanto tendeva a perpetuare squilibri e inefficienze pregresse, premiando i territori con livelli di spesa più elevati indipendentemente dai reali bisogni. In sua sostituzione, viene introdotto un sistema fondato su quattro pilastri principali: i fabbisogni standard, la capacità fiscale, i meccanismi di perequazione, la responsabilizzazione finanziaria degli enti territoriali. L'obiettivo complessivo è quello di costruire un sistema in cui le risorse pubbliche siano allocate in funzione dei bisogni effettivi dei territori, migliorando l'efficienza e garantendo un utilizzo più razionale della spesa.

Il concetto di fabbisogno standard rappresenta uno degli elementi centrali della riforma. Esso può essere definito come il livello di risorse necessario a garantire l'erogazione delle funzioni pubbliche in condizioni di efficienza, tenendo conto delle caratteristiche demografiche, economiche e territoriali. A differenza della spesa storica, che riflette decisioni passate e spesso inefficienze accumulate nel tempo, il fabbisogno standard mira a individuare un parametro di riferimento più aderente ai bisogni reali dei territori. Accanto ai fabbisogni standard, la riforma attribuisce un ruolo centrale alla capacità fiscale, intesa come la possibilità di un territorio di generare entrate proprie. La combinazione tra fabbisogni e capacità fiscale consente di individuare eventuali squilibri tra risorse disponibili e bisogni da finanziare. Per colmare tali squilibri intervengono i meccanismi di perequazione, che rappresentano il terzo pilastro del sistema. La perequazione ha la funzione di compensare le differenze tra territori con diversa capacità fiscale, al

⁷ Legge 5 maggio 2009, n. 42, *Delega al Governo in materia di federalismo fiscale*; art. 1: attuazione dell'art. 119 Cost. mediante l'introduzione dei "fabbisogni standard" e dei meccanismi di perequazione

⁸ Cost., art. 119; gli enti territoriali "hanno autonomia finanziaria di entrata e di spesa" e dispongono di risorse autonome

fine di garantire un livello adeguato e uniforme di servizi pubblici su tutto il territorio nazionale. Essa costituisce quindi uno strumento essenziale per assicurare coesione territoriale e uguaglianza sostanziale tra i cittadini. Il quarto elemento della riforma è rappresentato dalla responsabilizzazione finanziaria degli enti territoriali, che mira a rafforzare il legame tra entrate e spese, incentivando comportamenti virtuosi nella gestione delle risorse pubbliche e riducendo il rischio di disavanzi strutturali.

Il sistema delineato dalla Legge 42/2009 presenta indubbi punti di forza. In primo luogo, il superamento della spesa storica consente, almeno in linea teorica, di migliorare l'efficienza allocativa delle risorse. In secondo luogo, la combinazione tra fabbisogni standard e perequazione permette di perseguire obiettivi di equità territoriale, riducendo le disparità tra aree con diversa capacità fiscale. Infine, la responsabilizzazione degli enti territoriali contribuisce a rafforzare la sostenibilità della finanza pubblica⁹. Tuttavia, il sistema presenta anche rilevanti criticità¹⁰. In primo luogo, la determinazione dei fabbisogni standard risulta particolarmente complessa, in quanto richiede l'individuazione di indicatori in grado di rappresentare adeguatamente bisogni multidimensionali. In secondo luogo, i meccanismi di perequazione possono risultare parziali, soprattutto in presenza di forti divari economici tra territori. Un ulteriore elemento critico riguarda il grado effettivo di autonomia finanziaria degli enti territoriali. Nonostante i principi della riforma, il sistema continua a presentare una significativa dipendenza da trasferimenti centrali, limitando la piena realizzazione del federalismo fiscale. Infine, il processo di attuazione è stato graduale¹¹ e, in alcuni ambiti, incompleto, mantenendo elementi di continuità con il sistema precedente. Nel complesso, il federalismo fiscale delineato dalla Legge 42/2009 si configura come un modello ambizioso, volto a coniugare autonomia ed equità, ma la sua concreta realizzazione evidenzia ancora margini di miglioramento e criticità strutturali.

1.4 La sanità come funzione centrale nel regionalismo italiano

Alla luce del percorso istituzionale e normativo descritto, la sanità emerge come il principale ambito attraverso cui è possibile comprendere il funzionamento del

⁹ MEF – Ragioneria Generale dello Stato, *La spesa delle amministrazioni pubbliche*; analizza la sostenibilità della spesa pubblica e gli equilibri della finanza territoriale

¹⁰ Corte dei Conti, *Relazione sul coordinamento della finanza pubblica*, edizione 2023.; evidenzia criticità nel processo di determinazione dei fabbisogni standard e nel coordinamento della finanza territoriale

¹¹ D.lgs. 6 maggio 2011, n. 68; disciplina l'autonomia di entrata delle regioni e la determinazione dei “costi e fabbisogni standard”

regionalismo italiano e, più in generale, del sistema di federalismo fiscale. L'evoluzione del regionalismo, la riforma del Titolo V e l'introduzione dei principi del federalismo fiscale hanno progressivamente attribuito alle regioni un ruolo sempre più rilevante nella gestione delle politiche pubbliche. Tuttavia, è nel settore sanitario che tale processo ha trovato la sua applicazione più significativa, sia per la rilevanza economica delle risorse coinvolte, sia per la centralità del diritto tutelato. La sanità rappresenta infatti la principale voce di spesa dei bilanci regionali¹² e costituisce il terreno in cui si realizza concretamente il legame tra autonomia organizzativa e responsabilità finanziaria. In questo ambito, le regioni esercitano funzioni di programmazione, gestione ed erogazione dei servizi, assumendo un ruolo diretto nella soddisfazione dei bisogni dei cittadini.

Al tempo stesso, il sistema sanitario evidenzia con particolare chiarezza le caratteristiche e le tensioni del modello delineato dalle riforme. Da un lato, l'autonomia regionale consente di adattare l'organizzazione dei servizi alle specificità territoriali; dall'altro, la necessità di garantire livelli uniformi di assistenza impone un forte ruolo di coordinamento da parte dello Stato, in particolare attraverso la definizione dei livelli essenziali e i meccanismi di finanziamento. In questo senso, la sanità si configura come un ambito in cui il federalismo fiscale si realizza in modo solo parziale. Nonostante il riconoscimento dell'autonomia finanziaria delle regioni, il sistema resta fortemente influenzato da interventi centrali e da meccanismi redistributivi, che limitano l'effettiva autonomia ma risultano necessari per garantire equità territoriale. Le criticità del sistema, emerse nel corso del tempo, appaiono particolarmente evidenti proprio nel settore sanitario. Le differenze tra regioni¹³ in termini di capacità amministrativa, risorse disponibili e caratteristiche demografiche si traducono in disomogeneità nei servizi offerti, mettendo in luce i limiti del modello nel conciliare autonomia ed uguaglianza.

Alla luce di queste considerazioni, la sanità può essere considerata il principale banco di prova del regionalismo italiano: un ambito in cui si intrecciano esigenze di efficienza, sostenibilità finanziaria ed equità territoriale, e in cui risultano particolarmente evidenti le potenzialità e i limiti del federalismo fiscale. In questo contesto, il settore sanitario assume un ruolo particolarmente rilevante, in quanto rappresenta l'ambito in cui tali meccanismi trovano la loro applicazione più

¹² MEF – Ragioneria Generale dello Stato, cit.; evidenzia il peso prevalente della spesa sanitaria nei bilanci regionali

¹³ ISTAT, *Conti economici territoriali*; evidenzia i principali divari economici tra le regioni italiane

significativa e in cui emergono con maggiore evidenza le tensioni tra autonomia, equità e sostenibilità finanziaria.

Capitolo 2 - Il finanziamento della sanità regionale: struttura, fonti e dinamiche della spesa

2.1 Evoluzione del finanziamento sanitario italiano

Il finanziamento del Servizio sanitario nazionale rappresenta uno degli aspetti fondamentali del sistema del welfare italiano, in quanto è strettamente legato alla tutela del diritto alla salute espresso e garantito dall'articolo 32 della Costituzione. Tra le principali voci di spesa pubblica infatti troviamo la sanità e in questo settore il regionalismo italiano ha trovato la sua applicazione più significativa. Per garantire il finanziamento del sistema viene istituito il Fondo sanitario nazionale (FSN), che rappresenta ancora oggi il principale strumento di finanziamento della sanità pubblica italiana.

Come già esplicitato nel capitolo precedente, l'evoluzione del finanziamento sanitario italiano deve essere letta all'interno delle più ampie trasformazioni economiche e sociali che hanno attraversato il Paese nel corso della sua storia a partire dalla nascita del SSN. Sin dal 1978 il sistema è stato concepito come universalistico, garantendo l'accesso a tutte le fasce di popolazione a prescindere dal reddito. A differenza del precedente sistema mutualistico, il SSN viene finanziato prevalentemente attraverso la fiscalità generale. Tale scelta consente di garantire l'universalità dell'accesso alle cure, ma rende il finanziamento sanitario strettamente dipendente dagli equilibri complessivi della finanza pubblica. Nel periodo compreso tra gli anni Sessanta e gli anni Ottanta la spesa sanitaria è quasi raddoppiata rispetto al PIL¹⁴. Tale fenomeno non fu esclusivo dello Stato italiano, ma bensì riguardò gran parte dei Paesi avanzati. Ciò lo si deve in primis allo sviluppo tecnologico in ambito medico, che permise di offrire cure più efficaci ma anche più costose, considerando i costi affrontati per l'ideazione e la costruzione di macchinari all'avanguardia.

Nel caso italiano ha contribuito alla crescita della spesa pubblica in materia sanitaria anche la tendenza da parte dell'amministrazione centrale di accomodare le richieste di eccesso di finanziamento da parte delle regioni. La linea introdotta nel 1978 infatti determinò una forte decentralizzazione della gestione sanitaria; tuttavia, il sistema continuava a basarsi prevalentemente su trasferimenti statali, mentre i vincoli predisposti nei confronti di coloro i quali erogavano il servizio erano molto deboli. Tale fenomeno prende il nome di "soft budget constraint"¹⁵,

¹⁴ OCPI, *Quanto spendiamo per la sanità?*, 2024.

¹⁵ Kornai J., *The Soft Budget Constraint*, Kyklos, 1986.

ossia la tendenza dello Stato a ripianare gli eventuali disavanzi regionali, andando a ridurre sistematicamente gli incentivi al contenimento della spesa pubblica. È importante ricordare che in quel periodo l'aumento del costo del lavoro e l'aumento della domanda (invecchiamento della popolazione) erano sì presenti, ma considerati meno rilevanti. Nella pratica il finanziamento sanitario era fondato sul criterio della cosiddetta spesa storica. Le risorse venivano attribuite alle regioni sulla base della spesa sostenuta negli anni precedenti. Sebbene tale meccanismo presentasse molteplici vantaggi in termini di mera semplicità amministrativa, allo stesso tempo mostrava numerosi limiti strutturali. Un sistema basato sulla spesa storica, difatti, tende a consolidare le inefficienze, premiando le amministrazioni con livelli di spesa più elevati e penalizzando quelle più efficienti.

Tale sistema cambiò radicalmente con l'avvento degli anni Novanta, dove subì una fase di profonda amministrazione. Ciò fu guidato dalla necessità di rispettare i parametri imposti dal Trattato di Maastricht del 1992: per garantire l'accesso dell'Italia all'interno dell'unione monetaria, era necessario e vincolante contenere la spesa pubblica. Nei fatti tra il 1992 e il 1997 la spesa sanitaria subì una netta flessione. Per persuadere le Regioni, il Governo disse che non avrebbe ripianato i disavanzi regionali. Parallelamente, il sistema sanitario italiano fu interessato da un'importante stagione di riforme che accompagnò il processo di contenimento della spesa e di rafforzamento della responsabilità finanziaria delle regioni. I principali interventi normativi degli anni Novanta introdussero l'aziendalizzazione delle strutture sanitarie, ampliarono l'autonomia regionale e consolidarono gli strumenti di programmazione e controllo della spesa sanitaria.

