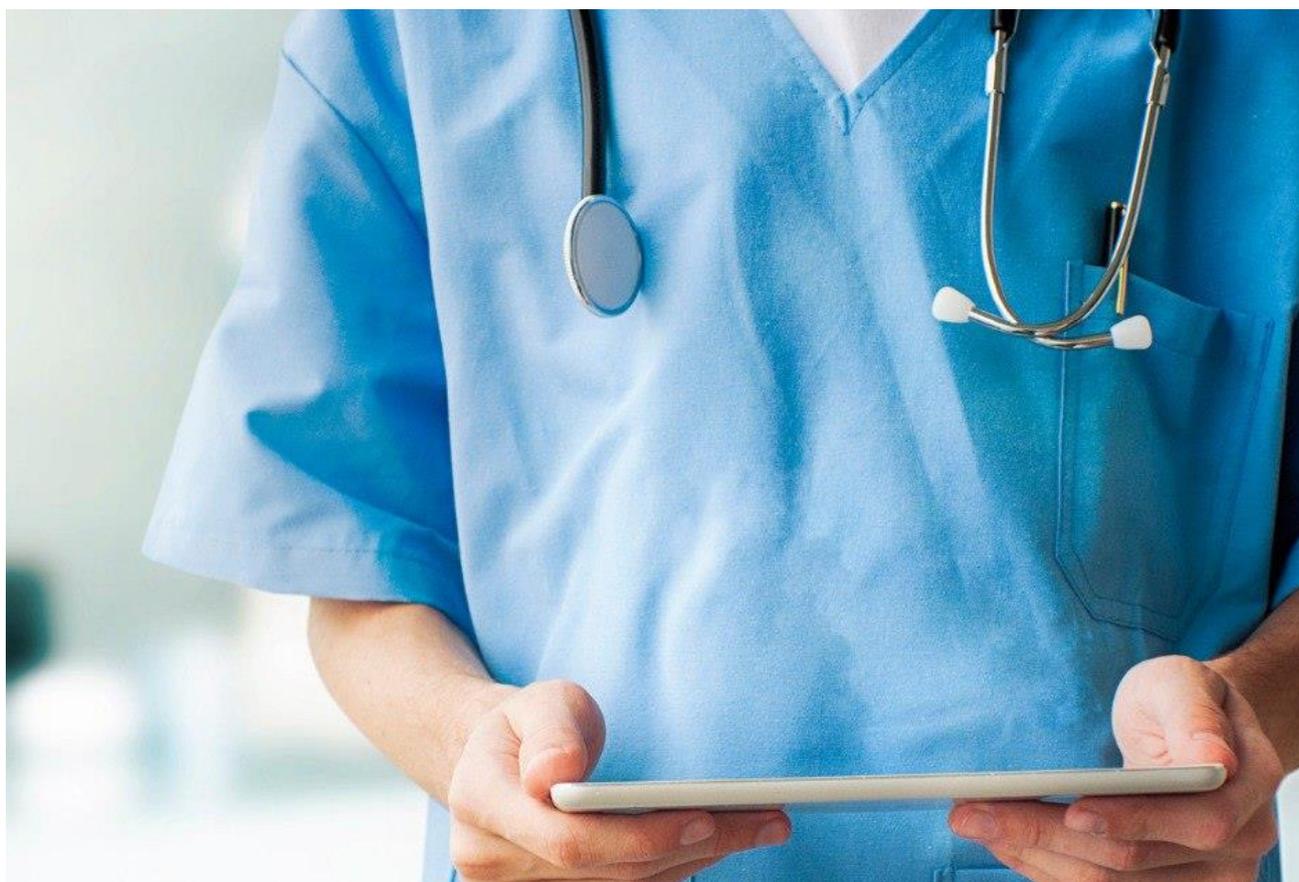




SALUTE e SANITA'

Salviamo il SSN, difendiamo il diritto alla salute

A cura dell'Area Stato Sociale e Diritti



Aprile 2024



SALUTE e SANITA'

Salviamo il SSN, difendiamo il diritto alla salute

Pochi mesi fa si è celebrato il **45° anniversario della Legge 833/78** istitutiva del Servizio Sanitario Nazionale, pubblico e universale. Una conquista frutto anche di una straordinaria stagione di lotte dei lavoratori e delle lavoratrici, di partecipazione e di conquiste sul fronte dei diritti sociali e civili.

Il Servizio Sanitario Nazionale italiano, da troppi anni diffamato e affamato, ha saputo resistere grazie all'impegno e al valore dei suoi lavoratori e lavoratrici, ma oggi rischia il collasso.

L'emergenza pandemica ha evidenziato una condizione di **forte criticità del Servizio Sanitario Nazionale** e del sistema socio-sanitario, superata grazie all'abnegazione di chi in quei servizi lavorava e lavora. I lunghi anni di mancate riorganizzazioni, riforme incompiute, e pesante inadeguatezza del finanziamento, frutto di politiche di *austerità* e di una cultura neolibera, rappresentano in gran parte le cause del preoccupante quadro di contesto.

“Non possiamo fare a meno del Servizio Sanitario Pubblico”, scrivono 14 scienziati italiani – dal premio Nobel Giorgio Parisi a Nerina Dirindin a tanti altri – in un appello accorato per la difesa e rilancio della sanità pubblica. Ma *“oggi i dati dimostrano che è in crisi”* e *“la vera emergenza è adeguare il finanziamento del Servizio Sanitario Nazionale agli standard dei Paesi europei avanzati (8% del PIL). E' urgente e indispensabile, perché un SSN che funziona, non solo tutela la salute, ma contribuisce anche alla coesione sociale”*.

Oggi, tuttavia, come recentemente rimarcato anche dalla [Corte dei Conti](#), è impietoso il **raffronto della spesa sanitaria pubblica italiana con quella degli altri Paesi Europei**, rispetto ai quali l'Italia è il fanalino di coda con gap sempre più difficili da colmare. L'incidenza del 6,8% sul PIL nel 2022 è di gran lunga inferiore a quello di Paesi come la Germania o la Francia che hanno destinato al finanziamento della spesa sanitaria pubblica rispettivamente il 10,9% e il 10,1% del PIL.

Nel 2022 la spesa pubblica pro-capite nel nostro Paese è stata pari a 2.208 euro, a fronte di 5.086 euro in Germania e 3.916 euro in Francia, dove negli ultimi 10 anni la spesa sanitaria pubblica pro capite, a parità di potere d'acquisto, è notevolmente cresciuta. Per raggiungere il livello della spesa indicato dai 14 scienziati e allineare l'Italia agli standard dei Paesi europei avanzati, al Servizio Sanitario Nazionale italiano occorrono **almeno 35 miliardi di euro in più all'anno e oltre 80 miliardi** in più per raggiungere la spesa della Germania. Dopo l'incremento per contrastare la pandemia, che ha portato la spesa sanitaria pubblica al 7,4% del PIL nel 2020, già dall'anno successivo la spesa sanitaria è tornata a scendere in rapporto al PIL, con la drammatica prospettiva prefigurata nella Legge di Bilancio 2024.

Dopo tanti annunci e promesse della Presidente del Consiglio e del Ministro della Salute (*“I fondi per la Sanità ci sono”, “I Soldi arriveranno”, “Mai così tante risorse per la sanità”*), dietro la Legge di Bilancio 2024 si nascondono tagli accompagnati da un'ulteriore privatizzazione della sanità. Una manovra che allontana sempre più la sanità pubblica italiana dalla media europea per spesa, dotazioni organiche e retribuzioni del personale.

Certo, il titolo del capitolo della Legge di Bilancio 2024 *“Potenziamento del sistema sanitario”* poteva far ben sperare, ma la realtà dei numeri racconta di un **incremento del Fabbisogno Sanitario solo apparente**. Un incremento di **3 miliardi per il 2024** (e poi di 4 e 4,2 miliardi rispettivamente per 2025 e 2026) non solo assolutamente inadeguato a rispondere ai bisogni urgenti della sanità pubblica, come peraltro rimarcato sia dalla Corte dei Conti che dall'Ufficio Parlamentare di Bilancio, ma che non è sufficiente neanche a compensare

gli **effetti dell'inflazione** e dovrebbe coprire anche i **rinnovi contrattuali** del personale e le ulteriori nuove spese vincolate (per liste di attesa, privato convenzionato, prestazioni aggiuntive, ecc.): ciò significa che le **Regioni hanno meno risorse a disposizione rispetto a quelle di un anno fa e che erano già insufficienti**. Dunque, un incremento solo nominale di risorse dietro il quale si nascondono tagli e arretramento del servizio pubblico.

Allarmante il **rapporto tra Fondo Sanitario Nazionale e PIL** destinato a toccare il **valore più basso degli ultimi decenni**.

Purtroppo, non cambia lo scenario con le scelte che il Governo ha prefigurato nel **DEF 2024**, dove si aggrava l'inadeguatezza dell'incidenza della spesa sanitaria sul PIL che dal 6,4% di quest'anno, valore già molto basso, **scenderà ulteriormente fino al 6,2% per il 2027**: una scelta inconcepibile e inaccettabile a fronte della necessità di risorse che ha il nostro Servizio Sanitario Nazionale per garantire il diritto universale alla salute. Senza una robusta virata in sede di Legge di Bilancio 2025, si conferma la volontà politica del Governo Meloni di disinvestire e quindi, nei fatti, di proseguire nello smantellamento del SSN e nella privatizzazione della salute.

Totalmente sbagliate anche le scelte fatte con la Legge di Bilancio 2024 **sul personale**: alla carenza di medici e infermieri, a salari inadeguati e a tempi di attesa da ridurre, non solo si conferma il **tetto alla spesa** sul personale, ma il Governo sembra non avere nessuna strategia se non quella di **far lavorare di più con prestazioni aggiuntive**, dunque ricorrendo al "*cottimo*" in sanità. Si innalzano invece i **tetti alla spesa farmaceutica**, così come i **tetti di spesa per acquisti di prestazioni da privati** a cui saranno destinati **1,2 miliardi di euro** in più nel triennio: un ulteriore trasferimento alla sanità privata verso cui si dirottano sempre più risorse.

Una situazione davvero insostenibile e una prospettiva assolutamente da scongiurare. Oltre alla CGIL, già un anno fa, anche le **Regioni avevano lanciato un disperato grido d'allarme sull'insostenibilità economico-finanziaria** dei loro bilanci, già oggi fortemente compromessi per l'insufficiente livello di finanziamento del sistema pubblico.

Nel 2022, l'estrema criticità economico-finanziaria aveva portato molte Regioni a ricorrere all'utilizzo di risorse proprie e straordinarie, ma come tali irripetibili, e comunque, considerando la differenza tra le entrate previste dallo Stato per la copertura dei LEA e le spese sostenute per l'assistenza sanitaria, la **Corte dei Conti** aveva certificato per il 2022 un disavanzo di 1,5 miliardi di euro con 15 regioni con perdite anche pesanti.

Altrettanto preoccupante è la situazione per il 2023 con le stesse **Regioni** che hanno continuato a denunciare come il livello del finanziamento del Servizio Sanitario Nazionale non sia "*minimamente adeguato per consentire la sostenibilità della programmazione sanitaria*", dicendo chiaramente che, in mancanza di un adeguato finanziamento statale, si dovrà inevitabilmente fare i conti con la **riduzione dei servizi o con l'aumento della fiscalità generale**: uno scenario che si sta già concretizzando nel quale viene "*irrimediabilmente compromesso il sistema sanitario universalistico italiano*".

In questo scenario, anche la **rimodulazione della Missione 6 del PNRR si è tradotta in tagli, con 312 Case della Comunità** (pari al 23% del totale), **93 Ospedali di Comunità** (23%), **120 Centrali Operative Territoriali** (20%), **1.178 posti nelle terapie intensive** (23%), **25 interventi antisismici negli ospedali** (23%) la cui realizzazione non più finanziata dalle risorse del PNRR, viene dirottata sul Fondo per l'edilizia sanitaria (articolo 20, Legge n. 67/88).

Analogamente avviene per le **opere per la sicurezza sismica** delle strutture ospedaliere del programma "*Verso un ospedale sicuro e sostenibile*", non più finanziate dal Fondo complementare al PNRR ma, anch'esse poste a carico dal Fondo per l'edilizia sanitaria.

