

LA SPESA SANITARIA

38.

Nel DPFP la spesa sanitaria, come desumibile dal conto economico consolidato della sanità, viene stimata per il 2026 in 148,8 miliardi di euro, nell'ambito della spesa corrente primaria complessiva (Tavola 14).

Rispetto alla precedente stima contenuta nel DFP di aprile, l'ammontare della spesa sanitaria risulta lievemente rivisto al rialzo (+0,3 per cento, corrispondenti a 314 milioni di euro aggiuntivi). Complessivamente, la spesa risulta in aumento del 5,2 per cento rispetto al 2025.

Il dato relativo al 2025, pari a 141,5 miliardi di euro, risulta invece confermato rispetto al consuntivo indicato nel DFP. Il valore 2025 corrisponde al 15,15 per cento della spesa corrente primaria.

Anche le previsioni relative agli anni successivi al 2026 risultano lievemente superiori rispetto a quelle formulate nel DFP. Nel 2027 la spesa sanitaria è prevista in 151,7 miliardi di euro, con un incremento dell'1,9 per cento rispetto all'anno precedente e una revisione al rialzo di 446 milioni di euro rispetto alla precedente previsione. Nel 2028 essa raggiunge 155,6 miliardi, in aumento del 2,6 per cento rispetto al 2027 e di 588 milioni rispetto alla stima contenuta nel DFP di aprile. Nel 2029, infine, la spesa sanitaria è prevista in 160,0 miliardi, con una crescita del 2,8 per cento rispetto al 2028 e una revisione al rialzo di 592 milioni di euro rispetto alla precedente previsione. In rapporto alla spesa corrente primaria, la spesa sanitaria incide per il 15,4 per cento nel 2026, per poi scendere lievemente al 15,3 per cento nel 2027 e risalire al 15,5 per cento

¹⁰ In data 21 luglio 2026 è stata sottoscritta l'Ipotesi di CCNL del comparto Funzioni locali e il 29 luglio il CCNL del comparto Sanità: per entrambi è ancora in corso l'iter dei controlli per addivenire alla sottoscrizione definitiva. In data 16 luglio 2026 è stato siglato l'Accordo per il triennio 2025-2027 del Personale non dirigente del Comparto Sicurezza e Difesa.

nel 2028 e al 15,6 per cento nel 2029. Tale andamento riflette la dinamica sia della spesa sanitaria sia della spesa corrente primaria complessiva.

Quanto all'incidenza sul Pil, si evidenzia, invece, una parziale revisione rispetto al DFP di aprile, per effetto della nuova stima, in aumento, del Pil nominale. Se per il 2026 viene confermato il valore del 6,4 per cento, per il triennio successivo la nuova previsione scende al 6,3 per cento, contro il 6,4 per cento previsto dal DFP di aprile per ciascuno degli anni 2027-2029.

Se per il 2026 viene confermato il valore del 6,4 per cento, per il triennio successivo la nuova previsione scende al 6,3 per cento, contro il 6,4 per cento previsto dal DFP di aprile per ciascuno degli anni 2027-2029.

Pertanto, nel nuovo quadro tendenziale la spesa sanitaria, pur aumentando in valore assoluto da 148,8 miliardi nel 2026 a 160,0 miliardi nel 2029, presenta una lieve riduzione della propria incidenza sul Pil nel triennio finale di previsione.

Occorre considerare che tali valori sono espressi a legislazione vigente e non incorporano, pertanto, gli eventuali effetti finanziari delle misure che saranno adottate con la legge di bilancio.

39.

Il livello del fabbisogno sanitario nazionale cui contribuisce lo Stato (volto a garantire il finanziamento dei livelli essenziali di assistenza, LEA) è stato pari nel 2025 a 136,5 miliardi (Tavola 15), in crescita dell'1,9 per cento rispetto al 2024. Nel 2026, il finanziamento si colloca, a legislazione vigente, a 142,9 miliardi (+4,6 per cento nel 2026), per raggiungere i 143,9 miliardi nel 2027 (+0,70 per cento) e salire ulteriormente, nel biennio 2028-2029, a quota 144,8 e 145,8 miliardi rispettivamente (+0,61 per cento, +0,73 per cento).