Dal 1997 e in particolare nei primi anni Duemila, la spesa sanitaria tornò a crescere in modo significativo. Tra il 2000 e il 2009 il finanziamento del Servizio sanitario nazionale passò da circa 66 miliardi di euro a circa 97 miliardi¹⁶, aumentando anche in rapporto al PIL. Questa fase fu caratterizzata da una significativa espansione della spesa sanitaria pubblica, favorita sia dalla crescita economica sia dal progressivo ampliamento della domanda di servizi sanitari. L'incremento della spesa sanitaria era inoltre collegato a importanti trasformazioni demografiche. L'invecchiamento della popolazione¹⁷, l'aumento dell'aspettativa di vita e la crescita delle patologie croniche determinarono infatti un aumento strutturale della

¹⁶ Ministero dell'Economia e delle Finanze, Ragioneria Generale dello Stato, *Monitoraggio della spesa sanitaria*.

¹⁷ ISTAT, *Rapporto Annuale 2024*.

domanda sanitaria. La crescita del numero di anziani comportò una maggiore richiesta di cure ospedaliere, assistenza territoriale e servizi sociosanitari.

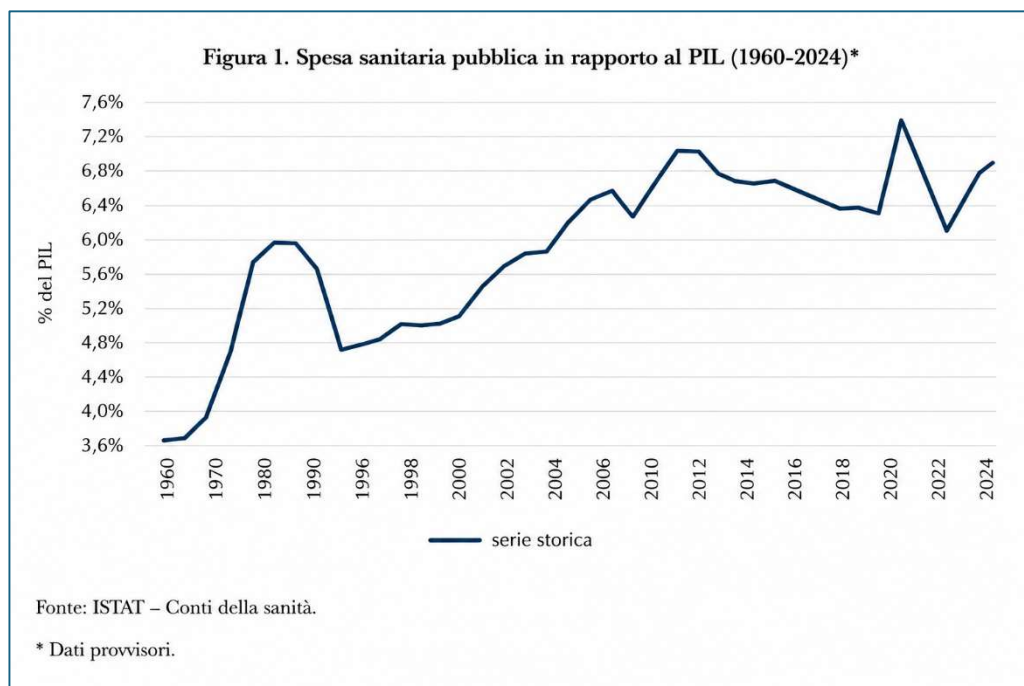
La crisi finanziaria del 2008 e la successiva crisi dei debiti sovrani europei determinarono una nuova fase di rallentamento della crescita della spesa sanitaria. A partire dal 2010, le esigenze di consolidamento della finanza pubblica portarono all'adozione di politiche di contenimento della spesa pubblica, con effetti significativi anche sul finanziamento sanitario. Tra il 2012 e il 2013 il finanziamento sanitario registrò addirittura una riduzione in termini nominali. Successivamente nella fase di uscita della crisi dei debiti sovrani, ovvero tra il 2015 e il 2019, il finanziamento continuò formalmente a crescere, ma con incrementi contenuti, pari a circa un miliardo di euro annuo, passando da 110 a 114 miliardi. Sebbene il progressivo aumento, la politica si traduce in rapporto al PIL in una riduzione del finanziamento in percentuale, passando da 6.6% a 6.4%. L'andamento del finanziamento sanitario nel periodo successivo alla crisi evidenzia come la sanità sia fortemente influenzata dalle dinamiche della finanza pubblica generale. Le politiche di austerità e le esigenze di contenimento del deficit hanno inciso significativamente sulla capacità del sistema sanitario di espandere i propri servizi, nonostante il fatto che il continuo invecchiamento della popolazione necessita di sempre più fondi.

L'emergenza pandemica da COVID-19¹⁸ ha rappresentato una fase eccezionale nella storia recente del finanziamento sanitario italiano. Alla vigilia della pandemia di Covid-19, il Governo Conte II, con la legge di bilancio del 2020, raddoppiò il finanziamento al SSN, portandolo da 1 a 2 miliardi in più. L'avvento del Covid ha portato però un incremento straordinario delle risorse pubbliche, necessario per fronteggiare l'emergenza sanitaria, rafforzare le strutture ospedaliere e incrementare il personale sanitario. Il rapporto tra spesa sanitaria pubblica e PIL ha raggiunto livelli particolarmente elevati, arrivando oltre il 7 per cento del PIL, che si tradusse in un aumento di circa 6 miliardi di euro. Conclusasi la fase emergenziale, il finanziamento sanitario ha progressivamente ripreso dinamiche più simili a quelle precedenti la pandemia¹⁹. Nonostante l'aumento nominale delle risorse stanziare, l'elevata inflazione degli ultimi anni ha ridotto significativamente la crescita reale della spesa sanitaria. Secondo le analisi dell'Osservatorio sui Conti Pubblici Italiani, la spesa sanitaria reale risulta oggi sostanzialmente vicina ai livelli precedenti la pandemia.

¹⁸ OCPI, *Il finanziamento del Servizio sanitario nazionale: passato, presente e prospettive*, 2024.

¹⁹ OCPI, *Quanto spendiamo per la sanità?*, 2024.

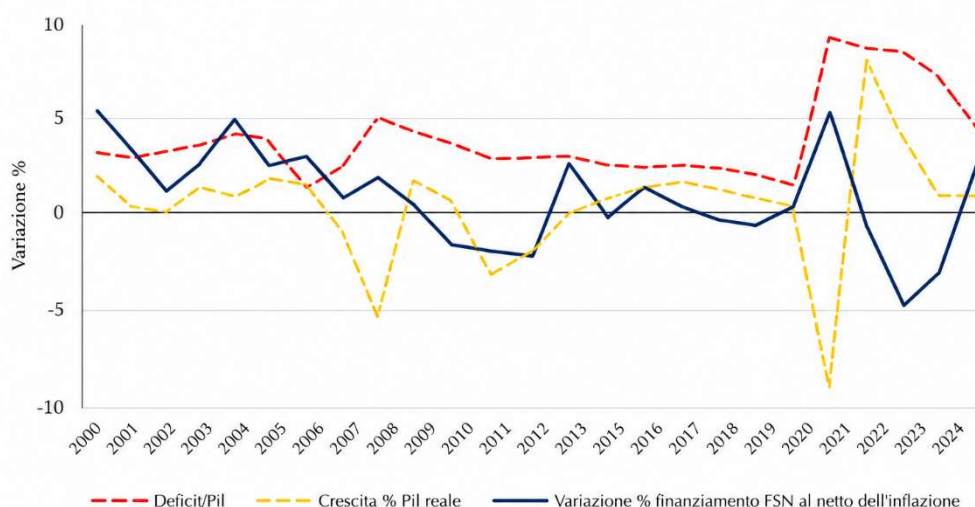
In questo contesto, il tema del finanziamento sanitario assume una rilevanza centrale non soltanto sotto il profilo economico, ma anche rispetto alla capacità delle regioni di garantire livelli adeguati di assistenza sanitaria. Proprio il rapporto tra finanziamento, gestione della spesa e responsabilizzazione regionale rappresenta uno degli elementi più significativi del regionalismo sanitario italiano. Inoltre, le trasformazioni demografiche che hanno caratterizzato l'Italia negli ultimi decenni hanno progressivamente modificato la composizione della domanda sanitaria, rendendo sempre più rilevante il tema della sostenibilità finanziaria del sistema, soprattutto nelle regioni caratterizzate da una popolazione mediamente più anziana.



20

²⁰ Come evidenziato dal grafico, la crescita della spesa sanitaria rispetto al PIL appare particolarmente intensa tra gli anni Settanta e i primi anni Ottanta, in coincidenza con l'espansione del welfare pubblico e con l'istituzione del Servizio sanitario nazionale. Successivamente, il rapporto mostra una fase di contenimento durante gli anni Novanta, legata alle politiche di consolidamento fiscale adottate in vista dell'ingresso dell'Italia nell'Unione monetaria europea.

Figura 2. Variazione reale del finanziamento del Fondo sanitario nazionale (2000-2024)*



Fonte: elaborazioni OCPI su dati RGS e ISTAT.

* Per il 2024, stime OCPI.

21

2.2 Finanziamento e spesa sanitaria: il problema dei disavanzi regionali

Nel sistema sanitario italiano il rapporto tra finanziamento sanitario e spesa sanitaria assume un ruolo centrale per comprendere il funzionamento del regionalismo sanitario e le principali criticità emerse nel corso degli ultimi decenni. Con finanziamento sanitario intendiamo l'insieme di tutte le risorse attribuite annualmente al SSN, mentre con spesa sanitaria le risorse effettivamente utilizzate dalle regioni per garantire l'erogazione dei servizi sanitari e dei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA). Con l'evoluzione dell'autonomia regionale, le regioni hanno assunto sempre un ruolo di gestione rilevante della sanità, diventando sostanzialmente responsabili sia dell'organizzazione dei servizi, ma anche e soprattutto dell'equilibrio economico-finanziario dei rispettivi sistemi regionali. Come già spiegato nel paragrafo precedente, nel corso degli anni Ottanta e Novanta si mostravano criticità sotto il profilo sanitario, a causa del meccanismo chiamato soft budget constraint. Tuttavia è a partire dal 2000 che il tema dei

²¹ Il grafico mette in relazione tre variabili macroeconomiche: il rapporto deficit/PIL, la crescita reale del PIL e la variazione reale del finanziamento del Fondo sanitario nazionale al netto dell'inflazione nel periodo 2000-2024. Dall'analisi emerge come le fasi di rallentamento economico e di aumento del deficit pubblico abbiano inciso significativamente sulla dinamica del finanziamento sanitario. In particolare, dopo la crisi del 2008 e durante la fase di consolidamento fiscale successiva alla crisi dei debiti sovrani, la crescita reale del finanziamento del SSN si riduce sensibilmente. Al contrario, durante la pandemia da COVID-19 si registra un forte incremento del finanziamento sanitario, accompagnato da un significativo aumento del deficit pubblico e da una contrazione del PIL reale. Fonte: elaborazioni OCPI su dati Ragioneria Generale dello Stato e ISTAT.

disavanzi regionali è diventato centrale nel dibattito pubblico sul finanziamento della sanità italiana.

A partire dai primi anni Duemila, infatti, il progressivo aumento della spesa sanitaria regionale contribuì in maniera significativa al peggioramento degli equilibri della finanza pubblica italiana. Le difficoltà risultavano particolarmente evidenti in alcune regioni del Centro-Sud, caratterizzate da deficit sanitari persistenti e da maggiori criticità amministrative e organizzative. Nel 2006 il disavanzo sanitario complessivo raggiunse circa 6 miliardi di euro, rappresentando uno dei punti più critici nella storia recente del Servizio sanitario nazionale. Le regioni maggiormente coinvolte da situazioni di squilibrio finanziario furono Lazio, Campania, Calabria, Molise e Abruzzo, ma anche alcune regioni del Centro-Nord registrarono difficoltà crescenti nel mantenimento dell'equilibrio sanitario. In questo contesto emerse con forza la necessità di rafforzare la responsabilizzazione finanziaria regionale e di introdurre strumenti più rigorosi di controllo della spesa sanitaria.