E' quanto definito nel recente DL n. 19/2024 (DL "PNRR"). Tuttavia, va rimarcato che individuare nel Fondo per l'edilizia sanitaria la fonte in cui reperire le risorse mancanti è una pura ipocrisia, visto che quelle risorse sono destinate ad interventi di edilizia sanitaria di cui le Regioni hanno già programmato la spesa nell'ambito del plafond loro assegnato. Utilizzarle per Case e Ospedali della Comunità significherebbe non attuare le necessarie ristrutturazioni di ospedali e la costruzione di quelli nuovi già previsti, oltre al fatto che non verranno comunque rispettate le iniziali scadenze previste dal PNRR.

Si tratta dunque di un pesante **definanziamento di 1,2 miliardi** a carico delle Regioni che hanno sonoramente bocciato il decreto minacciando, in caso di mancato rifinanziamento, "*iniziative anche giurisdizionali a tutela delle programmazioni già avviate*" come il **ricorso alla Corte Costituzionale**.

Ai tagli che colpiscono direttamente le Regioni, va aggiunto un ulteriore taglio di **oltre mezzo miliardo** operato, sempre con il DL 19/2024, dalle risorse del Ministero della Salute che porta complessivamente il definanziamento della **sanità a 1,8 miliardi di euro**.

Tagli e scelte sbagliate del Governo che lasceranno sempre più soli i cittadini costretti a fare i conti con tempi di attesa sempre più insostenibili, disuguaglianze, assistenza e cure sempre più inaccessibili se non ricorrendo al privato e pagando di tasca propria o rinunciando a curarsi. Senza una netta inversione delle politiche sanitarie e socio-sanitarie, i divari territoriali e sociali sono destinati a crescere inesorabilmente.

Se a tutto ciò si aggiunge il confronto voluto dal Ministro, del tutto finto e fumoso, volto a rilevare le criticità dei decreti riguardanti l'assistenza ospedaliera e territoriale (DM 70/2015 e DM 77/2022), partecipato da più di 100 soggetti, anziché procedere concretamente alla realizzazione della riforma dell'assistenza territoriale, l'inadeguatezza, l'incapacità se non la disonestà intellettuale del Governo Meloni si rendono ancor più evidenti.

In tale scenario di crisi economico finanziaria e in presenza di un Governo dall'evidente impostazione politica disattenta ai bisogni delle persone, per nulla interessato ad investire sui servizi indispensabili a dar loro risposte, i rischi sono principalmente due. Il primo, nel rapporto tra istituzioni, è che cada nel vuoto il grido delle Regioni.

Il secondo, quello anche più insidioso, è che il Governo continui a lavorare alacremente, e quasi esclusivamente sul piano della comunicazione, mistificando la realtà e senza alcun confronto di merito con le Organizzazioni sindacali, per far percepire l'emergenza sanitaria come condizione ordinaria, per convincere l'opinione pubblica che la carenza del personale sia causata dal disinteresse dei giovani per le professioni sanitarie e non da politiche di programmazione sbagliate e salari inadeguati, come se le difficoltà del Servizio Sanitario Nazionale siano un fatto fisiologico e immodificabile e l'unica soluzione diventi la **privatizzazione della sanità**.

Nel 2022 i **cittadini hanno speso 42 miliardi per curarsi**. Si tratta di 37 miliardi di spesa che proviene direttamente dalle loro tasche e 5 miliardi dalla sanità integrativa. Particolarmente rilevante il peso per le famiglie, con un livello medio pro-capite di 624 euro e con enormi differenze territoriali. Aumentano ulteriormente le persone che dichiarano di aver pagato interamente a proprie spese visite specialistiche ed esami diagnostici: un fenomeno che non solo accresce le disuguaglianze nell'accesso a prestazioni e cure ma incide notevolmente sulle condizioni economiche e all'impoverimento delle famiglie ([ISTAT](#)).

Tra le cause si ravvisano anche **l'allungamento dei tempi di attesa** divenuti ormai sempre più insostenibili assieme alle agende di prenotazione chiuse. Dietro a questo problema ci sono criticità di varia natura: dal rapporto pubblico/privato, a inefficienze organizzative, dalla grave carenza di personale fino all'impatto della pandemia che ha causato rinvii e sospensioni delle prestazioni per patologie diverse dal Covid, solo per citarne alcune. Nel 2022 la quasi totalità delle regioni non aveva ancora recuperato le code accumulate durante la pandemia, né raggiunto i livelli di specialistica ambulatoriale del 2019: una condizione che contribuisce ad accrescere il peso della rinuncia a cure e prestazioni. A inizio 2022 risultavano in attesa 630 mila ricoveri programmati, 14 milioni di prestazioni ambulatoriali e 3 milioni di prestazioni per screening.

È sempre [l'ISTAT](#) a stimare che il 7,0% della popolazione ha **rinunciato a prestazioni sanitarie** ritenute necessarie per problemi economici o legati alle difficoltà di accesso ai servizi: si tratta di **4 milioni di persone**. Un valore ancora superiore a quelli del 2019 quando rinunciava alle cure il 6,3% della popolazione. Una situazione inaccettabile per un Paese civile.

Il quadro di criticità che attanaglia il Servizio Sanitario Nazionale si aggrava notevolmente se si analizza la situazione nelle singole regioni da cui emerge uno scenario di **gravi e profonde disuguaglianze territoriali** a partire dall'adempimento dei Livelli essenziali di assistenza (LEA). Divari che contribuiscono alla **mobilità interregionale** tanto che, nel 2021, sono stati oltre 400 mila i pazienti ricoverati in strutture ospedaliere in una regione diversa dalla propria ([Corte dei Conti](#)).

Non solo, come scritto inizialmente, sono notevoli le differenze con gli altri Paesi europei in termini di risorse, strutture e personale, l'Italia è anche un Paese sostanzialmente spaccato in venti "Contee" che spesso tradiscono i principi di universalità, equità, uguaglianza fondanti del SSN. Divari e disuguaglianze che si acquisiscono osservando l'insieme dell'offerta sanitaria e socio-sanitaria, che vanno dalle strutture ospedaliere e alla dotazione di posti letto passando dalle strutture sanitarie residenziali e semiresidenziali (residenze sanitarie assistenziali, case protette, hospice, centri diurni psichiatrici, ecc.), fino all'assistenza domiciliare.

Disuguaglianze che incidono sulle aspettative di vita alla nascita così come nelle aspettative di vita in buona salute. Se la **speranza di vita alla nascita** è mediamente di 82,6 anni, i divari tra le regioni sono profondi e arrivano fino a 3 anni di vita (come tra la Campania e la Provincia Autonoma di Trento); uno scenario ancora più pesante per la speranza di vita in buona salute che è mediamente di 60,1 anni ma con differenze che arrivano fino a 16 anni (come tra la Puglia e la Provincia Autonoma di Bolzano).

Le criticità legate alla mancanza di risorse economiche, organizzative e professionali, e le disuguaglianze tra persone e territori, sono destinate a cristallizzarsi ed aggravarsi ulteriormente e irreversibilmente nel caso si realizzi il **nefasto progetto di autonomia differenziata**.

I principi fondamentali del servizio sanitario - universalità, uguaglianza ed equità - ancor prima di raggiungerli pienamente su tutto il territorio nazionale, saranno inesorabilmente messi in discussione: un disastro sanitario, sociale ed economico senza precedenti. È paradossale, oltre che gravissimo, che mentre nell'Assemblea delle Nazioni Unite i leader mondiali si sono impegnati a raddoppiare gli sforzi verso la copertura sanitaria universale entro il 2030 e l'OMS individua l'uguaglianza del diritto alla salute come priorità per il mondo, il Governo italiano vada nella direzione esattamente opposta.

I tagli alle risorse, il tetto alla spesa per il personale, il blocco del turnover hanno avuto effetti pesanti sul personale impiegato nei servizi sanitari e socio-sanitari, su cui si è scaricato un peso reso ancor più insostenibile dalla pandemia. Altrettanto evidente il peggioramento delle condizioni sulle lavoratrici e i lavoratori della **filiera degli appalti**.

La **carezza di personale** riguarda tutti i professionisti, amministrativi, tecnici e in particolar modo dell'assistenza sanitaria. Colpisce soprattutto gli infermieri che peraltro dovrebbero ricoprire un ruolo fondamentale nella riforma dell'assistenza territoriale, ma senza un piano straordinario di assunzioni e di valorizzazione del personale, anche sul piano retributivo, sarà impossibile realizzare quanto previsto dal PNRR. La stessa [Ragioneria Generale dello Stato](#) ha rimarcato come negli ultimi 10 anni si sia fortemente disinvestito nel personale sanitario mentre è aumentata la spesa in beni e servizi. Il problema si deve risolvere a monte **eliminando i tetti di spesa sul personale** e valorizzando adeguatamente i CCNL.

Su questi aspetti cruciali, sono state viste con interesse le **Proposte di Legge** di iniziativa delle Regioni Emilia Romagna, Toscana e Puglia, nelle quali si possono ritrovare integralmente i primi due dei dieci punti contenuti nella **piattaforma della CGIL** (riportata qui di seguito).

Inoltre, a fronte del progressivo invecchiamento della popolazione, non si prevede alcun finanziamento per la **non autosufficienza**. Dopo gli annunci trionfalistici della Presidente del Consiglio e di Ministra e Viceministra del Lavoro e delle Politiche Sociali, che hanno evocato suggestive cifre a nove zeri, le misure per anziani non autosufficienti contenute nel D.Lgs n. 29/2024 appena varato dal Governo in attuazione della Legge 33/2023, riportano alla dura realtà in cui pesa la totale assenza di risorse aggiuntive per finanziare le nuove misure. In particolare, non c'è nessun euro in più per sostenere la cosiddetta "*prestazione universale*" (850 euro che dovrebbero sommarsi all'assegno di accompagnamento) che di universale ha ben poco visto che i destinatari saranno pochissimi e individuati con criteri molto restrittivi: almeno 80 anni, ISEE non superiore a 6 mila euro, titolare di assegno di accompagnamento ed essere non autosufficiente con un "*bisogno assistenziale gravissimo*" (da definire con prossimi decreti).

Una misura che riguarderà un numero di persone che si stimano in 25 mila al massimo, a fronte di una platea di **3,8 milioni di anziani non autosufficienti**, di cui 1,4 milioni con l'assegno di accompagnamento: dunque solo lo 0,7% di essi potrà accedere alla nuova misura: e tutti gli altri? Quale risposta avranno? E con quali risorse? Con i 500 milioni in due anni che già il Piano nazionale destinava alla non autosufficienza? Occorre ribadirlo: non vengono previste risorse aggiuntive, si fa riferimento solo alle risorse dei fondi "*a legislazione vigente*".

La riforma contenuta nella Legge 33/2023 prevede la necessità di garantire la presa in carico universale della condizione di fragilità della persona anziana da parte del sistema pubblico, superando divari territoriali. Pensare di farlo a colpi di annunci e con risorse date, che già oggi non bastano a garantire né i LEPS - Livelli Essenziali delle Prestazioni Sociali - né i LEA sanitari, può funzionare nel metaverso del Governo Meloni, ma nella realtà, fatta di persone reali, con le loro fragilità e i loro drammi, le cose sono molto diverse e spesso drammatiche.

Per mettere in sicurezza e rilanciare il SSN, conquista irrinunciabile e pilastro di democrazia e giustizia sociale, **le misure necessarie e urgenti da mettere in atto sono:**

1. garantire un forte investimento al Servizio Sanitario Nazionale aumentando il **finanziamento del Fondo Sanitario Nazionale**, sia in termini assoluti che in rapporto al PIL in maniera consistente e stabile: aumentare il finanziamento pubblico, oltre a quanto già previsto, di almeno 35 miliardi di euro in più (raggiungere almeno l'8% PIL) per garantire il potenziamento dei necessari servizi di prevenzione, ospedalieri e territoriali e allineare l'Italia ai Paesi europei benchmark.
2. investire sul **personale** con un piano straordinario pluriennale di assunzioni che vada oltre le stabilizzazioni e il turnover, superi la precarietà e investa nella valorizzazione delle professionalità del SSN, e superare i tetti alla spesa del personale e al salario accessorio e rendere attrattive le professioni sanitarie.