Pur crescendo in valori assoluti, l'importo previsto a legislazione vigente a copertura del fabbisogno sanitario nazionale standard si conferma, in rapporto al Pil, in graduale flessione: dopo il lieve aumento nel 2026 (dal 6,03 del 2025 al 6,14 per cento del 2026) nel triennio 2027-29 si riduce di 0,23 punti percentuali, diminuendo dal 6,01 al 5,78 per cento.

Anche tali valori, essendo riferiti al quadro a legislazione vigente, non incorporano gli eventuali effetti finanziari delle misure che saranno adottate con la legge di bilancio.

40.

Nel 2025 il risultato di esercizio complessivo delle Regioni, al netto delle coperture e tenuto conto degli ulteriori trasferimenti delle Province autonome e delle Regioni a statuto speciale, evidenzia un disavanzo pari a circa 2,3 miliardi di euro, in aumento di 795,2 milioni (+51,8 per cento) rispetto agli 1,5 miliardi del 2024.

Le Regioni sottoposte nel 2025 a Piano di rientro (Abruzzo, Calabria, Campania, Lazio, Molise, Puglia e Sicilia) evidenziano nel 2025 un disavanzo pari a 677 milioni di euro, rispetto ai 197 milioni del 2024, in aumento quindi di 481 milioni (+245 per cento). Nonostante il forte incremento, il disavanzo delle Regioni in Piano continua a rappresentare una quota minoritaria del totale: nel 2025 è pari al 29,1 per cento, rispetto al 12,8 per cento del 2024. La quota prevalente del disavanzo complessivo resta infatti a carico delle Regioni non sottoposte a Piano di rientro. Per queste ultime, il disavanzo aumenta da 1,34 miliardi nel 2024 a 1,65 miliardi nel 2025, con un incremento di 314 milioni (+23,5 per cento).

Sotto il profilo territoriale, nel 2025 il disavanzo si concentra prevalentemente nelle Regioni a statuto ordinario, che registrano uno squilibrio pari a circa 1,6 miliardi di euro, corrispondenti al 68,2 per cento del totale, a fronte dei 741 milioni delle Regioni a statuto speciale e delle Province autonome (31,8 per cento). Nelle RSO il disavanzo aumenta di 615 milioni (da 973 milioni a 1,6 miliardi; +63,2 per cento). All'interno di tale aggregato, l'incremento è più consistente nelle RSO Sud, dove il saldo negativo aumenta da 335 a 638 milioni, seguite dalle RSO Centro (da 179 a 342 milioni) e dalle RSO Nord (da 460 a 608 milioni). Nelle RSS e nelle Province autonome, invece, il disavanzo cresce, da 561 a 741 milioni (+32,1 per cento), con un peggioramento concentrato prevalentemente nelle RSS Sud, dove il saldo negativo aumenta da 386 a 544 milioni.

41.

I più recenti dati disponibili sulle principali componenti della spesa sanitaria, relativi al 2025, evidenziano una crescita della spesa farmaceutica, della spesa per dispositivi medici e degli acquisti di prestazioni sanitarie da soggetti privati accreditati, che continuano a incidere sull'andamento della spesa sanitaria e, conseguentemente, sugli equilibri dei bilanci regionali.

Per quanto riguarda la spesa farmaceutica, nel 2025 si registra un incremento complessivo del 5,6 per cento rispetto al 2024. La spesa convenzionata cresce del 4,2 per cento, mentre quella per acquisti diretti aumenta del 6,3 per cento. Per quest'ultima componente, il relativo tetto di spesa dell'8,3 per cento è superato in tutte le 21 Regioni e Province autonome.