Per affrontare tali criticità vennero introdotti, a partire dal 2005, i cosiddetti Piani di Rientro sanitari (PdR)²², strumenti finalizzati al riequilibrio dei bilanci sanitari regionali e al contenimento dei disavanzi. I disavanzi sanitari non derivano esclusivamente da un'insufficienza delle risorse assegnate alle regioni, ma possono essere determinati anche da inefficienze organizzative, difficoltà di programmazione e controllo della spesa o da una domanda di servizi sanitari superiore rispetto a quella prevista in sede di finanziamento. Per questo motivo il deficit sanitario rappresenta un indicatore non soltanto finanziario, ma anche della capacità amministrativa e gestionale dei sistemi sanitari regionali.²³ I Piani di Rientro rappresentano accordi tra Stato e regioni caratterizzate da deficit sanitari persistenti, attraverso i quali le amministrazioni regionali si impegnano ad adottare specifiche misure di risanamento finanziario. L'obiettivo dei PdR consisteva soprattutto nella razionalizzazione della spesa sanitaria e nel miglioramento dell'efficacia amministrativa: il contenimento dei costi avrebbe dovuto accompagnarsi alla capacità di garantire livelli adeguati di assistenza sanitaria e il rispetto dei LEA. Tra le principali misure introdotte attraverso i PdR si possono individuare:

- Riduzione dei posti letto ospedalieri
- Razionalizzazione della rete ospedaliera

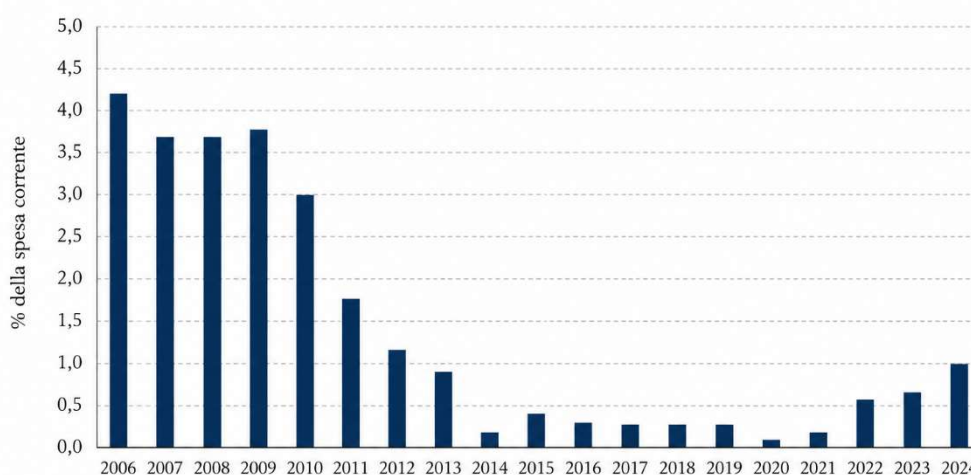
²² Ministero della Salute, *I Piani di Rientro dai disavanzi sanitari regionali*, Roma, aggiornamento 2024.

²³ Ragioneria Generale dello Stato, *Monitoraggio della spesa sanitaria. Rapporto n. 11*, Roma, 2024.

- Blocco del turnover del personale sanitario
- Controllo della spesa farmaceutica
- Incremento della fiscalità regionale
- Rafforzamento dei controlli amministrativi e contabili

Nei casi più critici, lo Stato poteva intervenire attraverso il commissariamento²⁴ della sanità regionale, limitando significativamente l'autonomia della regione interessata. Questo aspetto evidenzia una delle principali tensioni del regionalismo sanitario italiano: da un lato il rafforzamento dell'autonomia regionale, dall'altro la necessità di garantire il coordinamento della finanza pubblica nazionale. Dal punto di vista strettamente finanziario, i Piani di Rientro hanno prodotto risultati significativi. Secondo le elaborazioni dell'Osservatorio sui Conti Pubblici Italiani, tra il 2009 e il 2019 i disavanzi sanitari regionali si sono progressivamente ridotti, stabilizzandosi sotto i 500 milioni di euro annui nel periodo immediatamente precedente alla pandemia.

Figura 3. Evoluzione dei disavanzi sanitari regionali (2006-2024)*
(% della spesa corrente)



Fonte: elaborazione dell'autore su dati OCPI e Ragioneria Generale dello Stato.

* Per il 2024 dato provvisorio.

25

La pandemia da COVID-19 ha tuttavia modificato nuovamente il quadro finanziario del sistema sanitario italiano. A partire dal 2020, l'incremento dei costi

²⁴ Corte dei Conti, *Rapporto sul coordinamento della finanza pubblica 2024*, Roma, 2024.

²⁵ Come evidenziato dal grafico, i disavanzi sanitari regionali mostrano una forte crescita nei primi anni Duemila, raggiungendo il punto massimo nel 2006. Successivamente, l'introduzione dei Piani di Rientro ha contribuito a una progressiva riduzione degli squilibri finanziari regionali, almeno fino alla fase precedente alla pandemia.

sanitari, la necessità di rafforzare le strutture ospedaliere e l'aumento della domanda sanitaria hanno determinato una nuova crescita dei disavanzi regionali. In questa fase, anche regioni tradizionalmente considerate virtuose hanno registrato un peggioramento dei propri saldi sanitari. Questo elemento appare particolarmente significativo perché evidenzia come le criticità finanziarie del sistema sanitario non riguardino esclusivamente le regioni storicamente meno efficienti, ma rappresentino ormai un problema strutturale legato all'aumento dei costi sanitari, all'invecchiamento della popolazione e alla crescente pressione sui servizi sanitari regionali.

Un ulteriore aspetto rilevante riguarda il rapporto tra equilibrio finanziario e qualità dei servizi sanitari. La riduzione dei disavanzi, infatti, non implica necessariamente un miglioramento delle performance sanitarie regionali. Per valutare l'effettiva capacità delle regioni di garantire adeguati livelli di assistenza è necessario considerare anche l'andamento dei LEA. Le analisi dell'OCPI mostrano infatti risultati differenziati tra le regioni sottoposte a Piano di Rientro. In alcuni casi, come Lazio e Campania, il miglioramento degli equilibri finanziari è stato accompagnato anche da un miglioramento degli indicatori LEA. In altri casi, invece, il contenimento della spesa non si è tradotto in un effettivo miglioramento della qualità dei servizi sanitari erogati.

In questo quadro, il caso della Liguria appare particolarmente interessante sia per le caratteristiche demografiche della popolazione regionale sia per le recenti criticità emerse sul piano finanziario e assistenziale. Secondo gli indicatori del Nuovo Sistema di Garanzia, la regione risultava adempiente rispetto ai LEA nel 2017, mentre nel 2023 è diventata inadempiente, registrando contemporaneamente un peggioramento degli indicatori finanziari regionali.

Questo dato risulta particolarmente significativo perché suggerisce come l'aumento della spesa sanitaria o dei disavanzi non si traduca automaticamente in un miglioramento delle prestazioni offerte ai cittadini. La sostenibilità del sistema sanitario dipende infatti non soltanto dall'ammontare delle risorse disponibili, ma anche dalla capacità delle regioni di programmare, organizzare ed utilizzare in maniera efficiente tali risorse.

Sebbene i Piani di Rientro abbiano contribuito a ridurre molti dei disavanzi accumulati negli anni precedenti, persistono ancora significative differenze territoriali nella capacità delle regioni di garantire servizi sanitari efficienti e livelli adeguati di assistenza. Tali differenze emergono in particolare nei meccanismi di allocazione delle risorse e nei fenomeni di mobilità sanitaria, che saranno analizzati nel paragrafo successivo.

Figura 4. Disavanzi regionali e adempimento dei LEA: confronto 2017-2023
(% della spesa corrente)

Regione	Disavanzo 2017 (% della spesa corrente)	Disavanzo 2023 (% della spesa corrente)	LEA 2017	LEA 2023
Abruzzo	1,75	3,33	Adempiente	Inadempiente
Basilicata	-0,43	3,94	Inadempiente	Inadempiente
Calabria	2,96	2,03	Inadempiente	Inadempiente
Campania	-0,13	-0,06	Inadempiente	Adempiente
Emilia-Romagna	0,00	0,00	Adempiente	Adempiente
Lazio	0,43	-0,28	Inadempiente	Adempiente
Liguria	1,76	1,96	Adempiente	Inadempiente
Lombardia	-0,03	-0,03	Adempiente	Adempiente
Marche	-0,03	-0,02	Adempiente	Adempiente
Molise	5,31	5,71	Inadempiente	Inadempiente
Piemonte	-0,03	1,18	Adempiente	Adempiente
Puglia	-0,05	0,85	Adempiente	Adempiente
Toscana	1,29	2,12	Adempiente	Adempiente
Umbria	-0,17	0,22	Adempiente	Adempiente
Veneto	-0,58	-0,03	Adempiente	Adempiente

Fonte: elaborazioni OCPI su dati Ragioneria Generale dello Stato e Ministero della Salute.
Nota: i valori positivi indicano disavanzi, quelli negativi avanzi.

26

2.3 Riparto delle risorse sanitarie, criteri allocativi e squilibri territoriali

Il sistema di riparto del Fondo sanitario nazionale²⁷ rappresenta uno degli elementi più complessi e delicati del finanziamento sanitario italiano. La distribuzione delle risorse tra le regioni incide infatti direttamente sulla capacità dei sistemi sanitari regionali di garantire livelli adeguati di assistenza sanitaria, equilibrio finanziario e tutela uniforme del diritto alla salute.

Con il progressivo aumento delle differenze territoriali e dell'evoluzione demografica della popolazione italiana si sono evidenziati i limiti di un sistema di allocazione fondato prevalentemente sulla popolazione residente. Difatti, il criterio pro-capite non risulta più sufficiente a rappresentare la complessità dei bisogni sanitari presenti nei diversi territori regionali, poiché tale criterio non tiene opportunamente conto delle differenze legate all'età media, alla diffusione delle patologie croniche, alle condizioni socioeconomiche e alle caratteristiche territoriali della popolazione. Per questo motivo sono stati introdotti ulteriori criteri

²⁶ Le persistenti differenze territoriali nella capacità di garantire equilibrio finanziario e qualità dei servizi sanitari rappresentano ancora oggi uno degli aspetti più critici del regionalismo sanitario italiano. In questo contesto, il caso della Liguria assume particolare rilevanza sia per le caratteristiche demografiche della popolazione regionale sia per il recente peggioramento degli indicatori finanziari e assistenziali. Proprio l'analisi delle criticità del sistema sanitario ligure costituirà il punto centrale del capitolo successivo.

²⁷ Camera dei Deputati, *La composizione dei finanziamenti del fabbisogno sanitario nazionale*, 2024.

di ponderazione, come la quota capitaria pesata²⁸, che attribuisce maggiore rilevanza alle regioni caratterizzate da popolazioni mediamente più anziane, considerando il maggiore consumo di prestazioni sanitarie associato all'invecchiamento della popolazione.

Secondo il Focus tematico dell'Ufficio Parlamentare di Bilancio del 2024, già prima della riforma introdotta nel 2023 il sistema prevedeva una ponderazione della quota capitaria sulla base dei consumi sanitari per fasce d'età, soprattutto per quanto riguarda l'assistenza specialistica e ospedaliera²⁹. L'andamento dei consumi sanitari mostra, infatti, un progressivo incremento con l'avanzare dell'età, in particolare oltre i 65 anni, a causa della maggiore incidenza di patologie croniche e della crescente necessità di assistenza sanitaria e sociosanitaria.

La ponderazione per età produce effetti redistributivi particolarmente rilevanti. Le regioni caratterizzate da una maggiore presenza di popolazione anziana beneficiano infatti di una quota più elevata di finanziamento sanitario rispetto a quella derivante dal semplice criterio della popolazione residente. Tra le regioni maggiormente favorite da questo meccanismo rientra la Liguria, che secondo le elaborazioni dell'Ufficio Parlamentare di Bilancio ottiene un incremento di circa 119 milioni di euro³⁰ rispetto a una distribuzione basata esclusivamente sulla quota capitaria semplice. Questo dato appare particolarmente significativo poiché evidenzia il forte legame esistente tra struttura demografica della popolazione e fabbisogno sanitario regionale. L'invecchiamento della popolazione rappresenta infatti uno dei principali fattori di pressione sulla sostenibilità del sistema sanitario, determinando un aumento della domanda di prestazioni ospedaliere, assistenza territoriale e gestione delle patologie croniche.