3. Rilanciare e riadeguare la **rete ospedaliera**, rafforzando dotazioni organiche, strumentazioni, posti letto per favorire accessibilità, sicurezza, qualità, a partire dai Pronto Soccorso, sempre più al collasso.
4. Dare risposta agli inaccettabili **tempi d'attesa** che negano il diritto alla salute e favoriscono il ricorso a prestazioni private. Attuare e completare la riforma per lo sviluppo dell'**Assistenza Territoriale** con una rete capillare di servizi sanitari e socio-sanitari territoriali con una forte integrazione (Distretti, Case e Ospedali di Comunità). Definire una riforma delle cure primarie che regoli anche il progressivo passaggio dei Medici di Medicina Generale alle dipendenze del SSN. Potenziare servizi salute mentale, dipartimenti per le dipendenze, assistenza domiciliare, teleassistenza e telemedicina,
5. Potenziare il sistema dei **consultori pubblici**, garantire la piena applicazione della **legge 194/78**, l'IVG farmacologica e la salute di genere.
6. Migliorare il **sistema di residenzialità** e della sua accessibilità e sostenibilità economica.
7. Fermare i **processi di esternalizzazione e privatizzazione**, compreso il ricorso a professionisti "a gettone" nelle strutture pubbliche, riformare il sistema degli accreditamenti e affrontare le dinamiche degli appalti a tutela delle condizioni di lavoro e della qualità dei servizi.
8. Riconoscere l'importanza della prevenzione e della promozione della salute.
9. Sostenere le **persone non autosufficienti**, dando attuazione alle specifiche leggi e con adeguate risorse a carico della fiscalità generale, e promuovere politiche per l'invecchiamento attivo.
10. Promuovere politiche per la piena inclusione sociale delle **persone con disabilità** e sostegno per le famiglie che se ne fanno carico.

Su questi obiettivi confederali, chiari, precisi e impegnativi, occorre **proseguire nella mobilitazione**. Dopo le **manifestazioni a Roma del 24 giugno 2023**, promosse dalla CGIL congiuntamente a centinaia di associazioni e reti di associazioni; dopo gli **scioperi** di novembre e dicembre 2023 di CGIL e UIL e quelli più recenti sulla **salute e sicurezza sul lavoro dell'11 aprile 2024**, la mobilitazione prosegue con la **manifestazione nazionale a Roma del 20 aprile 2024** e con il lavoro di predisposizione di una **proposta di legge di iniziativa popolare** per la difesa e il rilancio del Servizio Sanitario Nazionale a tutela del diritto alla salute delle persone e delle comunità.

Lo stesso impegno e lavoro capillare andrà agito per promuovere la partecipazione e la consapevolezza di lavoratrici e lavoratori, pensionati, cittadini, istituzioni. Egualmente, andrà sollecitata in **tutti i Consigli comunali l'approvazione di ordini del giorno sulla necessità di adeguate risorse per il Servizio Sanitario Nazionale**, per impedire lo **smantellamento del SSN e la privatizzazione della salute**.

Salviamo il Servizio Sanitario Nazionale. Difendiamo il diritto alla salute.

Aprile 2024

Area Stato Sociale e Diritti



SALUTE_e SANITA'

La piattaforma della CGIL

Le misure necessarie e urgenti:

- 1. Garantire un forte investimento al Servizio Sanitario Nazionale** aumentando il finanziamento del SSN, sia in termini assoluti che in rapporto al PIL in maniera consistente e stabile per allineare l'Italia entro il 2030 ai Paesi europei più avanzati. **Aumentare il finanziamento pubblico, oltre a quanto già previsto, di almeno 35 miliardi di euro in più (raggiungere almeno l'8% PIL)** per garantire il potenziamento dei necessari servizi di prevenzione, ospedalieri e territoriali al fine di garantire l'erogazione uniforme dei LEA, l'accesso equo alle innovazioni e il rilancio delle politiche del personale sanitario che è quello che sta soffrendo di più.
- 2. Investire sul personale con un piano straordinario pluriennale di assunzioni** che vada oltre le stabilizzazioni e il turnover, superi la precarietà e investa nella formazione e valorizzazione delle professionalità del SSN. Occorre **superare i tetti alla spesa del personale** e al salario accessorio e garantire un piano pluriennale per rendere attrattiva la formazione nelle professioni sanitarie.
- 3. Rilanciare e riadeguare la rete ospedaliera**, rafforzando le dotazioni organiche e le strumentazioni, per favorire accessibilità, sicurezza, qualità, a partire dai **Pronto Soccorso**, sempre più al collasso. Prevedere un adeguato numero di posti letto in linea con la media Ocse. Serve investire nella rete ospedaliera per superare le differenze strutturali e di prestazioni sanitarie tra le regioni del Sud, del Centro e del Nord e contrastare la mobilità passiva e garantire il **diritto a curarsi nel territorio in cui si vive**.
- 4. Dare risposta agli inaccettabili tempi d'attesa** che negano il diritto alla salute e favoriscono il ricorso a prestazioni private. **Attuare e completare la Riforma per lo sviluppo dell'Assistenza Territoriale:** realizzare una **rete capillare di servizi sanitari e socio-sanitari territoriali** in un'ottica di forte integrazione. Realizzare e rendere operativi strutture e presidi territoriali come le **Case della Comunità e gli Ospedali di Comunità**, a gestione pubblica, garantendone la piena attività con tutte le figure professionali necessarie, anche con un piano straordinario di assunzioni e con risorse strutturali. **Investire sui distretti** per la gestione, il coordinamento e l'assistenza della rete dei servizi sanitari e sociosanitari territoriali. **Definire una riforma della medicina generale**, a partire dalla formazione dei Medici di Medicina Generale (MMG) e dei Pediatri di Libera Scelta (PLS), che regoli anche la partecipazione nelle Case della comunità. Va previsto un piano di assunzioni di MMG, PLS e specialisti ambulatoriali anche nell'ottica di un progressivo passaggio alle dipendenze del SSN. **Potenziare l'assistenza**

domiciliare quale pilastro della Riforma dell'Assistenza Territoriale, garantendone la gestione pubblica con personale dipendente dei SSR. Dare attuazione al piano di sviluppo e potenziamento dell'utilizzo delle tecnologie digitali per la **teleassistenza e la telemedicina** e definire un piano di alfabetizzazione di tutta la popolazione per evitare la marginalizzazione sociale. **Potenziare i servizi di salute mentale** sia per utenti adulti che per utenti nell'età dello sviluppo, prevedendo potenziamenti dei servizi per garantire la continuità della presa in carico, e i **dipartimenti per le dipendenze (e dei Ser.D)**.

- 5. Potenziare il sistema dei consultori pubblici** assicurando la capillarità e le professionalità necessarie a garantire la piena applicazione della **Legge 194/1978** e delle Linee di indirizzo ministeriali sull'IVG farmacologica, la libera scelta di maternità e la **salute di genere**.
- 6. Migliorare il sistema di residenzialità** e della sua accessibilità e sostenibilità economica. Va ammodernata la rete delle strutture residenziali, garantiti il rispetto di standard organizzativi, professionali e qualitativi, e l'inclusione nella filiera dell'assistenza territoriale. Rivedere il sistema di accreditamento e riequilibrare il rapporto pubblico-privato, così come per l'area della **riabilitazione** che oggi presenta forti squilibri tra l'offerta pubblica e quella privata.
- 7. Fermare i processi di esternalizzazione e privatizzazione**, compreso il ricorso a professionisti "a gettone" nelle strutture ospedaliere pubbliche. Riformare il sistema degli accreditamenti anche al fine di contrastare il *dumping* contrattuale in un nuovo rapporto tra pubblico e privato, e gli standard assistenziali, sia nelle strutture ospedaliere che in quelle residenziali per anziani e disabili. Affrontare le **dinamiche degli appalti a tutela delle condizioni di lavoro e della qualità dei servizi** negli ospedali, nelle strutture socio-sanitarie e assistenziali: pulizie e sanificazione, ristorazione, manutenzione, smaltimento rifiuti, vigilanza ecc. Occorre porre fine alla costruzione di bandi con tagli di risorse messe a gara.
- 8. Riconoscere l'importanza della prevenzione e della promozione della salute**, nella consapevolezza che i livelli di salute delle persone e delle comunità dipendono da diversi determinanti. Occorre una particolare attenzione alla **salute e sicurezza nei luoghi di lavoro** e alle disuguaglianze di salute e di malattia che si sono manifestate nell'emergenza Covid-19.
- 9. Sostenere le persone non autosufficienti**, dando attuazione alle **specifiche leggi** e con **adeguate risorse** a carico della fiscalità generale, e promuovere **politiche per l'invecchiamento attivo** per realizzare un nuovo sistema di sostegno alla vita autonoma, un nuovo equilibrio a favore delle soluzioni di vita e di assistenza a domicilio. Necessario dare seguito alle disposizioni della Legge 234/2021 per la definizione dei LEPS sulla Non Autosufficienza e allo schema di Piano Nazionale sulla Non Autosufficienza 2022-2024.
- 10. Promuovere politiche per la piena inclusione sociale delle persone con disabilità** e sostegno per le famiglie che se ne fanno carico.

Scarica il Documento integrale "[Per uno Stato Sociale forte pubblico e universale](#)".



SALUTE e SANITA'

Nella Legge Bilancio e DEF

Nella **Legge di Bilancio 2024** sono previsti per l'anno in corso 136 miliardi di euro per la spesa sanitaria spesa sanitaria di cui 134 miliardi di euro per il Fabbisogno Sanitario Nazionale. Allarmante il rapporto tra Fabbisogno Sanitario Nazionale e PIL che, dal 6,3% del 2024 scende ulteriormente al 6,1 nel 2025 fino al 5,9% nel 2026: il valore più basso degli ultimi decenni.

Spesa sanitaria e Fabbisogno sanitario nazionale (Legge di Bilancio 2024)

	2021	2022	2023	2024	2025	2026
Spesa sanitaria*	127.451	131.103	134.734	135.946	140.701	143.172
% PIL	6,99	6,74	6,57	6,38	6,39	6,30
Fabbisogno sanitario nazionale*	122.061	125.960	129.954	134.013	135.391	135.591
% PIL	6,90	6,47	6,34	6,29	6,15	5,96

Ns. elab. dati [Corte dei Conti](#) - Legge Bilancio 2024. (*) Dati in Mil. €.

Purtroppo, non cambia lo scenario nelle scelte che il Governo ha prefigurato nel **DEF 2024**, dove negli anni 2025-2027 si aggrava l'inadeguatezza dell'incidenza della spesa sanitaria sul PIL che dal 6,4% di quest'anno, valore già molto basso, **scenderà ulteriormente fino al 6,2% per il 2027**: una scelta inconcepibile e inaccettabile a fronte della necessità di risorse che ha il nostro Servizio Sanitario Nazionale per garantire il diritto universale alla salute. Senza una robusta virata in sede di Legge di Bilancio 2025, si conferma la volontà politica del Governo Meloni di disinvestire e quindi, nei fatti, di proseguire nello smantellamento del SSN e nella privatizzazione della salute.