I più recenti dati di monitoraggio disponibili, pubblicati dall'AIFA il 29 luglio 2026, evidenziano, per il complesso della spesa farmaceutica, uno scostamento pari a 4,3 miliardi di euro rispetto al tetto del 15,3 per cento vigente nel 2025, a fronte dei 3,4 miliardi registrati nel 2024. La spesa complessiva incide sul FSN per il 18,5 per cento, superando di 3,2 punti percentuali il tetto e aumentando di 0,7 punti percentuali rispetto al 2024 (Tavola 16). A decorrere dal 2026, il tetto complessivo della spesa farmaceutica è stato elevato al 15,65 per cento del FSN.

La spesa per dispositivi medici ha continuato a crescere anche nel 2025, attestandosi a 8,8 miliardi di euro, con un incremento del 5,5 per cento rispetto al 2024 (Tavola 17). L'incidenza della spesa sul FSN è stata pari al 6,5 per cento, a fronte del tetto del 4,4 per cento vigente nel 2025. Lo scostamento dal tetto di spesa è salito a 2,8 miliardi e ha interessato tutte le aree territoriali.

Il persistente superamento del tetto assume rilievo anche in relazione al meccanismo del *payback*, che pone a carico delle imprese una quota degli oneri derivanti dallo scostamento della spesa rispetto al limite programmato.

Lo scostamento complessivamente registrato dalle Regioni rispetto al tetto di spesa per l'acquisto di dispositivi medici negli ultimi sei anni, escluso il 2020, ammonta a 13,1 miliardi. La quota da porre a carico delle imprese produttrici di dispositivi medici secondo l'attuale disciplina del *payback* (art.9-ter del d.l. 19 giugno 2015, n. 78, conv. in legge n. 125/2015), è pari a circa 6,6 miliardi. Gli oneri maggiori interesserebbero le RSO del Nord, con circa il 40 per cento del totale, per un importo pari a circa 2,7 miliardi di euro. Gli importi più elevati si registrerebbero in Veneto (831 milioni) e Piemonte (744 milioni). Seguirebbero le RSO del Centro, con il 20,5 per cento degli oneri, pari a circa 1,3 miliardi di euro; oltre la metà di tale importo sarebbe riferibile alla Toscana (739 milioni). Per le RSO del Sud, gli oneri ammonterebbero al 19,4 per cento del totale, pari a circa 1,3 miliardi di euro, di cui 552 milioni in Puglia e 331 milioni in Campania. Quote più contenute interesserebbero le RSS del Sud, con il 10,5 per cento degli oneri, pari a 693 milioni di euro, e le RSS del Nord, con il 9 per cento, pari a 594 milioni, oltre la metà dei quali riferita al Friuli-Venezia Giulia. (Tavola 4.1).

Nel 2025 torna inoltre a crescere la spesa per l'acquisto di prestazioni sanitarie da soggetti privati accreditati, dopo la lieve flessione registrata nell'esercizio precedente. La spesa complessiva si attesta a 13,8 miliardi di euro, con un incremento del 3,1 per cento rispetto al 2024. Si tratta di livelli di spesa ancora significativamente superiori a quelli registrati nell'anno antecedente alla pandemia da COVID-19, che riflettono il persistente ricorso, sull'intero territorio nazionale, alle prestazioni erogate da strutture accreditate, anche ai fini del contenimento delle liste di attesa.

La crescita interessa sia gli acquisti di prestazioni di specialistica ambulatoriale, pari a 4,4 miliardi di euro (+3,6 per cento rispetto al 2024), sia quelli destinati all'assistenza ospedaliera, pari a 9,4 miliardi (+2,9 per cento). Rispetto al 2019, la spesa per specialistica ambulatoriale è aumentata del 18,5 per cento, mentre quella per assistenza ospedaliera del 9,6 per cento (Tavola 18).