Proprio per cercare di rappresentare in maniera più accurata tali bisogni, nel 2023 sono stati introdotti nuovi criteri di riparto del fabbisogno sanitario nazionale. Oltre alla ponderazione per età, il nuovo sistema considera infatti anche indicatori legati alla mortalità e ad alcune condizioni socioeconomiche della popolazione. L'obiettivo della riforma consiste nel rendere il sistema di allocazione delle risorse maggiormente coerente con le effettive esigenze sanitarie dei territori, superando almeno parzialmente i limiti dei precedenti criteri di distribuzione. Nonostante tali

²⁸ Ufficio Parlamentare di Bilancio, *I nuovi criteri di riparto del fabbisogno sanitario nazionale standard*, Focus tematico n. 3, 2024.

²⁹ Conferenza Stato-Regioni, Intesa Rep. Atti n. 262/CSR del 9 novembre 2023.

³⁰ Ufficio Parlamentare di Bilancio, *I nuovi criteri di riparto del fabbisogno sanitario nazionale standard*, Focus tematico n. 3, 2024.

correttivi, il sistema sanitario italiano continua a presentare rilevanti squilibri territoriali sia sul piano finanziario sia rispetto alla qualità dei servizi sanitari erogati.

Le differenze territoriali emergono in maniera particolarmente evidente nel fenomeno della mobilità sanitaria interregionale, che rappresenta uno degli indicatori più significativi delle disuguaglianze esistenti tra i sistemi sanitari regionali. Secondo il Rapporto AGENAS 2024³¹ sulla mobilità sanitaria, nel 2023 circa l'8,69% dei ricoveri ospedalieri è avvenuto in una regione diversa da quella di residenza del paziente. I flussi di mobilità sanitaria mostrano un andamento territoriale fortemente squilibrato: le regioni del Centro-Nord presentano generalmente una maggiore capacità attrattiva, mentre molte regioni del Mezzogiorno registrano elevati livelli di mobilità passiva. La mobilità sanitaria produce effetti rilevanti non soltanto sotto il profilo assistenziale, ma anche sul piano economico-finanziario. Le regioni che attraggono pazienti da altri territori beneficiano infatti di maggiori risorse economiche, mentre quelle caratterizzate da elevata mobilità passiva subiscono ulteriori pressioni finanziarie e organizzative. La mobilità sanitaria tende quindi ad alimentare un effetto cumulativo sulle disuguaglianze territoriali, rafforzando il divario tra sistemi sanitari regionali maggiormente efficienti e territori caratterizzati da maggiori criticità strutturali.

Il fenomeno della mobilità sanitaria evidenzia inoltre come il principio di uguaglianza nell'accesso alle cure risulti ancora oggi soltanto parzialmente realizzato. Sebbene il Servizio sanitario nazionale mantenga formalmente un carattere universalistico, persistono significative differenze territoriali nella capacità delle regioni di garantire prestazioni sanitarie efficienti e livelli adeguati di assistenza. Le criticità del sistema appaiono particolarmente rilevanti nelle regioni caratterizzate da forte invecchiamento della popolazione, dove l'aumento del fabbisogno assistenziale esercita una pressione crescente sul sistema sanitario regionale. In tali contesti, la capacità del sistema di finanziamento di adattarsi ai mutamenti demografici rappresenta uno degli aspetti più rilevanti per la sostenibilità futura del Servizio sanitario nazionale.

L'evoluzione dei criteri di riparto evidenzia il tentativo del legislatore di adattare il finanziamento sanitario ai cambiamenti demografici e ai diversi bisogni assistenziali delle regioni. Tuttavia, la persistenza di significative differenze territoriali dimostra come l'allocazione delle risorse rappresenti soltanto uno degli elementi necessari per garantire l'equità del sistema. La capacità organizzativa

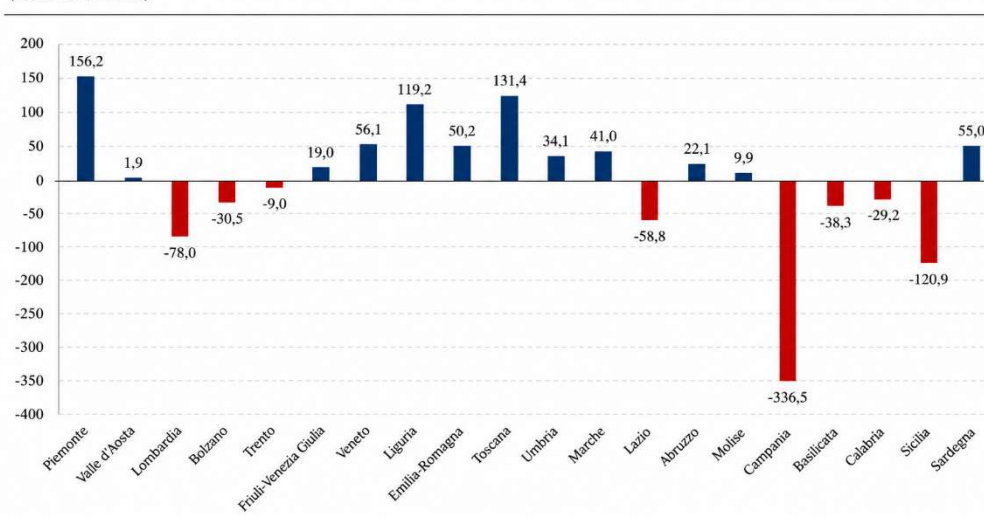
³¹ Agenas, *Rapporto sulla mobilità sanitaria interregionale 2024*, Roma, 2024.

delle regioni, la qualità dei servizi erogati e le caratteristiche demografiche della popolazione continuano infatti a influenzare in maniera significativa le performance dei sistemi sanitari regionali.

Le modalità di finanziamento del Servizio sanitario nazionale si confrontano oggi con sfide sempre più complesse, legate sia alla sostenibilità finanziaria sia ai profondi cambiamenti demografici che caratterizzano la popolazione italiana. Tali trasformazioni assumono particolare rilevanza nelle regioni caratterizzate da un elevato indice di invecchiamento, come la Liguria, che rappresenta un caso particolarmente significativo per analizzare gli effetti dell'evoluzione demografica sul finanziamento sanitario.

Figura 5. Effetti della revisione dei criteri di riparto del Fondo sanitario nazionale per alcune regioni italiane (2023)

(milioni di euro)



Fonte: elaborazioni su dati dell'Intesa Stato-Regioni del 9 novembre 2023 (Rep/atti 262/CSR) e dell'Istat.

32

³² Il grafico evidenzia gli effetti della ponderazione per età nella distribuzione del finanziamento sanitario tra le regioni italiane. Le regioni caratterizzate da una popolazione mediamente più anziana beneficiano di maggiori risorse rispetto a quelle ottenibili attraverso il semplice criterio della popolazione residente. Tra le regioni maggiormente favorite emerge la Liguria, che registra un incremento di circa 119 milioni di euro, a conferma del forte impatto dell'invecchiamento della popolazione sul fabbisogno sanitario regionale. Al contrario, regioni più giovani come Lombardia e Campania risultano penalizzate dal nuovo criterio di riparto. Il grafico mostra quindi come la struttura demografica rappresenti oggi uno degli elementi centrali nella distribuzione delle risorse sanitarie.

Figura 6. Effetti della revisione dei criteri di riparto del Fondo sanitario nazionale per alcune regioni italiane (2018-2023)

(milioni di euro)

Regione	2018	2019	2020	2021	2022	2023
LOMBARDIA	490,1Mln€	488,9Mln€	233,7Mln€	284,8Mln€	361,9Mln€	383,3Mln€
EMILIA-ROMAGNA	273,1Mln€	296,6Mln€	227,3Mln€	288,0Mln€	337,0Mln€	387,2Mln€
VENETO	80,2Mln€	93,4Mln€	97,3Mln€	101,8Mln€	108,0Mln€	115,4Mln€
CAMPANIA	-250,0Mln€	-243,2Mln€	-170,3Mln€	-184,6Mln€	-204,2Mln€	-211,3Mln€
CALABRIA	-188,7Mln€	-182,2Mln€	-128,6Mln€	-159,8Mln€	-178,6Mln€	-191,9Mln€
LIGURIA	-56,1Mln€	-58,9Mln€	-42,3Mln€	-59,8Mln€	-69,2Mln€	-73,5Mln€

Fonte: elaborazioni su dati dell'Intesa Stato-Regioni del 9 novembre 2023 (Rep/atti 262/CSR) e dell'Istat.

33

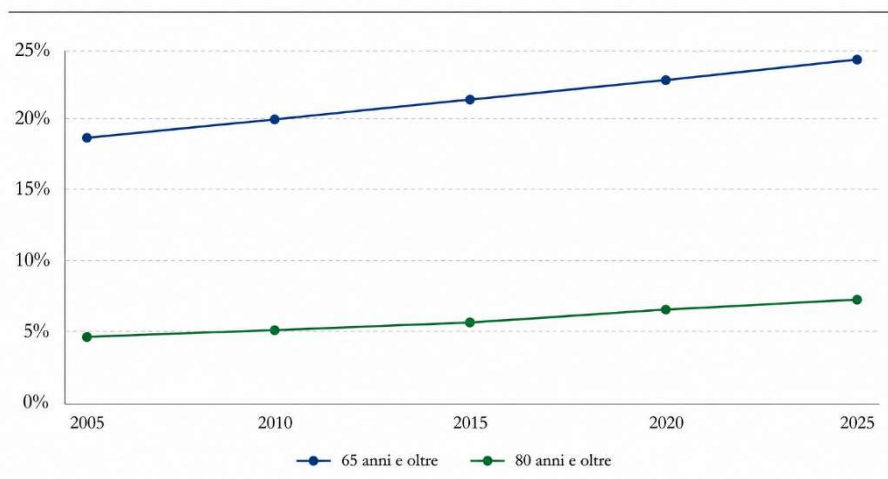
³³ Il grafico mostra il saldo economico della mobilità sanitaria interregionale tra il 2018 e il 2023. Le regioni del Centro-Nord, in particolare Lombardia, Emilia-Romagna e Veneto, presentano saldi positivi elevati, evidenziando una forte capacità attrattiva nei confronti dei pazienti provenienti da altre regioni. Al contrario, regioni del Mezzogiorno come Campania e Calabria registrano saldi negativi persistenti, segnale di una significativa mobilità passiva. Anche la Liguria presenta un saldo negativo crescente nel periodo considerato, passando da -56,1 milioni di euro nel 2018 a -73,5 milioni nel 2023. Il fenomeno della mobilità sanitaria evidenzia le persistenti differenze territoriali nella qualità e nell'efficienza dei sistemi sanitari regionali italiani, producendo inoltre rilevanti effetti economico-finanziari sui bilanci regionali.

Capitolo 3 - L'invecchiamento della popolazione e le sfide del finanziamento sanitario: il caso della Liguria

3.1 - L'invecchiamento della popolazione italiana e le implicazioni per il Servizio sanitario nazionale

L'Italia è oggi uno dei Paesi più anziani d'Europa e del mondo. Negli ultimi decenni il progressivo aumento della speranza di vita e la contemporanea diminuzione della natalità hanno determinato una profonda trasformazione della struttura demografica nazionale, modificandone il rapporto generazionale e incidendo in maniera crescente sui sistemi di welfare e di protezione sociale. In tale contesto, il Servizio sanitario nazionale si trova a confrontarsi con una domanda di assistenza sempre più complessa, caratterizzata dall'aumento delle patologie croniche, della non autosufficienza e dei bisogni sociosanitari della popolazione anziana. Secondo i dati ISTAT, al 1° gennaio 2025 la popolazione residente ammonta a 58,9 milioni di persone, confermando un processo di riduzione demografica ormai in atto da oltre un decennio. Nel 2024 si sono registrate circa 370 mila nascite a fronte di 651 mila decessi, dati che determinano un saldo negativo pari a 281 mila unità. Questa dinamica è il frutto di una persistente crisi della natalità, accompagnata da un progressivo aumento della longevità. Il tasso di fecondità è sceso infatti a 1,18 figli per donna, il valore più basso mai registrato nella storia italiana, mentre la speranza di vita alla nascita ha raggiunto 81,4 anni per gli uomini e 85,5 anni per le donne. Tutti questi fenomeni stanno determinando un rapido processo di invecchiamento della popolazione. Sempre al 1° gennaio 2025 le persone con almeno 65 anni rappresentavano il 24,7% della popolazione residente, mentre gli ultraottantenni hanno raggiunto i 4 milioni e 591 mila unità. Questi valori collocano l'Italia tra i Paesi europei con la più elevata incidenza di popolazione anziana.