Previsione spesa sanitaria 2024-2027 (DEF 2024)

	2024	2025	2026	2027
Spesa sanitaria*	138.776	141.814	144.760	147.420
% PIL	6,4	6,3	6,3	6,2
tasso variazione spesa sanitaria in %	5,8	2,2	2,1	1,8

Ns. elab. Dai [MEF - DEF 2024](#)

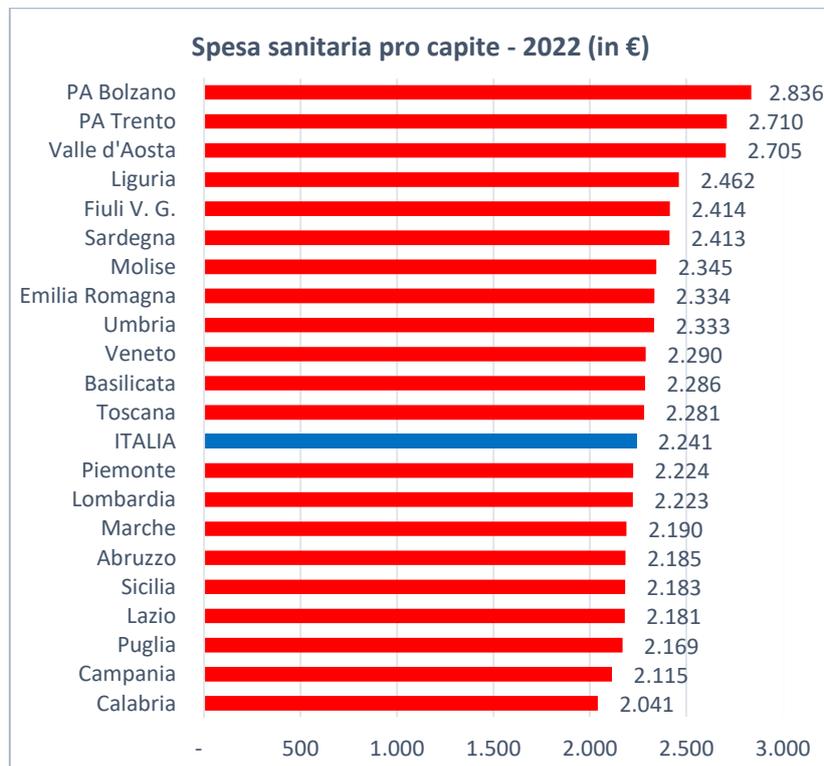


SALUTE e SANITA' Nei territori

Con queste pagine, che non hanno certo l'obiettivo di sviluppare un'analisi compiuta sui modelli sanitari regionali e territoriali, si vogliono invece fornire alcuni spunti che possono essere utili per ampliare analisi, riflessioni, rivendicazioni e dibattiti in merito alle variegate situazioni della sanità nelle diverse realtà territoriali, sia dal punto di vista economico finanziario che sul fronte dei servizi e delle prestazioni garantite. Si tratta di **indicatori che devono necessariamente essere contestualizzati** nei differenti livelli regionali e ulteriormente approfonditi, interpretati, disarticolati al fine di ridurre le forti differenze tra territori. Lo sforzo che dobbiamo generare si deve tradurre nel tentativo di indirizzare il decisore politico ad assumere scelte organizzative e finanziarie volte a **ridurre le diseguaglianze nella tutela del diritto alla salute e alla cura delle persone.**

Spesa sanitaria pro capite – 2022

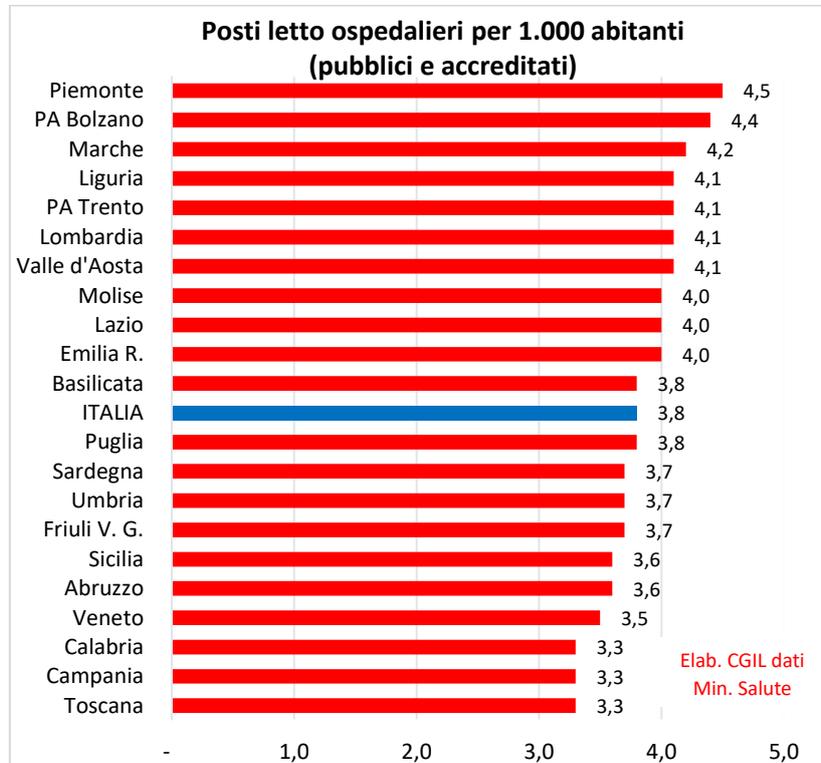
Secondo i dati della [Corte dei Conti](#), nel 2022, la **spesa sanitaria pro capite** è stata pari a **2.241 euro**, con notevoli differenze tra le regioni. È la stessa Corte dei Conti a rimarcare come tale variabilità interregionale metta in luce non tanto le differenze nei bisogni delle popolazioni quanto piuttosto le diverse capacità e modelli di produzione dell'assistenza a livello regionale.



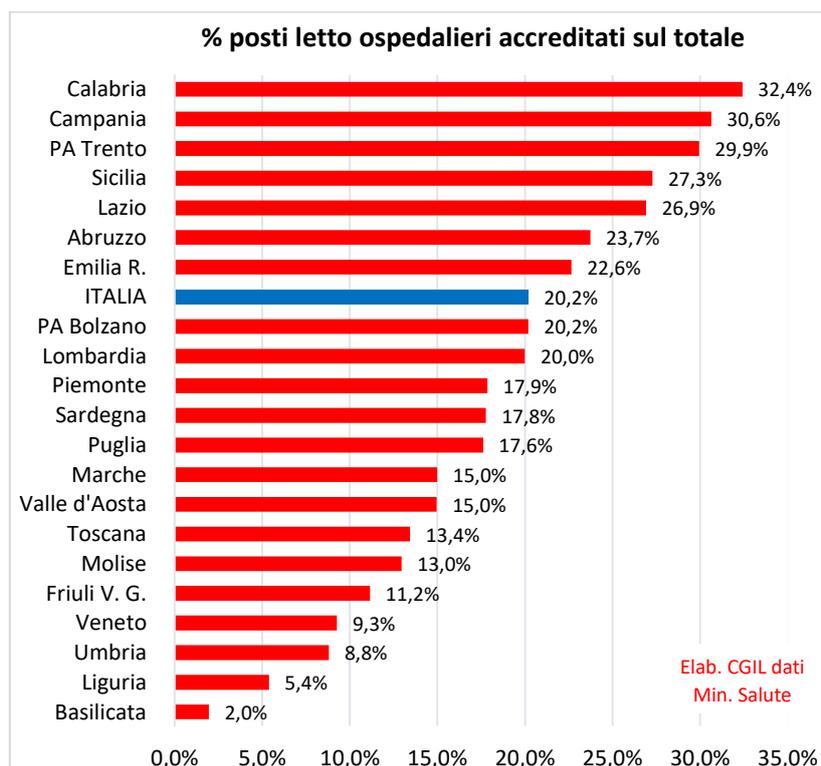
Elab. CGIL dati Corte dei Conti

L'assistenza ospedaliera

Secondi i dati del [Ministero della Salute](#), nel 2022 il SSN dispone e si avvale di **996 strutture di ricovero e cura** (di cui il 51,3% pubblici e 48,7% accreditati) con **225 mila posti letto complessivi** (236 mila nel 2021) di cui 204 mila per degenza ordinaria (79,2% pubblici), 12 mila per day hospital (89,2% pubblici) e 8 mila per day surgery (76,9% pubblici). Sono disponibili mediamente **3,8 posti letto ogni 1.000 abitanti** (4,0 nel 2021) di cui 3,2 posti letto per acuti e 0,6 posti per riabilitazione e lungodegenza.

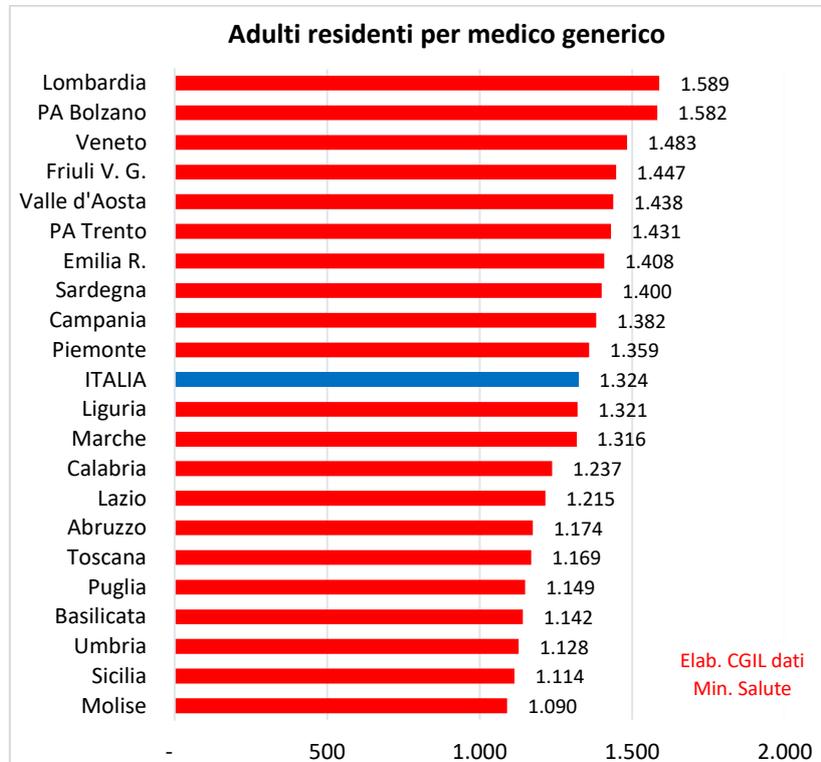


Dei 225 mila posti letto complessivi (degenza ordinaria, day hospital, day surgery), i **posti letto accreditati** rappresentano mediamente il **20,2%** del totale.

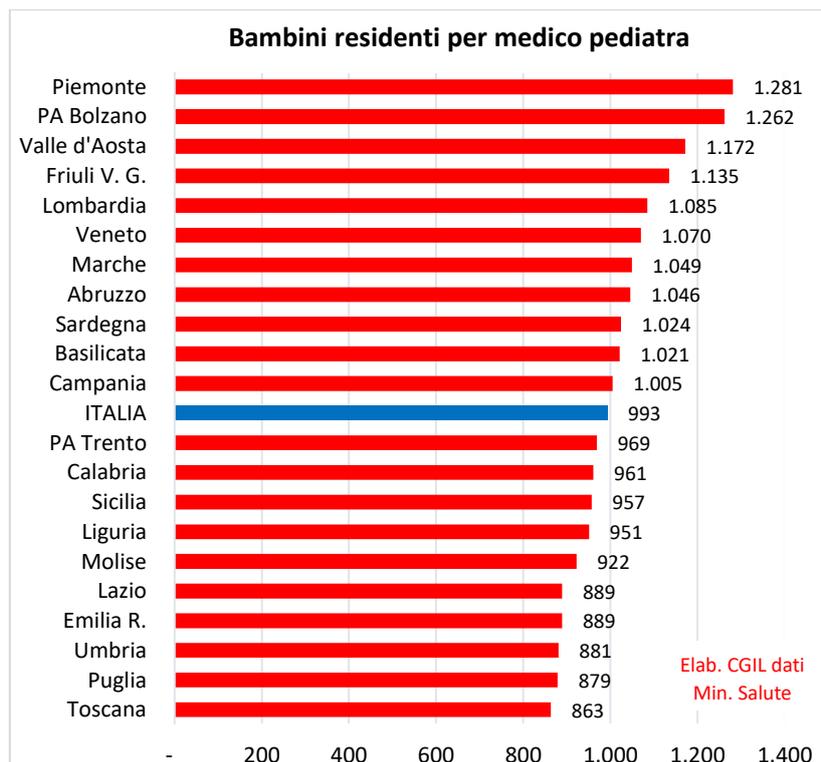


Medicina generale – 2022

Il contratto dei **medici di medicina generale** prevede, salvo eccezioni, che ciascun medico di medicina di base assista al massimo 1.500 pazienti adulti (di età superiore ai 13 anni). Secondo i dati del [Ministero della Salute](#), la media nazionale è di 1.324 assistiti per medico di medicina generale, con territori in cui si supera ampiamente il tetto massimo.



Ancora più difficile la situazione dei **pediatri di libera scelta** ciascuno dei quali dovrebbe assistere non più di 800 bambini (di età compresa fra 0 e 13 anni) ma a livello nazionale gli assistiti medi per pediatra sono addirittura 993 e in tutte le regioni, il dato medio è superiore a 800 bambini.