Alla luce degli andamenti descritti, assume particolare rilievo l'esigenza che la prossima manovra di bilancio tenga conto dell'evoluzione della spesa sanitaria delineata nel quadro tendenziale, assicurando un adeguato livello di finanziamento del SSN. Al contempo, resta centrale l'esigenza di rafforzare gli interventi di

razionalizzazione ed efficientamento della spesa sanitaria, al fine di governarne le principali componenti: consumi intermedi, prestazioni sociali in natura acquistate da produttori *market* e spese di personale.

42.

Particolare rilievo assume, in questo quadro, la dinamica della spesa per il personale sanitario, che nel 2026 è prevista nel DFP di aprile in aumento del 7,3 per cento rispetto al 2025, con un incremento significativo nel quadro dell'andamento complessivo della spesa. La crescita riflette, in particolare, gli effetti a regime dei rinnovi contrattuali, nonché le misure relative al trattamento accessorio e al potenziamento degli organici.

In considerazione della rilevanza delle risorse destinate al personale, appare opportuno che eventuali ulteriori risorse siano accompagnate da obiettivi verificabili e da adeguati strumenti di monitoraggio dei risultati, con particolare riferimento alla riduzione dei tempi di attesa e al rafforzamento dell'assistenza territoriale.

43.

In questo quadro assume rilievo anche la durata delle degenze ospedaliere, con particolare riferimento all'esigenza, richiamata dal DPFP, di intervenire sui ricoveri prolungati, alla luce dei dati relativi alla degenza media in Italia.

Nel 2022, la lunghezza media delle degenze ospedaliere in Italia è stata pari a 7,2 giorni (OCSE, *Length of hospital stay*). Si tratta di un risultato che colloca il nostro Paese tra i dieci paesi con tempi di degenza più lunghi rispetto ai 32 rilevati dall'OCSE, con davanti solo Giappone (16,1 giorni), Portogallo (9,3), Canada (8), Regno Unito (7,9), Germania (7,5) e Lussemburgo (7,3). Tale dato risulta confermato dal Ministero della salute anche per il 2024 (Rapporto SDO 2024), con una forte variabilità regionale (da un massimo di 9,4 giorni di degenza media in Valle d'Aosta a 6,3 giorni di degenza media in Toscana). (Tavola 19).

La durata della degenza costituisce un indicatore rilevante dell'efficienza dell'assistenza ospedaliera e del grado di integrazione tra ospedale e territorio. I livelli ancora relativamente elevati della degenza media si collocano in un quadro di *performance* dell'assistenza ospedaliera meno favorevole rispetto alle altre aree dei LEA.

44.

L'analisi dei livelli di assistenza nelle tre macro-aree evidenzia, nel complesso, un miglioramento complessivo nel 2024, con 18 Regioni e Province autonome che hanno raggiunto il livello di sufficienza in ciascun livello di assistenza. Si è trattato di un

risultato in significativo miglioramento rispetto alle annualità precedenti, atteso che le Regioni e le Province autonome con livelli sufficienti in tutte le tre macro-aree del NSG sono state 13 sia nel 2023 che nel 2022, 14 nel 2021 e 15 nel 20.

La lettura territoriale, tuttavia, evidenzia un persistente gradiente Nord-Sud. (Grafico 11). Le Regioni del Nord presentano generalmente i livelli di *performance* più elevati e più omogenei nelle tre aree di assistenza, con valori ampiamente superiori alla soglia di sufficienza. Il Centro mostra risultati nel complesso positivi, ma più differenziati, mentre nel Mezzogiorno si concentrano i punteggi più bassi e le principali criticità, con alcune Regioni prossime o inferiori alla soglia in una o più aree. Volgendo l'analisi alle singole aree, il miglioramento del 2024 è sostenuto principalmente dalle aree prevenzione e assistenza distrettuale, mentre l'area ospedaliera, pur mantenendo una condizione di sufficienza generalizzata, evidenzia un arretramento dei punteggi in oltre la metà dei territori (Tavola 20).