Figura 7. Quota di popolazione di 65 anni e oltre e di 80 anni e oltre in Italia (2005-2025)
(quota percentuale della popolazione residente)



Fonte: elaborazione dell'autore su dati ISTAT.

34

Le prospettive future confermano e amplificano questa tendenza. Secondo le recenti previsioni dell'ISTAT, la popolazione italiana è destinata a diminuire progressivamente, passando dai circa 59 milioni attuali, a 58,6 milioni nel 2030 e a 54,8 milioni nel 2050. Parallelamente, la quota della popolazione con più di 65 anni potrebbe raggiungere il 34,5% entro il 2050, mentre quella degli ultraottantenni potrebbe più che raddoppiare, passando dal 7,6% al 16,3% della popolazione totale. Nello stesso periodo, invece, la popolazione giovane fino ai 14 anni potrebbe ridursi all'11,3%.

L'invecchiamento della popolazione non costituisce tuttavia soltanto un fenomeno demografico. Esso produce conseguenze dirette sul sistema sanitario, modificando la natura e l'intensità della domanda di cure. Le persone anziane presentano infatti una maggiore probabilità di sviluppare patologie croniche e condizioni di multimorbilità, richiedendo interventi sanitari continuativi e percorsi assistenziali più complessi rispetto alle generazioni più giovani. In una società che invecchia, il peso delle malattie croniche assume un ruolo centrale. Secondo i dati riportati dall'ISTAT, tra le persone con disabilità la presenza di almeno una patologia cronica riguarda l'88% dei soggetti, contro il 33% registrato nel resto della popolazione. Inoltre, la multimorbilità, ossia la presenza contemporanea di due o

³⁴ Il grafico evidenzia il progressivo aumento del peso della popolazione anziana in Italia negli ultimi vent'anni. La quota di residenti con almeno 65 anni è passata da circa il 19,5% nel 2005 al 24,7% nel 2025, mentre la popolazione ultraottantenne è aumentata dal 5,0% al 7,8% del totale. Tali dinamiche testimoniano il rapido processo di invecchiamento della popolazione italiana e le conseguenti implicazioni per la sostenibilità del Servizio sanitario nazionale.

più patologie croniche, interessa il 23,6% della popolazione con almeno 15 anni di età. La diffusione delle malattie croniche aumenta progressivamente con l'età e interessa in misura maggiore la popolazione femminile. L'aumento della cronicità comporta una trasformazione profonda della domanda sanitaria. Se nel passato il sistema sanitario era principalmente orientato alla gestione delle patologie acute, oggi emerge la necessità di garantire percorsi assistenziali continuativi, integrando servizi ospedalieri, territoriali e sociosanitari. L'obiettivo non è soltanto curare la malattia, ma accompagnare il paziente lungo l'intero percorso assistenziale, riducendo le complicanze e preservando il più possibile l'autonomia individuale.

L'invecchiamento della popolazione pone inoltre interrogativi rilevanti in termini di sostenibilità del Servizio sanitario nazionale. Sebbene la speranza di vita continui ad aumentare, non sempre tale miglioramento si accompagna a un analogo incremento degli anni vissuti in buona salute. L'ISTAT evidenzia infatti come la crescita della longevità sia accompagnata da una riduzione della speranza di vita in buona salute, soprattutto tra le donne e nelle aree più svantaggiate del Paese. A ciò si aggiungono le crescenti difficoltà di accesso alle prestazioni sanitarie. Nel 2024 quasi una persona su dieci ha dichiarato di aver rinunciato a visite specialistiche o esami diagnostici; il 6,8% per effetto delle lunghe liste di attesa e il 5,3% per ragioni economiche. Il dato risulta in aumento rispetto al periodo pre-pandemico e rappresenta un indicatore delle tensioni che interessano il sistema sanitario italiano.

Nel complesso, le trasformazioni demografiche in atto rendono evidente come l'invecchiamento della popolazione rappresenti una delle principali sfide per il futuro del Servizio sanitario nazionale. L'aumento della longevità costituisce certamente un importante risultato sociale, ma determina anche una crescita della domanda di cure, assistenza e prestazioni sociosanitarie che richiede adeguate risorse finanziarie e modelli organizzativi sempre più efficienti. Tali dinamiche assumono particolare rilevanza nelle regioni caratterizzate da livelli di invecchiamento superiori alla media nazionale. Tra queste, la Liguria rappresenta uno dei casi più significativi del panorama italiano, rendendola un contesto particolarmente interessante per analizzare gli effetti dell'invecchiamento sul finanziamento sanitario regionale.

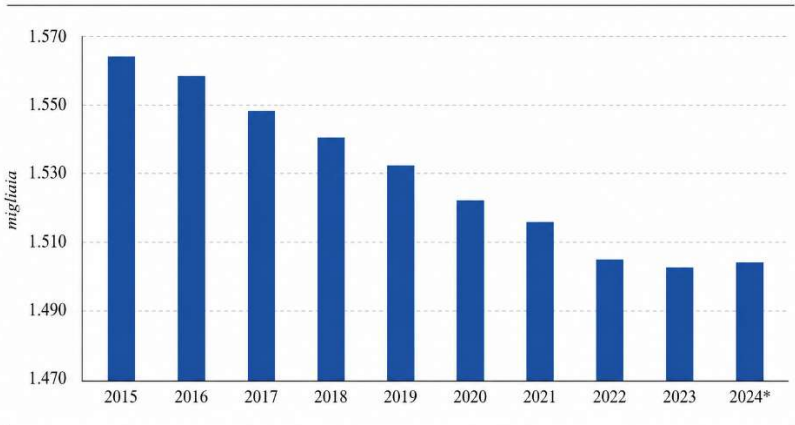
3.2 – Il quadro demografico della Liguria

Dopo aver analizzato le principali dinamiche dell'invecchiamento della popolazione italiana, è opportuno approfondire il caso della Liguria, regione che rappresenta uno dei contesti più significativi per comprendere le implicazioni demografiche sul finanziamento sanitario. Ciò che contraddistingue la Liguria dal

resto d'Italia è il fatto che la sua struttura della popolazione è particolarmente anziana. Ciò è il risultato di un lungo processo caratterizzato dalle combinazioni di più fattori, tra cui bassi livelli di natalità, elevata speranza di vita e progressiva diminuzione della popolazione residente. Il fenomeno è ulteriormente accentuato da flussi migratori in uscita, che interessano soprattutto la popolazione giovane e in età lavorativa. La ricerca di migliori opportunità occupazionali e formative in altre regioni italiane o all'estero contribuisce infatti a ridurre la presenza di fasce più giovani della popolazione, aggravando ancor di più gli squilibri demografici e aumentando il peso relativo degli anziani sul totale dei residenti.

Nel panorama europeo, Liguria rappresenta un caso particolarmente rilevante. Secondo recenti analisi, l'età mediana della popolazione regionale raggiunge i 52,3 anni, rendendola la regione più “matura” d'Europa. Tale dato evidenzia una struttura demografica profondamente diversa rispetto a quella osservabile nella maggior parte delle altre regioni italiane ed europee, caratterizzata da una forte incidenza delle classi d'età più avanzate.³⁵ L'invecchiamento della popolazione ligure non rappresenta un fenomeno recente, ma il risultato di una tendenza consolidata nel tempo. L'evoluzione della popolazione regionale nell'ultimo decennio evidenzia infatti una progressiva riduzione del numero di residenti, accompagnata da un costante aumento dell'età media della popolazione.

Figura 8. Popolazione residente totale - Liguria
(migliaia)



Fonte: Elaborazioni Liguria Ricerche su dati Istat - *valore anno 2024: dati stimati

36

³⁵ Gandullia L., Leporatti L., Montefiori M., *Spesa sanitaria e benessere regionale*, Liguria Ricerche, 2025.

³⁶ Come evidenziato dal grafico, tra il 2015 e il 2024 la popolazione residente in Liguria è diminuita progressivamente, passando da circa 1,58 milioni a poco più di 1,50 milioni di abitanti. Parallelamente, l'età media della popolazione è aumentata costantemente, confermando il consolidarsi del processo di invecchiamento demografico. Le proiezioni elaborate da Liguria

L'invecchiamento della popolazione ligure è inoltre strettamente connesso all'andamento della dinamica naturale e migratoria. Negli ultimi anni la regione ha registrato livelli di natalità particolarmente contenuti e tassi di mortalità superiori alla media nazionale, determinando un saldo naturale fortemente negativo. Nel 2023 il tasso di natalità si attestava a circa 5,5 nati ogni mille abitanti, mentre il tasso di mortalità raggiungeva i 14,2 decessi ogni mille abitanti. Tale squilibrio contribuisce in maniera significativa alla progressiva riduzione della popolazione residente e all'aumento del peso relativo delle fasce anziane. A compensare parzialmente questa dinamica interviene il saldo migratorio, che negli ultimi anni si è mantenuto positivo grazie sia ai movimenti provenienti da altre regioni italiane sia ai flussi dall'estero. Tuttavia, il contributo migratorio non risulta sufficiente a invertire il processo di invecchiamento della popolazione regionale. Inoltre, come già evidenziato, una parte dei flussi in uscita interessa la popolazione più giovane e in età lavorativa, con effetti che contribuiscono ad accentuare ulteriormente gli squilibri demografici. Le prospettive future confermano la natura strutturale di tali fenomeni. Secondo le proiezioni demografiche elaborate da Liguria Ricerche, la popolazione regionale è destinata a diminuire progressivamente anche nei prossimi decenni, passando dagli attuali 1,5 milioni di residenti a circa 1,39 milioni nel 2050 e a poco più di 1,26 milioni nel 2070. Parallelamente, è previsto un ulteriore incremento del peso relativo delle classi d'età più avanzate. Tali tendenze suggeriscono come le sfide poste dall'invecchiamento non rappresentino un fenomeno temporaneo, ma una trasformazione strutturale destinata a influenzare la programmazione sanitaria e sociosanitaria della regione nel lungo periodo.

La particolare struttura per età della popolazione emerge chiaramente osservando alcuni indicatori demografici fondamentali. La quota dei residenti con almeno 65 anni risulta significativamente superiore alla media nazionale, così come la presenza di ultraottantenni e l'indice di vecchiaia, l'indicatore che misura il rapporto tra popolazione anziana e popolazione giovane. Nel complesso, tali dati confermano come la Liguria rappresenti una delle regioni italiane maggiormente interessate dagli effetti dell'invecchiamento demografico.

Ricerche indicano inoltre che tale tendenza è destinata a proseguire nei prossimi decenni, con una riduzione della popolazione residente e un ulteriore incremento del peso relativo delle fasce anziane.

Figura 9. Principali indicatori demografici: confronto Liguria e Italia (2025)

Indicatore	Liguria	Italia
Popolazione residente	1.508.847	58,9 milioni
Età mediana	52,3 anni	48,2 anni
Popolazione over 65	29,0%	24,7%
Popolazione over 80	10,3%	7,8%

Fonte: elaborazione dell'autore su dati ISTAT, Rapporto Annuale 2025, Liguria Ricerche e Tuttitalia.