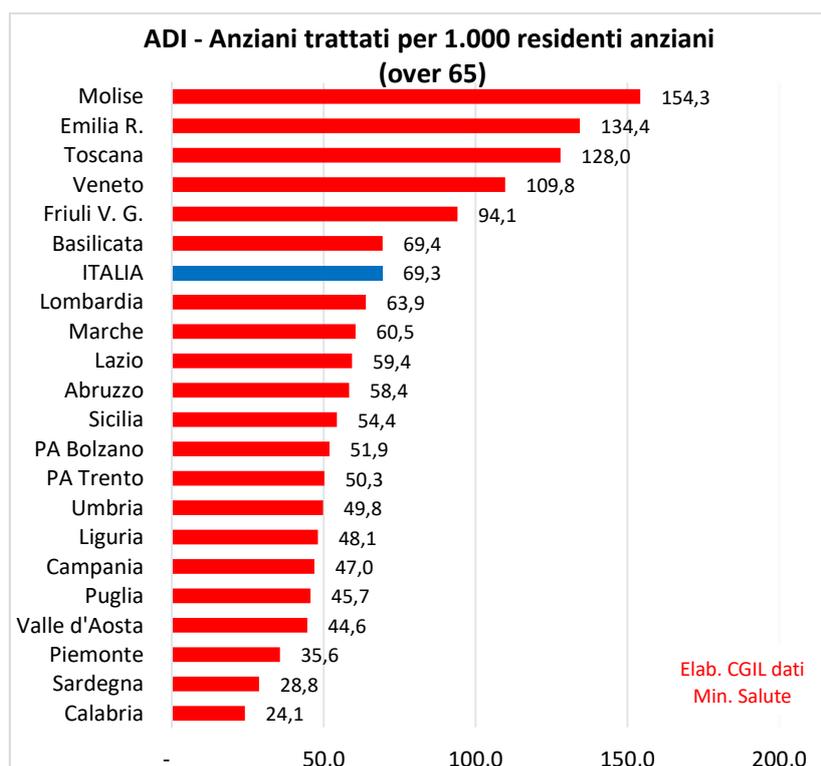


Assistenza domiciliare integrata – ADI

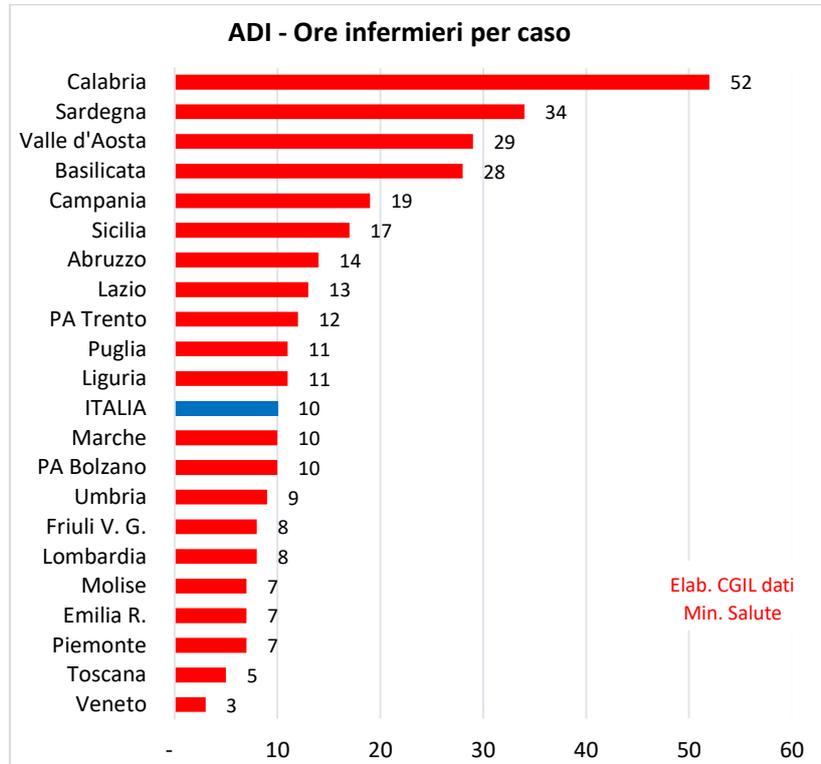
Secondo i dati del [Ministero della Salute](#), nel 2022 l'assistenza domiciliare integrata è stata garantita a 1,2 milioni di pazienti dei quali il 78,2% è rappresentato da anziani (over 65). In rapporto alla popolazione, sono stati trattati 2.109 casi ogni 100.000 abitanti (1.982 casi nel 2021), con livelli di presa in carico molto differenziati (v. grafico successivo su ADI – ore infermiere per caso trattato).



In rapporto alla popolazione anziana, nel 2022 sono stati trattati in Assistenza Domiciliare Integrata 69,3 anziani ogni 1.000 residenti over 65 (62,6 anziani nel 2021).

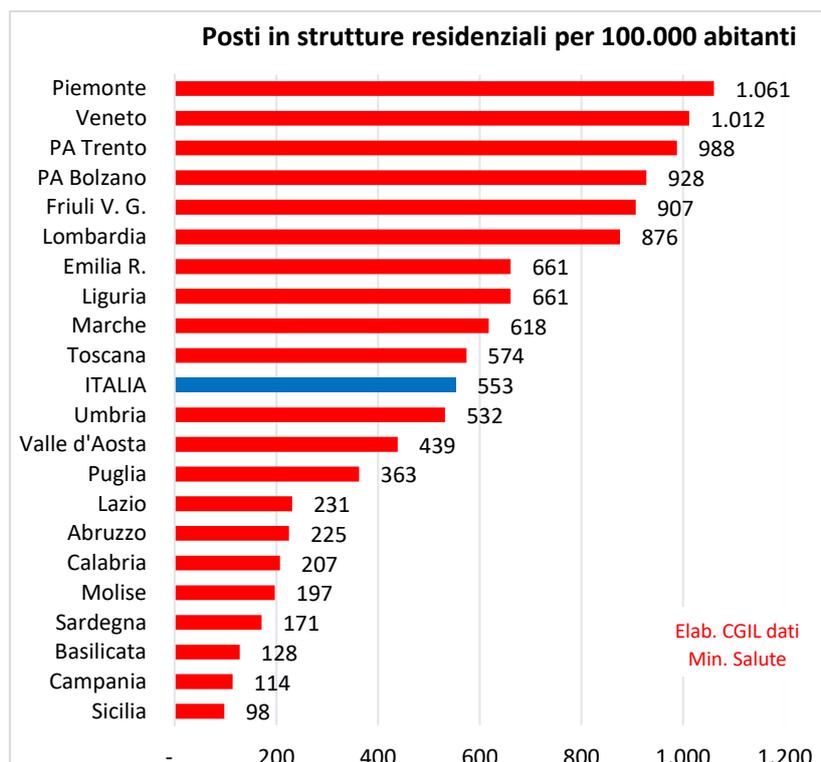


Mediamente a ciascun paziente sono state dedicate circa **18 ore di assistenza**, erogata in gran parte dal **personale infermieristico** (11 ore per caso). Le ore dedicate a **ciascun assistito anziano** sono state mediamente 16 di cui 10 erogate da personale infermieristico, 3 da terapisti della riabilitazione e 3 da altri operatori.

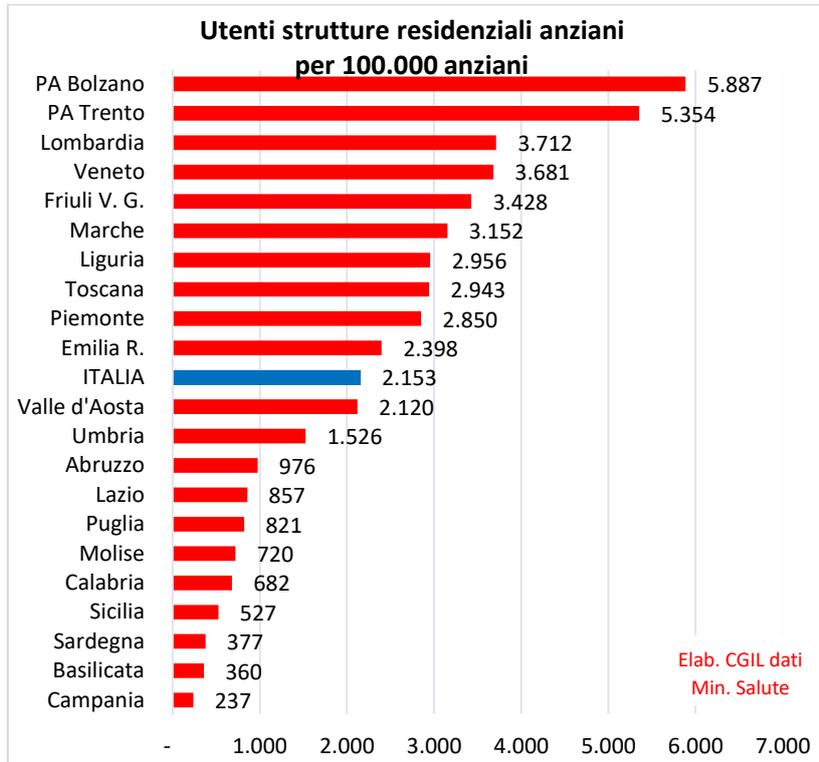


Strutture sanitarie residenziali e semiresidenziali

Per quanto riguarda le strutture territoriali, nel 2022 sono state censite **7.796 strutture residenziali** (Residenze Sanitarie Assistenziali, Case protette, Hospice, ecc.), 3.261 strutture semiresidenziali (Centri diurni psichiatrici, ecc.) e 3.961 strutture di altro tipo (Centri dialisi, Centri di salute mentale, Consultori familiari, ecc.). Nelle strutture residenziali e semiresidenziali sono stati censiti 326 mila posti pari a 553 ogni 100.000 abitanti.

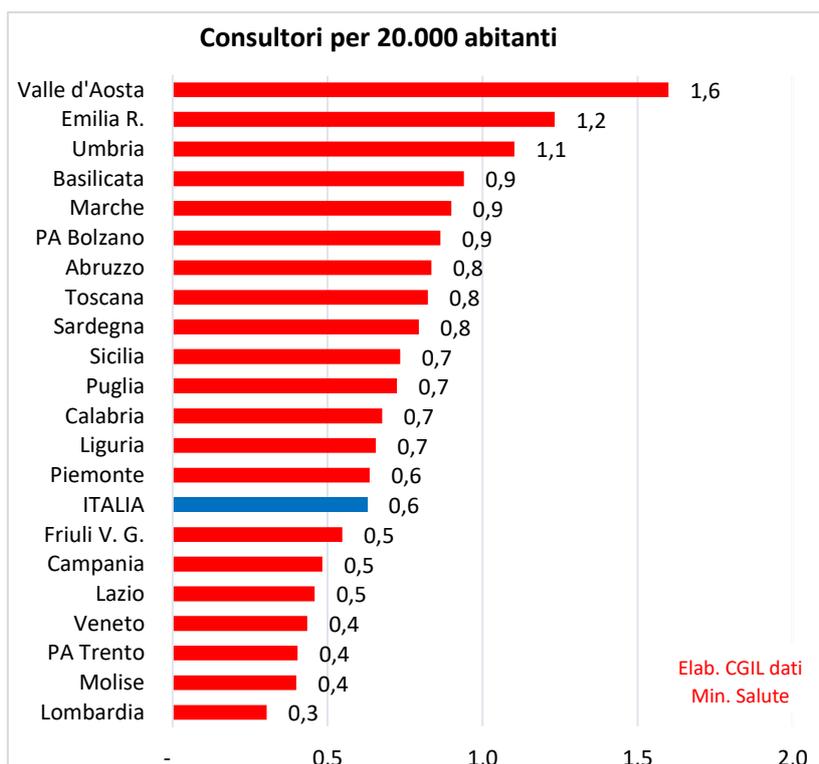


Il **70,0% dei posti nelle strutture residenziali e semiresidenziali** è dedicato all'assistenza degli anziani, il 11,7% all'assistenza psichiatrica, il 16,8% all'assistenza di disabili psichici e fisici e l'1,1% ai pazienti terminali. Per quanto riguarda l'assistenza agli anziani, nelle strutture residenziali risultano mediamente 2.153 utenti per 100.000 anziani.