La persistente disomogeneità dei livelli di servizio offerti ai cittadini nei diversi territori regionali pone l'esigenza di affiancare alla misurazione dell'erogazione dei LEA una valutazione più ampia della *performance* dei sistemi sanitari regionali.

In questa prospettiva, il quadro normativo e metodologico vigente prevede lo sviluppo di un sistema di indicatori volto a integrare le informazioni già fornite dal Nuovo sistema di garanzia (NSG), estendendo l'analisi alle diverse dimensioni del funzionamento dei servizi sanitari (dal finanziamento e dalla disponibilità delle risorse alla loro organizzazione e alla capacità di tradurle in servizi ed esiti di salute).

Il DPFP evidenzia l'avvio della fase sperimentale per la definizione degli indicatori, delle relative metodologie di calcolo e delle fonti informative, nonché per la loro lettura integrata con il NSG. L'obiettivo è quindi valutare non soltanto se i LEA siano garantiti, ma anche la capacità dei sistemi sanitari regionali di tradurre le risorse disponibili in servizi ed esiti di salute adeguati.

La garanzia di un miglior accesso ai servizi sanitari appare centrale anche alla luce della crescente diffusione del fenomeno della rinuncia alle prestazioni sanitarie; nel 2024 quasi 5,8 milioni di persone, pari al 9,9 per cento della popolazione, hanno dichiarato di aver rinunciato, pur avendone bisogno, ad almeno una visita specialistica o a un accertamento diagnostico, a fronte del 6,3 per cento registrato nel 2019 (fonte: Istat 2025). Il fenomeno risulta riconducibile soprattutto alle difficoltà connesse ai tempi di attesa e, in misura

crescente nel tempo, a ragioni economiche, evidenziando come la garanzia dei LEA non sempre si traduca nella loro effettiva e tempestiva fruibilità.

In tale quadro si inserisce il Piano nazionale per il governo delle liste di attesa 2026-2028, che amplia il perimetro delle prestazioni monitorate e introduce nuovi strumenti di controllo e tutela; la progressiva interoperabilità della Piattaforma nazionale delle liste di attesa di Agenas con i sistemi regionali dovrebbe consentire un monitoraggio più puntuale della disponibilità delle agende e dei tempi di erogazione delle prestazioni.

45.

Sul fronte del potenziamento della medicina territoriale, il DPFP richiama il percorso di completamento delle strutture di prossimità finanziate con il PNRR (in particolare Case e Ospedali di Comunità) e gli interventi necessari ad assicurarne la piena operatività entro la fine del 2026. Il completamento della rete territoriale e l'effettiva attivazione dei relativi servizi comporteranno, oltre agli investimenti già programmati, maggiori fabbisogni di spesa corrente per l'acquisto di beni/servizi e per il personale dipendente e convenzionato, dei quali sarà necessario tenere conto nell'ambito della prossima manovra di bilancio.

Per sostenere i maggiori oneri di personale connessi all'attuazione del nuovo modello di assistenza territoriale previsto dal d.m. 77/2022, la legge di bilancio 2022 ha stanziato risorse progressivamente crescenti, da 91 milioni nel 2022 a 1.015 milioni annui dal 2026. La legge di bilancio 2024 ha ulteriormente incrementato lo stanziamento di 250 milioni nel 2025 e di 350 milioni annui dal 2026, portando le risorse complessive rispettivamente a 841 milioni nel 2025 e a 1.365 milioni annui dal 2026. Le risorse sono destinate a sostenere la spesa per il personale dipendente e convenzionato necessario all'attuazione degli standard del d.m.77/2022.