37

Le peculiarità demografiche della regione assumono particolare rilevanza se considerate insieme alle caratteristiche geografiche del territorio. La popolazione ligure risulta fortemente concentrata lungo la fascia costiera, dove si collocano i principali centri urbani e la maggior parte delle strutture sanitarie di maggiore complessità. Al contrario, l'entroterra è caratterizzato dalla presenza di numerosi piccoli comuni che, negli ultimi decenni, hanno registrato fenomeni di spopolamento e progressivo invecchiamento della popolazione. In molte aree interne la riduzione della popolazione in età lavorativa e l'emigrazione delle generazioni più giovani hanno determinato un progressivo aumento dell'età media dei residenti. Ne deriva una maggiore incidenza di persone anziane che vivono sole o che dispongono di reti familiari di supporto più limitate rispetto al passato. Tali dinamiche contribuiscono ad accrescere la fragilità sociale e sanitaria di questi territori, aumentando il fabbisogno di servizi assistenziali e sociosanitari.

Le caratteristiche geomorfologiche della Liguria influenzano inoltre direttamente l'accessibilità ai servizi sanitari. La conformazione del territorio, caratterizzato da vallate, aree montane e collegamenti non sempre agevoli, può rendere più

³⁷ I dati riportati nella Tabella confermano la peculiare struttura demografica della Liguria rispetto alla media nazionale. L'età mediana risulta superiore di oltre quattro anni rispetto al dato italiano e quasi tre residenti su dieci hanno almeno 65 anni. Particolarmente significativo appare il dato relativo alla popolazione ultraottantenne, che rappresenta il 10,3% dei residenti liguri contro il 7,8% registrato a livello nazionale. Ciò significa che oltre un abitante su dieci ha almeno 80 anni, evidenziando una concentrazione di popolazione molto anziana superiore alla media del Paese e destinata a incidere in maniera significativa sulla domanda di servizi sanitari, assistenziali e sociosanitari.

complesso il raggiungimento di ospedali, ambulatori specialistici e servizi diagnostici, soprattutto per la popolazione anziana. Questa situazione assume particolare rilevanza in presenza di patologie croniche e condizioni di non autosufficienza che richiedono controlli frequenti, continuità assistenziale e una costante interazione con il sistema sanitario. Le difficoltà di accesso ai servizi non rappresentano soltanto una questione territoriale, ma producono effetti anche sul piano organizzativo e finanziario. Garantire livelli uniformi di assistenza in territori caratterizzati da bassa densità abitativa e da una popolazione mediamente più anziana richiede infatti maggiori investimenti nell'assistenza territoriale, nei trasporti sanitari, nell'assistenza domiciliare e nei servizi di prossimità. Le peculiarità geografiche e demografiche della Liguria contribuiscono quindi ad accrescere il fabbisogno sanitario regionale e rafforzano la necessità di criteri di finanziamento capaci di tenere conto delle effettive condizioni dei territori.

Le caratteristiche demografiche e territoriali della Liguria assumono particolare importanza nel contesto del finanziamento sanitario. Una popolazione mediamente più anziana tende infatti a manifestare bisogni assistenziali superiori rispetto alla media nazionale, con una maggiore domanda di prestazioni sanitarie, assistenza territoriale e servizi sociosanitari. Per questo motivo l'età della popolazione costituisce uno dei principali elementi considerati nei meccanismi di riparto delle risorse del Servizio sanitario nazionale. La Liguria rappresenta dunque un caso di studio particolarmente interessante per analizzare il rapporto tra invecchiamento demografico e finanziamento sanitario. Le caratteristiche della popolazione regionale consentono infatti di osservare in maniera concreta come le trasformazioni demografiche possano influenzare la distribuzione delle risorse pubbliche e l'organizzazione dei servizi sanitari. Nel prossimo paragrafo verranno pertanto approfonditi gli effetti dell'invecchiamento sul finanziamento sanitario regionale e le implicazioni derivanti dai recenti cambiamenti nei criteri di riparto del Fondo sanitario nazionale.

3.3 – L'impatto dell'invecchiamento sul finanziamento sanitario regionale

L'invecchiamento della popolazione rappresenta uno dei principali fattori in grado di influenzare la domanda di servizi sanitari e, conseguentemente, il fabbisogno finanziario dei sistemi regionali di assistenza. Numerosi studi hanno evidenziato come l'età costituisca una delle variabili maggiormente correlate al consumo di prestazioni sanitarie. Con l'avanzare dell'età aumenta infatti la probabilità di sviluppare patologie croniche, condizioni di multimorbilità e situazioni di non autosufficienza che richiedono interventi assistenziali continuativi e un maggiore utilizzo delle risorse del sistema sanitario. Le persone anziane ricorrono con

maggior frequenza ai servizi ospedalieri, alle prestazioni specialistiche, all'assistenza farmaceutica e ai servizi sociosanitari territoriali. L'invecchiamento della popolazione non determina pertanto soltanto un incremento quantitativo della domanda sanitaria, ma comporta una trasformazione qualitativa dei bisogni assistenziali, richiedendo modelli organizzativi sempre più orientati alla gestione della cronicità, alla continuità delle cure e all'integrazione tra servizi sanitari e sociali.

Nel caso della Liguria tali dinamiche assumono una rilevanza particolare. Come illustrato nel paragrafo precedente, la regione presenta una delle popolazioni più anziane d'Europa, con una quota di residenti over 65 pari al 29% e una popolazione ultraottantenne superiore al 10% del totale. Tale struttura demografica genera inevitabilmente una domanda sanitaria più elevata rispetto a quella osservabile nelle regioni caratterizzate da una popolazione mediamente più giovane. La crescente attenzione verso il rapporto tra caratteristiche demografiche e fabbisogni sanitari ha progressivamente influenzato anche i criteri di distribuzione delle risorse del Servizio sanitario nazionale. Come illustrato nel Capitolo 2, il sistema di finanziamento sanitario ha conosciuto negli ultimi anni un processo di revisione volto a superare una logica esclusivamente basata sulla quota capitaria pesata per età, introducendo indicatori maggiormente rappresentativi dei bisogni effettivi delle popolazioni regionali.

Un passaggio particolarmente significativo è rappresentato dall'Intesa Stato-Regioni del 9 novembre 2023, che ha ridefinito i criteri di riparto del fabbisogno sanitario standard. La riforma ha introdotto nuovi indicatori in grado di cogliere non soltanto la struttura anagrafica della popolazione, ma anche ulteriori elementi connessi alle condizioni di salute, alla mortalità e alle caratteristiche socioeconomiche dei territori. L'obiettivo è quello di rendere il sistema di allocazione delle risorse maggiormente aderente ai reali bisogni assistenziali delle diverse regioni. Gli effetti della revisione dei criteri di riparto risultano particolarmente evidenti nel caso della Liguria. Secondo le simulazioni effettuate dall'Ufficio Parlamentare di Bilancio, l'applicazione del nuovo modello determina per la regione un incremento delle risorse pari a circa 119,2 milioni di euro rispetto al precedente sistema di allocazione. Si tratta di uno dei valori più elevati registrati a livello nazionale e rappresenta un riconoscimento del maggiore fabbisogno sanitario associato alla struttura demografica regionale.

Figura 10. Effetti della revisione dei criteri di riparto del Fondo sanitario nazionale per alcune regioni italiane (2023)

Regione	Effetto della riforma
Toscana	+131,4
Liguria	+119,2
Veneto	+56,1
Emilia-Romagna	+50,2
Lombardia	-78,0
Campania	-336,5

Fonte: elaborazione dell'autore su dati dell'Intesa Stato-Regioni del 9 novembre 2023.

38

L'analisi comparata mostra come le principali beneficiarie della riforma siano regioni caratterizzate da elevati livelli di invecchiamento della popolazione, tra cui Toscana, Liguria ed Emilia-Romagna. Al contrario, alcune regioni con una struttura demografica relativamente più giovane registrano effetti negativi rispetto al sistema precedente. Tale evidenza conferma il ruolo centrale della componente demografica nella determinazione dei fabbisogni sanitari regionali.

Nel caso ligure, il risultato assume un significato particolarmente rilevante. L'incremento delle risorse non deve essere interpretato come un semplice vantaggio finanziario, ma come il riconoscimento di esigenze assistenziali più elevate rispetto alla media nazionale. Una popolazione più anziana richiede infatti maggiori investimenti nella gestione delle patologie croniche, nell'assistenza domiciliare, nei servizi territoriali e nelle strutture dedicate alla non autosufficienza. Nel caso ligure, tali esigenze risultano ulteriormente accentuate dalle caratteristiche territoriali della regione. La presenza di numerosi comuni interni caratterizzati da elevati livelli di invecchiamento e da una minore

³⁸ La figura mostra gli effetti stimati della revisione dei criteri di riparto del Fondo sanitario nazionale introdotta dall'Intesa Stato-Regioni del 9 novembre 2023. Tra le regioni che registrano i maggiori incrementi figurano Toscana e Liguria, mentre Lombardia e Campania evidenziano una riduzione delle risorse rispetto al precedente sistema di allocazione. Il dato conferma l'importanza crescente attribuita ai fattori demografici e ai bisogni sanitari effettivi nella distribuzione delle risorse del Servizio sanitario nazionale

accessibilità ai servizi sanitari rende infatti particolarmente importante il finanziamento dell'assistenza territoriale, domiciliare e sociosanitaria.

L'esperienza della Liguria evidenzia come la semplice distribuzione delle risorse sulla base della popolazione residente possa risultare insufficiente a rappresentare i reali bisogni assistenziali dei territori. Regioni caratterizzate da una popolazione particolarmente anziana necessitano infatti di maggiori risorse per garantire livelli di assistenza comparabili a quelli delle regioni più giovani. In questo senso, la revisione dei criteri di riparto rappresenta un tentativo di rendere il finanziamento sanitario maggiormente coerente con le trasformazioni demografiche che interessano il Paese.

Il caso ligure mostra, inoltre, come l'invecchiamento della popolazione non costituisca soltanto una sfida sanitaria e sociale, ma rappresenti anche una questione di finanza pubblica. La capacità del sistema di finanziamento di adattarsi ai mutamenti demografici appare infatti fondamentale per garantire la sostenibilità del Servizio sanitario nazionale e la tutela del principio di equità nell'accesso alle cure. Il caso della Liguria dimostra come le trasformazioni demografiche siano ormai divenute una variabile centrale nella programmazione sanitaria e nella distribuzione delle risorse pubbliche. L'invecchiamento della popolazione non rappresenta infatti un fenomeno marginale, ma un elemento destinato a influenzare in misura crescente il finanziamento e l'organizzazione dei sistemi sanitari regionali. Le principali strategie adottate dalla Regione Liguria per rispondere a tali sfide saranno approfondite nel paragrafo successivo.

3.4 Le risposte organizzative del sistema sanitario ligure alle sfide dell'invecchiamento

L'analisi svolta nei paragrafi precedenti ha evidenziato come l'invecchiamento della popolazione ligure produca effetti diretti sul fabbisogno sanitario regionale e sulla distribuzione delle risorse del Servizio sanitario nazionale. Tuttavia, il riconoscimento di maggiori risorse finanziarie non è sufficiente, da solo, a garantire la sostenibilità del sistema. In una regione caratterizzata da un'elevata presenza di anziani, da una quota significativa di ultraottantenni e da una domanda crescente di assistenza continuativa, diventa infatti decisiva anche la capacità organizzativa del sistema sanitario regionale. La questione centrale non riguarda quindi soltanto "quanto" finanziare il sistema, ma anche "come" organizzare l'offerta sanitaria e sociosanitaria. Una popolazione anziana richiede servizi più vicini al cittadino, continuità assistenziale, integrazione tra ospedale e territorio, sostegno alla non autosufficienza e una rete di strutture capace di rispondere a bisogni sanitari e sociali spesso intrecciati. In questo senso, il caso ligure consente

di osservare concretamente come una regione particolarmente esposta all'invecchiamento stia tentando di adattare la propria governance sanitaria e la propria rete di servizi.

Un primo elemento di rilievo riguarda la governance del sistema sanitario regionale. La Liguria aveva già avviato nel 2016 un processo di riorganizzazione attraverso l'istituzione di ALISA, l'Azienda Ligure Sanitaria della Regione Liguria, con funzioni di programmazione, coordinamento e supporto alle aziende sanitarie e ospedaliere regionali³⁹. L'obiettivo era quello di rafforzare il governo unitario del sistema e di favorire una maggiore integrazione tra i diversi soggetti del Servizio sanitario regionale. Nel 2025 tale modello è stato oggetto di una nuova riforma, con la trasformazione di ALISA in "Liguria Salute"⁴⁰. La Legge regionale 29 maggio 2025, n. 7, ha infatti modificato la denominazione dell'Azienda Ligure Sanitaria e avviato un riordino della governance sanitaria regionale. La riforma si colloca in un percorso volto alla razionalizzazione amministrativa, al miglioramento dell'efficacia e dell'efficienza dell'azione pubblica e al rafforzamento del supporto tecnico-amministrativo alle aziende del Servizio sanitario regionale.