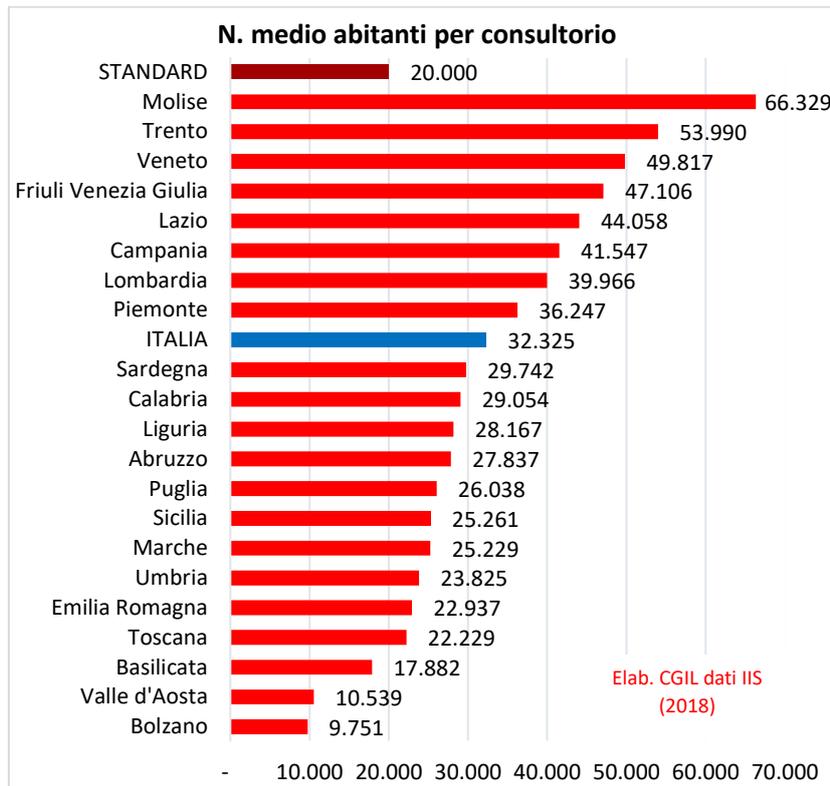


Consultori familiari

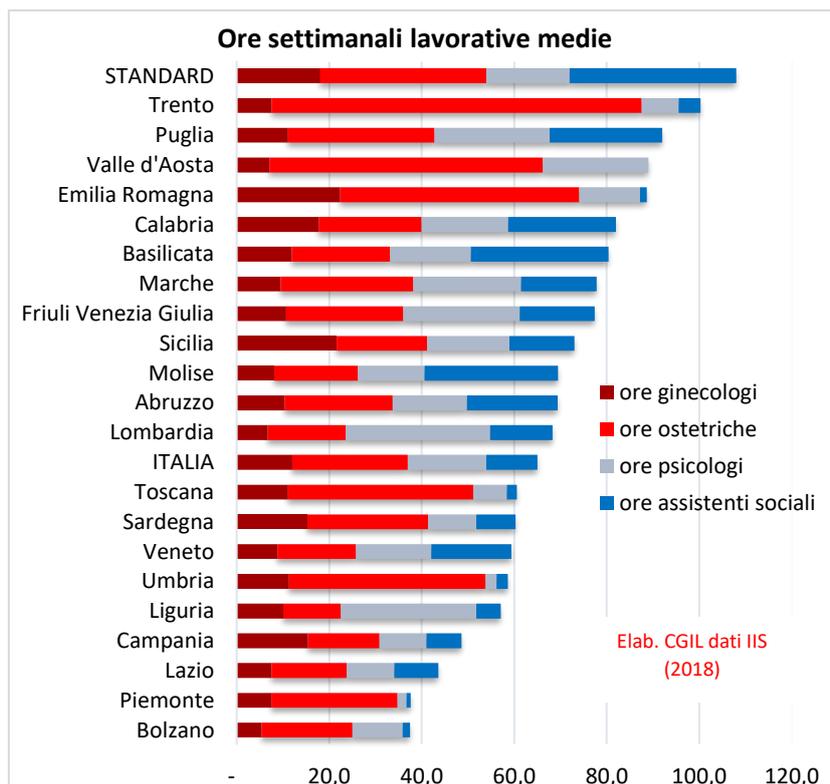
Secondo i dati del [Ministero della Salute](#), nel 2021 ci sono **1.871 consultori familiari pubblici** (1.925 nel 2020), ovvero 0,6 consultori ogni 20.000 abitanti, al di sotto della soglia stabilita dalla Legge 34/1996 e confermata dal DM 77/2022, che prevede almeno un consultorio familiare ogni 20.000 residenti (uno ogni 10.000 nelle aree interne).



In altri termini, il **bacino medio di popolazione** per consultorio è di oltre 32 mila abitanti, dunque notevolmente al di sopra del livello standard, con punte che arrivano ad essere oltre il triplo.



Notevolmente insufficiente il **personale impiegato nei consultori**. Come risulta nell'ultima indagine disponibile condotta dall'[Istituto Superiore di Sanità](#), le ore medie effettivamente svolte dalle quattro figure professionali sono di gran lunga inferiori a quelle indicate come standard: 12 ore per i ginecologi (a fronte di 18 ore standard), 25 ore per le ostetriche (36 ore standard), 17 ore per gli psicologi (18 ore standard), 11 ore per gli assistenti sociali (36 ore standard), peraltro con notevoli differenze tra le regioni.



Prestazioni specialistiche

Secondo i dati [Agenas](#), nel 2022 sono state erogate **206 milioni di prestazione specialistiche**, 22 milioni in meno rispetto al 2019, pari a -9,8%.

C'è quindi una difficoltà non solo a recuperare i ritardi accumulati ma anche a ritornare ai livelli prepandemici. Questo problema viene confermato anche da un'analisi compiuta da Agenas su un **campione di 10 prestazioni** di specialistica ambulatoriale, visite ed esami radiologici, che conferma anche come la crisi pandemica abbia contribuito ad accrescere le differenze tra regioni.

Prestazioni ambulatoriali per tipologia (campione di 10 prestazioni)

Tipologia prestazione	2019	2020	2021	2022	diff. 2022-19
Ecografia dell'Addome	3.810.887	2.897.258	3.371.104	3.522.277	-288.610
Ecografia Ginecologica/Ostetrica	1.073.779	887.504	967.649	996.468	-77.311
Elettrocardiogramma	5.227.600	3.411.075	3.903.274	3.995.497	-1.232.103
Prima Visita	21.780.634	13.845.332	16.928.468	18.406.481	-3.374.153
Prima Visita Ginecologica/Ostetrica	1.290.490	899.124	1.055.492	1.082.906	-207.584
Prima Visita Neurologica	1.164.624	749.315	936.773	995.288	-169.336
Prima Visita Oculistica	3.094.644	1.814.523	2.181.318	2.297.601	-797.043
RM Muscoloscheletrica	1.243.352	1.054.671	1.246.495	1.286.680	43.328
TC del Capo	801.025	670.249	794.632	846.657	45.632
Visita di Controllo	32.571.619	22.525.139	25.603.899	27.070.975	-5.500.644
Totale	72.058.654	48.754.190	56.989.104	60.500.830	-11.557.824

Prestazioni ambulatoriali per regione (campione di 10 prestazioni)

Regione	2019	2020	2021	2022	diff. 2022-19
Abruzzo	1.598.435	1.086.768	1.208.759	1.298.484	-299.951
Basilicata	640.970	265.997	402.450	544.615	-96.355
Calabria	1.816.241	1.023.724	1.076.281	1.242.003	-574.238
Campania	5.109.097	3.337.495	4.014.577	4.362.095	-747.002
Emilia Romagna	6.713.619	4.731.170	5.601.884	6.126.727	-586.892
Friuli-Venezia-Giulia	1.414.806	1.084.713	1.068.440	1.185.659	-229.147
Lazio	7.123.490	4.752.141	5.272.388	5.962.253	-1.161.237
Liguria	2.051.470	1.347.928	1.522.819	1.666.973	-384.497
Lombardia	12.813.065	8.895.450	11.434.677	12.010.137	-802.928
Marche	1.684.713	1.070.605	1.222.859	1.309.611	-375.102
Molise	338.759	223.437	204.205	282.135	-56.624
P.A Bolzano	887.970	476.846	544.050	515.600	-372.370
P.A.Trento	620.812	479.819	546.025	548.239	-72.573
Piemonte	6.531.284	4.411.778	4.920.521	5.129.178	-1.402.106
Puglia	4.017.884	2.883.780	3.248.307	3.392.177	-625.707
Sardegna	2.332.110	1.377.754	1.731.414	1.539.441	-792.669
Sicilia	4.721.916	3.197.933	3.649.708	3.638.461	-1.083.455
Toscana	4.946.770	3.681.517	4.351.841	4.484.181	-462.589
Umbria	1.191.436	771.404	879.392	921.874	-269.562
Valle D'Aosta	155.852	68.846	98.971	102.268	-53.584
Veneto	5.347.955	3.585.085	3.989.536	4.238.719	-1.109.236
Totale	72.058.654	48.754.190	56.989.104	60.500.830	-11.557.824

Sistema di Garanzia dei LEA - 2021

Il Sistema di Garanzia dei LEA rappresenta uno strumento attraverso il quale il [Ministero della Salute](#) verifica che l'erogazione dei **Livelli Essenziali di Assistenza** avvenga in condizioni di qualità, appropriatezza e uniformità.

Nel decennio 2010-2019 solo 5 regioni superavano l'85% degli adempimenti (Emilia Romagna, Toscana, Veneto, Piemonte, Lombardia). Con il DM 12 marzo 2019 è stato introdotto il **Nuovo Sistema di Garanzia** che prende in esame una serie di indicatori di valutazione dei servizi erogati nelle tre aree assistenziali: prevenzione, distrettuale, ospedaliera.

Nel 2021 ben **7 regioni non hanno garantito i LEA** (Calabria, Campania, Molise, PA Bolzano, Sardegna, Sicilia, Valle d'Aosta). Rispetto a questi dati occorre considerare anche gli effetti delle criticità attribuibile in parte alla pandemia.

La recente Relazione della [Corte dei Conti](#) sulla gestione dei Servizi Sanitari Regionali dedica il quarto capitolo ai LEA, dei quali è possibile rileggere la serie storica dal 2016 al 2021 sulla base dei parametri del Nuovo Sistema di Garanzia, da cui si evince un relativo peggioramento dei dati per le Regioni del Mezzogiorno rispetto alla precedente serie storica della "griglia LEA".

Nei grafici che seguono sono stati evidenziati i dati relativi ad **alcuni indicatori**, a titolo esemplificativo, uno per ciascuna area, dei tanti che compongono la griglia LEA.