Si evidenzia che la Ragioneria generale dello Stato, nel Rapporto n. 27 "Tendenze di medio-lungo periodo del sistema pensionistico e socio-sanitario", ha ipotizzato un costo annuo di poco superiore a 1.300 milioni, a decorrere dal 2027 e a valere sulle risorse del finanziamento ordinario del SSN, per il mantenimento a regime degli interventi sulla spesa corrente introdotti con la "Missione 6: Salute" del PNRR, in coerenza con il decreto ministeriale n. 77 del 2022.

Sul versante delle dotazioni tecnologiche, il decreto del Ministero della salute del 27 luglio 2026 ha aggiornato le modalità di utilizzo dei 235,8 milioni di euro già ripartiti tra le Regioni nel 2022, a valere sul programma straordinario di investimenti in sanità di cui all'art. 20 della legge n. 67/1988 e sulle risorse accantonate con delibera CIPE n. 51/2019. Il decreto consente di destinare fino al 50 per cento delle risorse all'acquisto di apparecchiature per le Case della Comunità, sia *hub* sia *spoke*, mentre la quota residua è destinata alle dotazioni degli studi di MMG e PLS e delle aggregazioni di medicina di gruppo. Le Regioni dovranno pubblicare un piano aggiornato dei fabbisogni relativi alle risorse destinate alle Case della Comunità, da sottoporre alla valutazione di un tavolo tecnico.

I più recenti Accordi collettivi nazionali hanno definito le modalità di partecipazione dei medici di medicina generale (MMG) e dei pediatri di libera scelta (PLS) alle attività delle strutture di prossimità, rafforzandone il ruolo nell'ambito del nuovo modello di assistenza territoriale. Tale processo si inserisce, tuttavia, in un contesto caratterizzato dalla progressiva riduzione del numero dei professionisti e dall'aumento del carico assistenziale.

Sul versante della medicina convenzionata, i più recenti Accordi collettivi nazionali (ACN) hanno progressivamente adeguato l'organizzazione di MMG e PLS al nuovo modello di assistenza territoriale. Per i MMG, l'ACN del 2022 ha introdotto il ruolo unico di assistenza primaria e l'obbligo di partecipazione alle forme organizzative territoriali (AFT e UCCP). L'ACN del 2024 ha dato attuazione al ruolo unico di assistenza primaria, prevedendo per i nuovi incarichi un impegno a tempo pieno, articolato tra attività a ciclo di scelta (nei confronti dei propri assistiti) e attività a base oraria presso le sedi individuate dalle aziende sanitarie, comprese le Case e gli Ospedali di Comunità, per un impegno complessivo fino a 38 ore settimanali. Il vigente ACN per la medicina generale relativo al triennio 2022-2024, recepito con l'intesa della Conferenza Stato-Regioni del 15 gennaio 2026, ha inoltre previsto una quota oraria aggiuntiva di 13,62 euro per le attività svolte nelle Case della Comunità e recepito gli incrementi retributivi previsti a livello nazionale, pari al 5,78 per cento a regime. Un analogo percorso di integrazione nelle strutture territoriali ha interessato i PLS, attraverso la partecipazione alle AFT e alle UCCP e la previsione di attività a retribuzione oraria nelle sedi delle Case della Comunità nel nuovo ACN relativo al triennio 2022-2024, recepito il 18 marzo 2026.

È proseguita nel 2024 la riduzione dei medici di medicina generale (MMG) a 37.173 unità, pari a 6,3 ogni 10 mila residenti: 810 in meno rispetto al 2023 (-2,1 per cento) e 7.764 in meno rispetto al 2014 (-17,3 per cento). Sulla base dei dati SISAC, la carenza di MMG al 1° gennaio 2025 è quantificata in 5.716 medici. Alla contrazione del numero di professionisti si accompagna un progressivo aumento del carico assistenziale: la quota di MMG con più di 1.500 assistiti ha raggiunto il 54,5 per cento, a fronte del 51,7 per cento del 2023 e del 28 per cento del 2014.