La trasformazione da ALISA a Liguria Salute non deve essere letta soltanto come un cambiamento formale di denominazione. La Regione ha presentato la riforma come un superamento del precedente modello di azienda "holding" del sistema sanitario regionale, orientandosi verso un ente più snello e operativo, con funzioni tecnico-specialistiche a supporto dell'intero sistema. In questa prospettiva, Liguria Salute dovrebbe assumere un ruolo maggiormente orientato al supporto operativo, al controllo, alla vigilanza e al coordinamento tecnico delle aziende sociosanitarie liguri. Questo passaggio risulta rilevante ai fini della presente analisi perché una regione caratterizzata da bisogni sanitari crescenti non necessita soltanto di più risorse, ma anche di una struttura di governance capace di programmare in modo efficace l'utilizzo di tali risorse. In particolare, l'invecchiamento della popolazione richiede un coordinamento più stretto tra ospedali, servizi territoriali, assistenza domiciliare, strutture residenziali e soggetti privati accreditati. La sfida principale consiste quindi nel trasformare il finanziamento aggiuntivo in capacità effettiva di presa in carico dei pazienti, evitando che le risorse si disperdano in interventi frammentati o non sufficientemente integrati. La riforma della governance

³⁹ Regione Liguria, *Legge regionale 29 maggio 2025, n. 7. Disposizioni di adeguamento dell'ordinamento regionale*, 2025.

⁴⁰ Regione Liguria, *Riforma dell'Azienda Ligure Sanitaria (A.Li.Sa.) e trasformazione in Liguria Salute*, 2025.

sanitaria ligure può quindi essere interpretata come uno dei tentativi attraverso cui la Regione cerca di adattare il proprio sistema sanitario alle nuove esigenze demografiche. In questo quadro, il cambiamento istituzionale assume un significato più ampio: non riguarda soltanto l'organizzazione amministrativa, ma la capacità del sistema di affrontare una domanda sanitaria sempre più complessa, stabile nel tempo e fortemente legata alla cronicità e alla non autosufficienza.

Accanto alla riorganizzazione della governance, un secondo asse fondamentale riguarda il rafforzamento dell'assistenza territoriale. La progressiva crescita della popolazione anziana rende infatti sempre meno sostenibile un modello prevalentemente ospedalocentrico, fondato soprattutto sull'intervento acuto e sul ricovero. Una parte crescente della domanda sanitaria riguarda invece pazienti cronici, fragili o non autosufficienti, che necessitano di controlli periodici, assistenza domiciliare, monitoraggio continuo e integrazione tra servizi sanitari e sociali. In questo contesto si colloca il ruolo delle Case della Comunità, previste dal Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza e dal DM 77/2022⁴¹ come strutture territoriali destinate a rafforzare la medicina di prossimità. Le Case della Comunità sono concepite come luoghi nei quali devono operare in modo integrato medici di medicina generale, infermieri, specialisti e altri professionisti sanitari, con l'obiettivo di garantire una risposta più vicina ai bisogni dei cittadini e di ridurre il ricorso improprio agli ospedali. Per una regione come la Liguria, tali strutture assumono una rilevanza particolare⁴². La presenza di una popolazione anziana e la complessità morfologica del territorio rendono infatti essenziale avvicinare i servizi sanitari ai luoghi di vita dei cittadini. La fascia costiera concentra gran parte della popolazione e delle principali strutture ospedaliere, mentre l'entroterra è caratterizzato da piccoli comuni, collegamenti più difficili e una popolazione spesso più anziana. In questo contesto, la sanità territoriale può contribuire a ridurre le disuguaglianze di accesso e a garantire una maggiore continuità delle cure.

Secondo la Regione Liguria, all'inizio del 2026 la regione risultava al primo posto in Italia per avanzamento degli investimenti strutturali⁴³ destinati alle Case della Comunità, con il 66% dei lavori completati sul totale del budget assegnato. La Regione ha inoltre sottolineato come queste strutture non siano semplici

⁴¹ Ministero della Salute, *Decreto Ministeriale 23 maggio 2022, n. 77. Modelli e standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale nel Servizio sanitario nazionale*, 2022.

⁴² Regione Liguria, *Sanità più vicina: Case della Comunità e Ospedali di Comunità*, 2025.

⁴³ Regione Liguria, *Case della Comunità finanziate dal PNRR: Liguria prima per avanzamento dei lavori*, comunicato stampa, gennaio 2026.

poliambulatori, ma luoghi di cura nei quali dovrebbero operare équipe multiprofessionali, con l'obiettivo di seguire i pazienti nel tempo e rafforzare la presa in carico continuativa. Tuttavia, l'avanzamento infrastrutturale non coincide necessariamente con la piena operatività dei servizi. Secondo dati Agenas riferiti al primo semestre 2025, in Liguria soltanto 16 delle 33 Case della Comunità programmate risultavano dotate di almeno un servizio sanitario attivo⁴⁴. Questo dato evidenzia un aspetto cruciale: la realizzazione fisica delle strutture rappresenta soltanto una parte della riforma. Perché le Case della Comunità possano incidere realmente sulla gestione dell'invecchiamento, è necessario garantirne l'effettiva apertura, la presenza di personale sanitario e l'integrazione con medici di medicina generale, servizi sociali, assistenza domiciliare e rete ospedaliera.

Il punto centrale, quindi, non è solo costruire nuove strutture, ma trasformarle in nodi effettivi della rete assistenziale. In assenza di personale, servizi attivi e percorsi di presa in carico, il rischio è che le Case della Comunità rimangano infrastrutture formalmente realizzate ma incapaci di modificare concretamente l'esperienza di cura dei cittadini. Al contrario, se pienamente integrate nel sistema, esse possono rappresentare uno strumento importante per intercettare precocemente i bisogni degli anziani fragili, ridurre gli accessi impropri al pronto soccorso, migliorare la gestione delle cronicità e favorire la permanenza della persona al domicilio. Per questo motivo, il rafforzamento dell'assistenza territoriale costituisce una delle principali risposte organizzative alle sfide dell'invecchiamento. La sostenibilità del sistema sanitario ligure dipenderà in misura crescente dalla capacità di spostare il baricentro dell'assistenza dall'ospedale al territorio, senza indebolire la rete ospedaliera, ma riservandola maggiormente alle situazioni acute e ad alta complessità.

Un terzo elemento fondamentale riguarda la rete sociosanitaria residenziale e il ruolo degli operatori privati accreditati. L'aumento della popolazione anziana, e in particolare degli ultraottantenni, comporta una crescita dei bisogni legati alla non autosufficienza. Non tutti questi bisogni possono essere soddisfatti attraverso l'assistenza ospedaliera o l'assistenza domiciliare. In molti casi, soprattutto quando la fragilità è elevata o il supporto familiare è insufficiente, diventa necessario il ricorso a strutture residenziali dedicate.

⁴⁴ Agenas, *Monitoraggio delle Case della Comunità*, dati 2025, riportati da ANSA Liguria, 23 settembre 2025.

Le Residenze Sanitarie Assistenziali (RSA) rappresentano quindi un tassello essenziale del sistema sociosanitario ligure⁴⁵. Esse svolgono una funzione intermedia tra ospedale, domicilio e servizi sociali, garantendo assistenza continuativa a persone anziane non autosufficienti o con bisogni assistenziali complessi. In una regione come la Liguria, caratterizzata da una quota particolarmente elevata di popolazione anziana, il ruolo delle RSA assume un peso strategico non soltanto dal punto di vista sanitario, ma anche dal punto di vista finanziario e sociale. La stessa Regione Liguria ha riconosciuto la necessità di rivedere il sistema tariffario della residenzialità e semiresidenzialità sociosanitaria extraospedaliera. La DGR n. 640/2024 richiama diversi fattori di criticità⁴⁶: l'introduzione dei nuovi LEA, gli effetti della pandemia sulle strutture residenziali, la difficoltà nel reperimento di personale, l'aumento dei costi legati ai rinnovi contrattuali, la diversificazione dei bisogni assistenziali e la capacità di offerta ancora contenuta rispetto al fabbisogno presente sul territorio.

Il dato più rilevante, ai fini della presente analisi, riguarda proprio il rapporto tra offerta disponibile e fabbisogno. Dalla documentazione regionale emerge che l'offerta contrattualizzata con il Servizio sanitario regionale è pari a circa 5.630 posti letto, corrispondenti a circa il 63% del fabbisogno stimato⁴⁷. Questo dato consente di evidenziare una criticità strutturale: la domanda di assistenza residenziale per anziani risulta superiore alla capacità di offerta attualmente contrattualizzata. Tale squilibrio assume particolare rilievo nel caso ligure. Se la quota di popolazione anziana e ultraottantenne è superiore alla media nazionale, è ragionevole attendersi una pressione crescente sui servizi residenziali e semiresidenziali. Le RSA diventano quindi uno strumento necessario per garantire continuità assistenziale, ma allo stesso tempo rappresentano una voce di costo importante per il sistema pubblico e per le famiglie.

Un ulteriore aspetto riguarda infatti la compartecipazione economica dell'utente. La DGR n. 640/2024 stabilisce, per il target anziani, una quota di compartecipazione a carico dell'utente o della famiglia pari a 54,60 euro al giorno, fatte salve eventuali maggiorazioni motivate da servizi aggiuntivi e comunque entro determinati limiti⁴⁸. Su base mensile, tale importo equivale a oltre 1.600 euro,

⁴⁵ Regione Liguria, La rete dei servizi di promozione e protezione sociale e sociosanitaria per anziani, 2025.

⁴⁶ Regione Liguria, Deliberazione della Giunta Regionale n. 640 del 2024, *Aggiornamento delle tariffe della residenzialità e semiresidenzialità sociosanitaria extraospedaliera*.

⁴⁷ Regione Liguria, DGR n. 640/2024, Allegato tecnico, 2024.

⁴⁸ Regione Liguria, DGR n. 640/2024, Allegato A, 2024.

evidenziando il potenziale peso economico che la residenzialità può assumere per le famiglie. Questo elemento consente di collegare la sostenibilità sanitaria alla sostenibilità sociale. L'invecchiamento non genera soltanto maggiori costi per il Servizio sanitario regionale, ma può trasferire una parte significativa dell'onere assistenziale sulle famiglie, soprattutto nei casi di lunga permanenza in struttura. La questione della non autosufficienza diventa quindi un tema di finanza pubblica, ma anche di equità sociale e di protezione dei nuclei familiari.

In questo contesto, gli operatori privati accreditati assumono un ruolo fondamentale. Una parte significativa dell'offerta residenziale e sociosanitaria è infatti erogata da soggetti privati che operano in convenzione con il Servizio sanitario regionale⁴⁹. Il rapporto tra pubblico e privato accreditato non deve essere interpretato in termini puramente ideologici, ma come uno degli strumenti attraverso cui il sistema cerca di ampliare la capacità di risposta alla domanda assistenziale. Tuttavia, proprio perché tali soggetti svolgono una funzione pubblica attraverso risorse pubbliche, diventa essenziale garantire adeguati standard qualitativi, controllo dei costi, trasparenza nei rapporti contrattuali e tutela degli utenti. Il ruolo del privato accreditato non riguarda soltanto le RSA. Anche poliambulatori, centri diagnostici e altre strutture convenzionate contribuiscono all'erogazione di prestazioni sanitarie, integrandosi con l'offerta pubblica. In una regione con forte domanda di prestazioni specialistiche e assistenza continuativa, questa rete può contribuire a ridurre la pressione sulle strutture pubbliche e a contenere i tempi di attesa. Al tempo stesso, essa richiede un sistema di governo capace di orientare l'offerta in funzione dei bisogni effettivi della popolazione, evitando frammentazioni e disomogeneità territoriali. La questione delle RSA e degli operatori privati accreditati mostra quindi come l'invecchiamento della popolazione imponga una riflessione più ampia sul modello di welfare regionale. Non si tratta soltanto di finanziare più prestazioni sanitarie, ma di organizzare una rete integrata nella quale ospedale, territorio, domicilio, strutture residenziali e soggetti accreditati concorrano alla presa in carico della persona anziana.