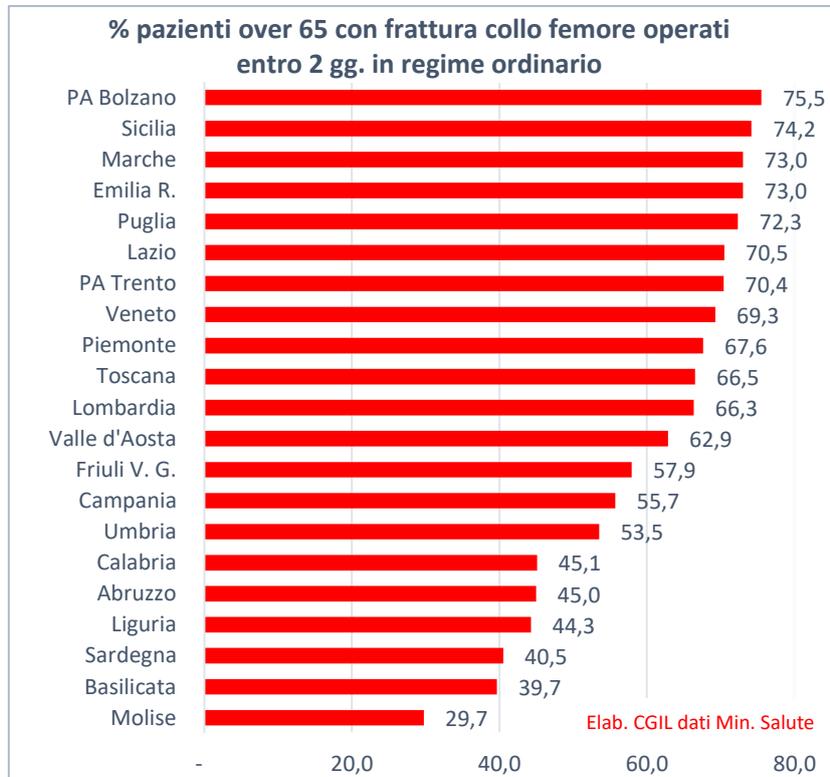
Sistema di Garanzia dei LEA - 2021

Prevenzione		Area distrettuale		Area ospedaliera	
PA Trento	92,55	Emilia R.	95,96	PA Trento	96,52
Umbria	91,97	Veneto	95,60	Emilia R.	94,50
Toscana	91,37	Toscana	95,02	Toscana	88,07
Emilia R.	90,73	Lombardia	93,09	Marche	85,90
Lombardia	86,84	Marche	89,38	Lombardia	85,33
Piemonte	86,05	Liguria	85,92	Veneto	84,65
Friuli V. G.	85,32	Piemonte	84,47	Umbria	82,31
Veneto	84,63	Friuli V. G.	79,42	Piemonte	81,36
Molise	82,99	PA Trento	79,33	PA Bolzano	80,75
Marche	82,62	Lazio	77,61	Puglia	79,83
Lazio	80,78	Umbria	73,64	Friuli V. G.	78,22
Basilicata	79,63	Abruzzo	68,46	Lazio	77,12
Campania	78,37	PA Bolzano	68,05	Sicilia	75,29
Abruzzo	77,74	Molise	65,40	Liguria	73,60
Liguria	73,05	Basilicata	64,22	Abruzzo	69,25
Puglia	67,85	Sicilia	62,19	Basilicata	63,69
Sardegna	61,63	Puglia	61,66	Campania	62,68
Calabria	52,96	Campania	57,52	Sardegna	58,71
PA Bolzano	51,97	Sardegna	49,34	Calabria	58,52
Sicilia	45,53	Valle d'Aosta	49,31	Valle d'Aosta	52,59
Valle d'Aosta	45,31	Calabria	48,51	Molise	48,55

Elab. CGIL dati Ministero Salute

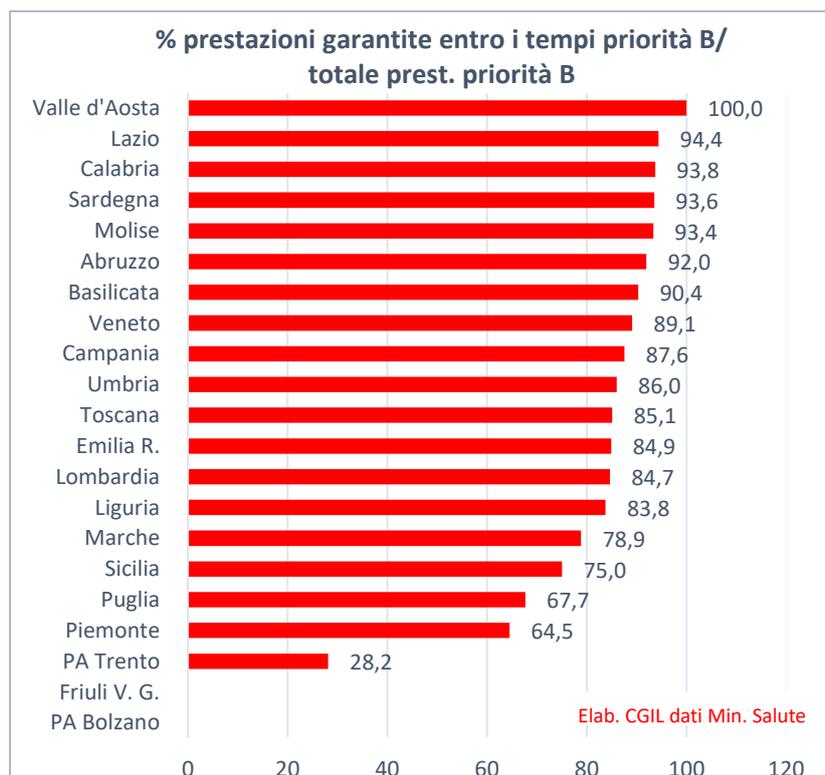
LEA - Area ospedaliera – 2021

Percentuale di pazienti over 65 con diagnosi di frattura del collo del femore operati entro due giorni in regime ordinario. Si tratta di un indicatore che valuta la capacità di presa in carico da parte della struttura ospedaliera e il tempo di risposta al bisogno di assistenza dei pazienti per i quali si rende necessario un intervento chirurgico entro 2 giorni. La soglia di sufficienza è ≥ 60 .



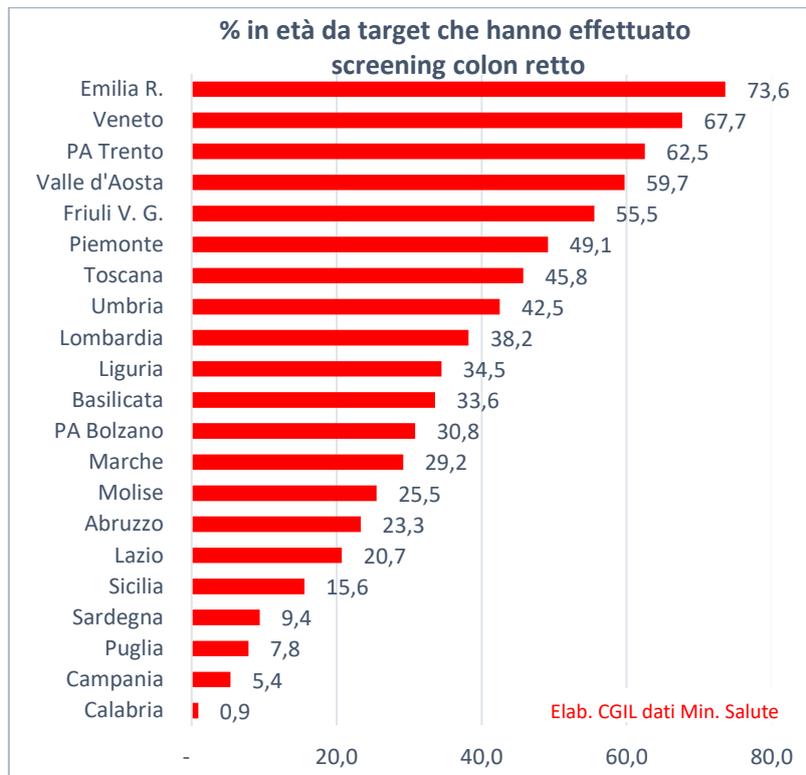
LEA - Area distrettuale – 2021

Percentuale di prestazioni, garantite entro i tempi, della classe di priorità B (Breve) in rapporto al totale di prestazioni di classe B. L'indicatore consente di misurare le capacità di governo dei tempi di attesa nel garantire le risposte al bisogno. La soglia di sufficienza è ≥ 60 .



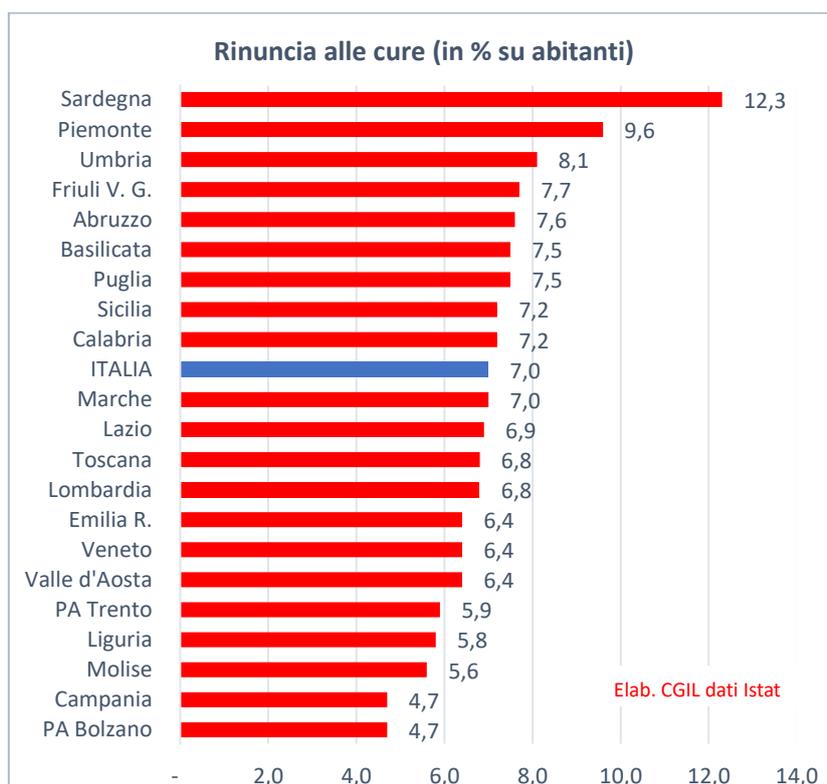
LEA - Area prevenzione – 2021

Percentuale di persone che hanno effettuato test di screening per colon retto. Si tratta di un indicatore che rileva la misura dei programmi organizzati di screening oncologici e dell'adesione agli stessi da parte della popolazione invitata. La soglia di sufficienza è ≥ 25 .



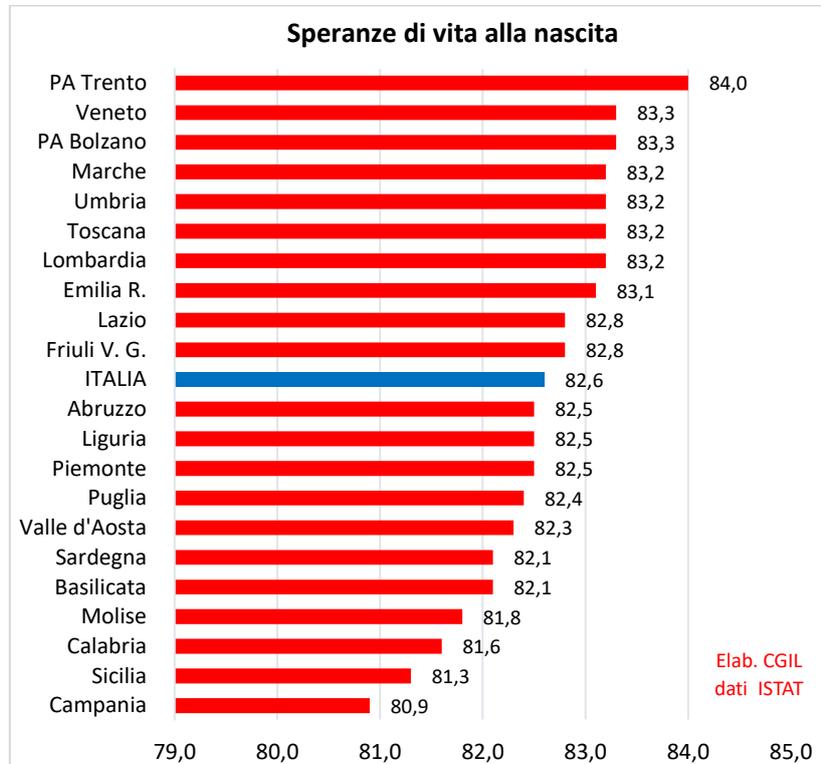
Rinuncia a prestazioni sanitarie e cure

Nel 2022 hanno **rinunciato a prestazioni sanitarie e cure**, pur avendone bisogno, per motivi economici, lista d'attesa lunga, mancanza di servizi o difficoltà di accesso, **4 milioni di persone** pari al 7,0% della popolazione ([ISTAT](#)).