Una dinamica analoga interessa i pediatri di libera scelta (PLS), diminuiti nel 2024 a 6.496 unità (3,1 per cento rispetto al 2023 e -15,8 per cento rispetto al 2014), con il 74,5 per cento dei professionisti oltre la soglia degli 800 assistiti e il 36,7 per cento di età compresa tra 65 e 69 anni (Fonte: Istat 2024).

46.

Ancora centrale è il tema dell'effettiva disponibilità, soprattutto nel lungo periodo, di professionisti necessari al rafforzamento dell'assistenza territoriale. In questo ambito, il DPFP richiama gli interventi realizzati sul versante della formazione, tra cui l'incremento delle borse di studio per la formazione specifica in medicina generale e l'introduzione di nuove lauree magistrali specialistiche in infermieristica, con percorsi dedicati alle cure primarie e di comunità, nonché alle cure neonatali e pediatriche e alle aree intensive ed emergenziali.

Per il triennio 2025-2028 si registra una ripresa della partecipazione ai corsi di formazione specifica in medicina generale: a fronte di 2.198 posti disponibili, i candidati presenti alla prova sono stati 2.709, di cui 2.697 idonei. Si inverte così la situazione del triennio precedente, quando a fronte di 2.588 posti disponibili, i candidati presenti alla prova erano stati 2.227.

Per la professione infermieristica si conferma una crescente crisi di attrattività, evidente già nella scelta del percorso formativo. Nell'a.a. 2025/2026 le domande di accesso ai corsi di laurea sono infatti scese al di sotto dei posti disponibili, proseguendo la riduzione del rapporto tra candidati e posti, diminuito da 1,4 nel 2021/2022 a meno di 1 nel 2025/2026. A ciò si aggiunge la diminuzione del rapporto tra iscritti effettivi al primo anno e posti disponibili.

47.

Sul fronte del percorso di digitalizzazione dell'assistenza, il Documento evidenzia la progressiva implementazione del Fascicolo sanitario elettronico, nonché il potenziamento delle infrastrutture per l'analisi dei dati sanitari e lo sviluppo della telemedicina, in particolare a supporto dell'assistenza domiciliare (Adi) e della presa in carico dei pazienti cronici.

Nel 2025 è stata raggiunta la soglia di 1.625.785 pazienti ultrasessantacinquenni presi in carico dall'Assistenza domiciliare integrata (129.368 in più rispetto all'obiettivo previsto dal PNRR); tale cifra corrisponde all'11,3 per cento della popolazione italiana compresa in tale fascia di età (nel 2019, la quota di pazienti *over* 65 presi in carico in Adi corrispondeva al 4,3 per cento della popolazione). In valori assoluti, si è trattato di un incremento pari a 980.195 pazienti rispetto all'anno 2019. (Tavola 21).

In tale contesto, assume particolare rilievo l'esigenza di assicurare, anche negli anni successivi alla conclusione del PNRR, risorse finanziarie adeguate al fine di garantire la continuità degli interventi di assistenza domiciliare e il mantenimento dei livelli di copertura raggiunti.

Infine, nell'ambito della sanità integrativa e della non autosufficienza, il DPFP richiama il rafforzamento degli strumenti di conoscenza e vigilanza sui fondi sanitari integrativi, attraverso uno specifico "Cruscotto" per la rilevazione delle prestazioni erogate, dei relativi costi e dei beneficiari, incluse quelle connesse alla non autosufficienza e alla *Long Term Care*. L'intervento assume particolare rilievo al fine di consentire un monitoraggio più esaustivo della spesa sanitaria privata e, in particolare, dei regimi di finanziamento volontario, atteso che questa componente di spesa, nel 2025, ha raggiunto i 7 miliardi di euro (+10 per cento rispetto al 2024), aumentando l'incidenza sul finanziamento complessivo dell'assistenza sanitaria dal 3,4 al 3,7 per cento (Fonte: Istat SHA 2025).