L'analisi del caso ligure mostra come l'invecchiamento della popolazione ponga sfide complesse e multidimensionali. Il nuovo riparto del Fondo sanitario nazionale ha riconosciuto, almeno in parte, il maggiore fabbisogno della Liguria, attribuendo alla regione risorse aggiuntive rispetto al precedente sistema di allocazione⁵⁰. Tuttavia, la disponibilità di maggiori finanziamenti rappresenta

⁴⁹ POLISS – Regione Liguria, *Misure regionali per la non autosufficienza*, 2025.

⁵⁰ Ufficio Parlamentare di Bilancio, *I nuovi criteri di riparto del fabbisogno sanitario standard regionale*, Focus tematico, 2024.

soltanto una condizione necessaria, non sufficiente. La sostenibilità del sistema sanitario ligure dipenderà dalla capacità di trasformare le risorse in servizi effettivamente accessibili. In una regione caratterizzata da popolazione anziana, aree interne fragili e bisogni assistenziali complessi, diventa essenziale rafforzare la medicina territoriale, potenziare l'assistenza domiciliare, rendere operative le Case della Comunità e garantire una rete sociosanitaria capace di rispondere alla non autosufficienza.

Da questo punto di vista, la Liguria può essere considerata un laboratorio demografico⁵¹ per il resto del Paese. Molte delle dinamiche che oggi caratterizzano la regione, come l'elevata incidenza degli anziani, la crescita degli ultraottantenni, l'aumento della cronicità e la domanda di servizi residenziali, potrebbero interessare con maggiore intensità anche altre regioni italiane nei prossimi decenni. Studiare la Liguria significa quindi osservare in anticipo alcune delle sfide future del Servizio sanitario nazionale. La risposta a tali sfide non può essere affidata a un unico strumento. Il finanziamento resta fondamentale, ma deve essere accompagnato da una governance efficace, da una programmazione territoriale coerente, da investimenti nel personale sanitario e sociosanitario e da un'integrazione reale tra pubblico e privato accreditato. In assenza di questa capacità organizzativa, anche maggiori risorse rischiano di non tradursi in un miglioramento concreto dell'accesso alle cure. Il caso ligure conferma quindi la tesi centrale del presente lavoro: l'invecchiamento della popolazione non è soltanto un fenomeno demografico, ma un fattore che incide sul finanziamento, sull'organizzazione e sulla sostenibilità del sistema sanitario. La Liguria, proprio per le sue caratteristiche demografiche e territoriali, rappresenta un caso particolarmente significativo per comprendere come il Servizio sanitario nazionale dovrà adattarsi alle trasformazioni della società italiana.

⁵¹ Liguria Ricerche, *Osservatorio economico regionale 2024*, 2024.

Conclusioni

L'invecchiamento della popolazione viene spesso descritto come una delle principali sfide che il sistema sanitario italiano dovrà affrontare nei prossimi decenni. L'analisi svolta in questo lavoro mostra tuttavia come, almeno in alcune realtà territoriali, tale sfida non appartenga al futuro, ma sia già una condizione strutturale del presente. La Liguria rappresenta probabilmente il caso più emblematico in Italia. La combinazione tra bassa natalità, elevata speranza di vita, progressiva riduzione della popolazione residente e spopolamento di numerose aree interne ha prodotto una struttura demografica profondamente diversa rispetto a quella di gran parte delle altre regioni italiane. In questo contesto, l'invecchiamento non costituisce soltanto una variabile statistica, ma un fenomeno capace di influenzare concretamente la domanda di servizi sanitari, l'organizzazione dell'assistenza e le modalità di distribuzione delle risorse pubbliche.

L'analisi dei recenti cambiamenti nei criteri di riparto del Fondo sanitario nazionale evidenzia come il sistema abbia progressivamente riconosciuto la necessità di tenere maggiormente conto dei reali bisogni assistenziali delle popolazioni regionali. Gli effetti prodotti sulla Liguria dimostrano che una distribuzione delle risorse fondata esclusivamente sul numero dei residenti rischia di non cogliere le profonde differenze che caratterizzano i territori italiani. Una regione nella quale quasi un terzo della popolazione ha più di 65 anni presenta inevitabilmente esigenze diverse rispetto a territori caratterizzati da una struttura anagrafica più giovane. Tuttavia, il caso ligure mostra anche come il finanziamento rappresenti soltanto una parte della risposta. L'aumento delle risorse può contribuire a sostenere il sistema sanitario, ma non elimina automaticamente le criticità generate dall'invecchiamento. La crescente diffusione delle patologie croniche, l'aumento della non autosufficienza, le difficoltà di accesso ai servizi in alcune aree interne e la necessità di rafforzare l'assistenza territoriale richiedono infatti soluzioni organizzative che vanno oltre la semplice disponibilità di fondi.

Questo aspetto appare particolarmente rilevante se si considera che le tendenze demografiche osservate in Liguria non sembrano destinate ad attenuarsi nel breve periodo. Le proiezioni disponibili indicano infatti una progressiva diminuzione della popolazione residente e un ulteriore incremento del peso relativo delle fasce più anziane. Ciò significa che il sistema sanitario regionale sarà chiamato a confrontarsi con una domanda assistenziale crescente e sempre più complessa, in un contesto caratterizzato da risorse necessariamente limitate e da una popolazione attiva relativamente meno numerosa. In questo scenario assumono particolare importanza le strategie di adattamento avviate negli ultimi anni. La

riorganizzazione della governance sanitaria regionale, il rafforzamento della medicina territoriale, lo sviluppo delle Case della Comunità, il potenziamento dell'assistenza domiciliare e il ruolo svolto dalle strutture sociosanitarie rappresentano tentativi concreti di adeguare il sistema sanitario a una realtà profondamente mutata rispetto al passato. La sfida non consiste soltanto nel curare un numero maggiore di persone anziane, ma nel costruire modelli assistenziali capaci di garantire continuità delle cure, prossimità dei servizi e presa in carico delle condizioni croniche e della non autosufficienza.

L'analisi svolta evidenzia inoltre come il tema dell'invecchiamento non possa essere considerato esclusivamente una questione sanitaria. La crescente diffusione delle condizioni di fragilità coinvolge infatti anche le famiglie, i servizi sociali, gli enti locali e l'intero sistema di welfare. In molti casi, le problematiche legate alla salute si intrecciano con questioni di carattere sociale, economico e territoriale, rendendo sempre più necessario un approccio integrato tra politiche sanitarie e politiche sociali. La Liguria può quindi essere considerata un laboratorio anticipatore delle sfide che interesseranno progressivamente l'intero Paese. Molte delle problematiche che oggi caratterizzano la regione potrebbero infatti manifestarsi con crescente intensità anche in altre aree italiane. Per questo motivo, studiare il caso ligure non significa soltanto analizzare una specifica realtà regionale, ma osservare in anticipo alcune delle trasformazioni che il Servizio sanitario nazionale sarà chiamato ad affrontare nel corso dei prossimi decenni.

La sostenibilità futura del sistema sanitario non dipenderà esclusivamente dalla quantità di risorse disponibili, ma dalla capacità delle istituzioni di adattare modelli organizzativi e strumenti di finanziamento a una società sempre più anziana. In tale prospettiva, il tema dell'invecchiamento non deve essere considerato un problema settoriale della sanità, bensì una delle principali questioni di politica pubblica con cui l'Italia dovrà confrontarsi nel XXI secolo.

Bibliografia

Monografie e contributi scientifici

Atella V., Cincotti F., D'Angela D., Polistena B., Spandonaro F., *Il finanziamento e la spesa sanitaria in Italia*, CREA Sanità, Roma, 2025.

Kornai J., "The Soft Budget Constraint", *Kyklos*, vol. 39, n. 1, 1986, pp. 3-30.

Rapporti e documenti istituzionali

AGENAS, *La mobilità sanitaria interregionale. Secondo Rapporto – Edizione 2024*, Roma, 2024.

Camera dei Deputati – Servizio Studi, *La composizione dei finanziamenti del fabbisogno sanitario nazionale*, Roma, 2024.

Conferenza Stato-Regioni, *Intesa concernente il riparto del fabbisogno sanitario nazionale standard per l'anno 2023*, Rep. Atti n. 262/CSR del 9 novembre 2023.

Corte dei Conti, *Rapporto sul coordinamento della finanza pubblica 2023*, Roma, 2023.

Corte dei Conti, *Rapporto sul coordinamento della finanza pubblica 2024*, Roma, 2024.

ISTAT, *Indicatori demografici. Anno 2024*, Roma, 2025.

ISTAT, *Rapporto Annuale 2024. La situazione del Paese*, Roma, 2024.

ISTAT, *Previsioni della popolazione residente e delle famiglie 2023-2050*, Roma.

Liguria Ricerche, *Osservatorio Economia. Report 2024*, Genova, 2024.

Ministero dell'Economia e delle Finanze – Ragioneria Generale dello Stato, *Monitoraggio della spesa sanitaria. Rapporto n. 11*, Roma, 2024.

Ministero dell'Economia e delle Finanze – Ragioneria Generale dello Stato, *La spesa delle amministrazioni pubbliche*, Roma.

Ministero della Salute, *I Piani di Rientro dai disavanzi sanitari regionali*, aggiornamento 2024.

Ufficio Parlamentare di Bilancio, *I nuovi criteri di riparto del fabbisogno sanitario nazionale standard*, Focus Tematico n. 3, Roma, 2024.

Ufficio Parlamentare di Bilancio, *Il riparto del fabbisogno sanitario nazionale tra nuovi criteri e attuazioni incompiute*, Roma, 2024.

Ufficio Parlamentare di Bilancio, *Il PNRR e la riorganizzazione del Servizio sanitario nazionale*, Roma, 2025.

Sitografia

AGENAS, www.agenas.gov.it

ALiSa – Azienda Ligure Sanitaria, www.alisa.liguria.it

ISTAT, www.istat.it

Liguria Ricerche, www.liguriaricerche.it

Osservatorio sui Conti Pubblici Italiani (OCPI), www.osservatoriocpi.unicatt.it

POLISS – Regione Liguria, www.poliss.regione.liguria.it

Regione Liguria, www.regione.liguria.it

Ufficio Parlamentare di Bilancio, www.upbilancio.it

Tuttitalia, www.tuttitalia.it

Normativa

Costituzione della Repubblica Italiana.

Legge 16 maggio 1970, n. 281, *Provvedimenti finanziari per l'attuazione delle Regioni a statuto ordinario*.

Legge 23 dicembre 1978, n. 833, *Istituzione del Servizio sanitario nazionale*.

Legge 15 marzo 1997, n. 59, *Delega al Governo per il conferimento di funzioni e compiti alle Regioni ed enti locali*.

Decreto Legislativo 31 marzo 1998, n. 112, *Conferimento di funzioni e compiti amministrativi dello Stato alle Regioni ed agli enti locali*.

Decreto Legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, *Riordino della disciplina in materia sanitaria*.

Decreto Legislativo 7 dicembre 1993, n. 517, *Modificazioni al D.Lgs. 502/1992*.

Decreto Legislativo 19 giugno 1999, n. 229, *Norme per la razionalizzazione del Servizio sanitario nazionale*.

Legge costituzionale 18 ottobre 2001, n. 3, *Modifiche al Titolo V della Parte seconda della Costituzione*.

Legge 5 maggio 2009, n. 42, *Delega al Governo in materia di federalismo fiscale*.

Decreto Legislativo 6 maggio 2011, n. 68, *Disposizioni in materia di autonomia di entrata delle Regioni e di determinazione dei costi e fabbisogni standard nel settore sanitario*.

D.P.C.M. 12 gennaio 2017, *Definizione e aggiornamento dei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA)*.

Decreto Ministeriale 23 maggio 2022, n. 77, *Modelli e standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale nel Servizio sanitario nazionale*.