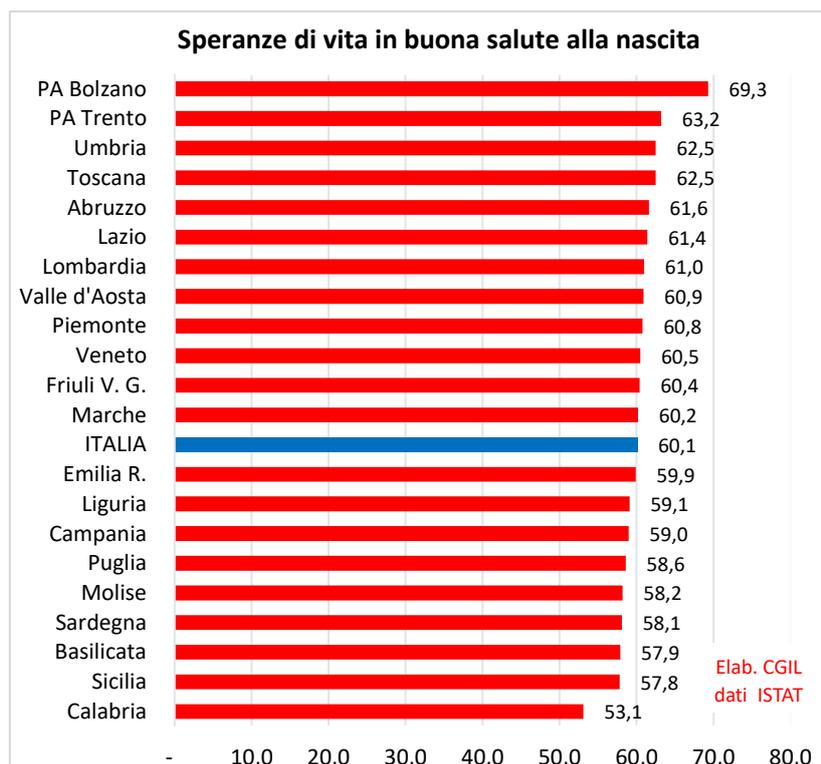


Speranza di vita

Le diseguaglianze nell'accesso ai servizi e alle cure incidono nelle **speranze di vita alla nascita** che mediamente è di 82,6 anni (con gap che nel 2022 supera i 3 anni tra il Trentino e la Campania), e soprattutto nell'aspettativa di vita in buona salute e in autonomia ([ISTAT](#)).

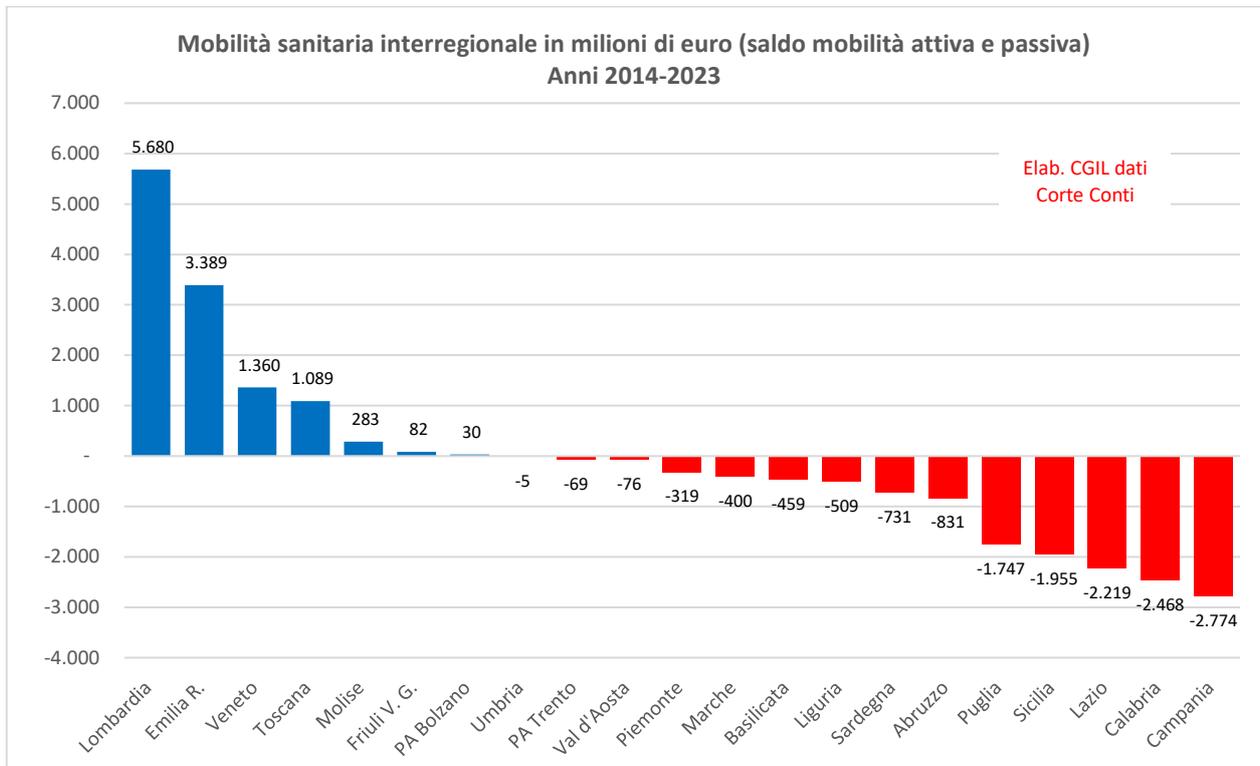


Sono profonde le diseguaglianze soprattutto nella **speranza di vita in buona salute** che mediamente è di 60,1 anni (ma con un gap che arriva a superare i 16 anni come tra il Trentino e la Calabria).

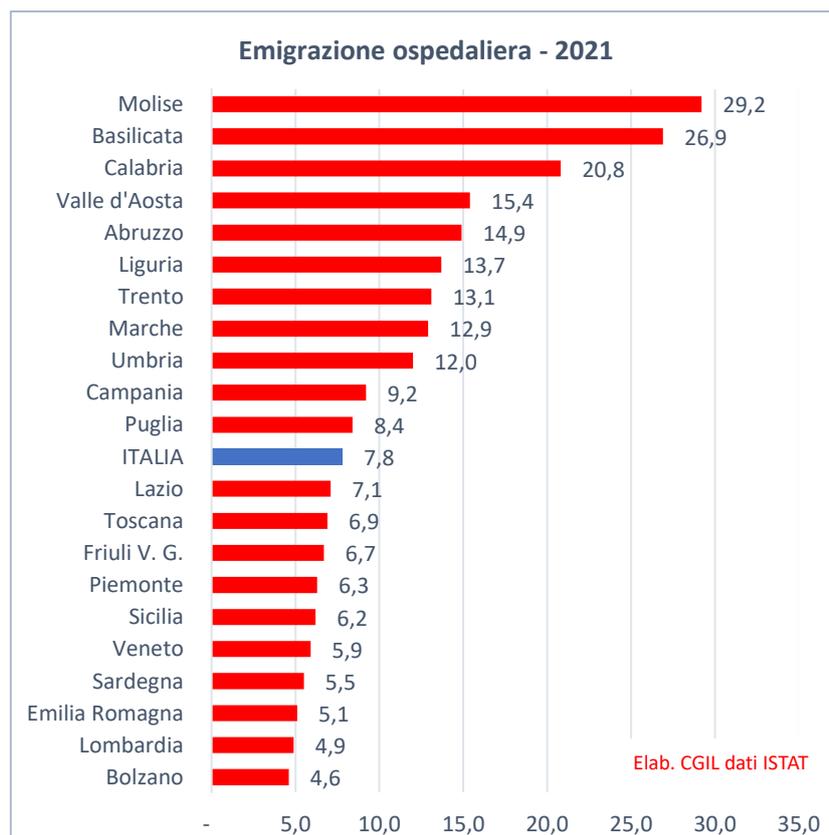


Mobilità interregionale

I divari che riguardano la tutela della salute e la sanità contribuiscono ad aggravare la **mobilità interregionale** a partire dall'emigrazione ospedaliera. Una mobilità che ha un flusso soprattutto dal Sud e verso quattro regioni (Lombardia, Emilia Romagna, Toscana e Veneto) a cui va la quasi totalità della mobilità attiva.



Secondo l'ISTAT, nel 2021 le **dimissioni ospedaliere** in regime ordinario per acuti effettuate in **regioni diverse da quella di residenza** rappresentano il 7,8% del totale delle dimissioni di pazienti residenti della regione, con un'articolazione territoriale che riflette le disuguaglianze nell'offerta di servizi sanitari tra le varie regioni.



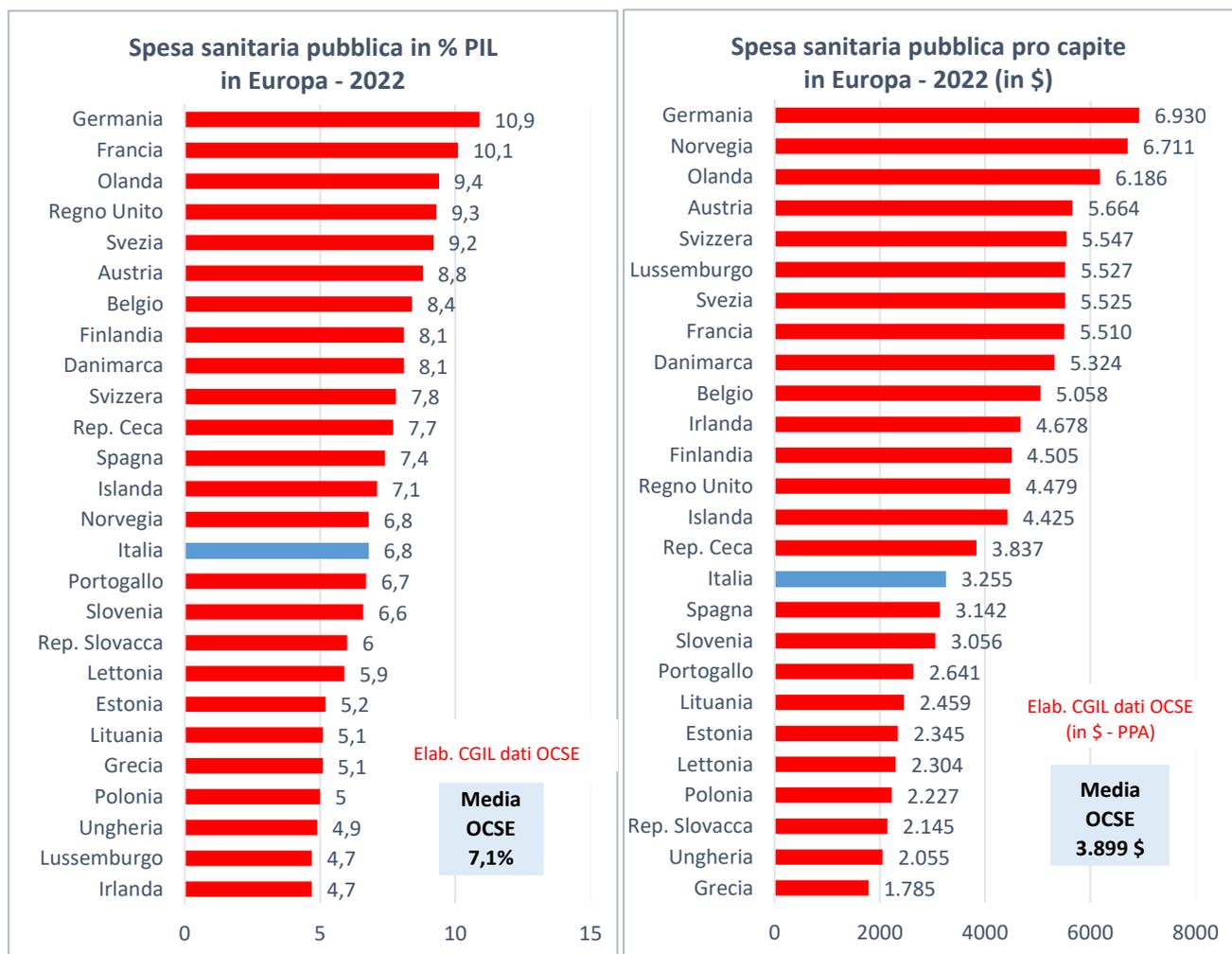


SALUTE e SANITA' In Europa

Spesa sanitaria pubblica in Europa – 2022

Secondo i dati [OCSE](#), ancora provvisori, in Italia la **spesa sanitaria pubblica** ha avuto nel 2022 un'incidenza rispetto al PIL del **6,8%**, inferiore alla media dei Paesi OCSE, pari al 7,1%, e di gran lunga inferiore a quello di Paesi come la Germania che ha destinato il 10,9% del PIL al finanziamento della sanità pubblica, la Francia il 10,1%, il Regno Unito il 9,3%. In valori pro-capite, la spesa per la sanità pubblica in Italia è stata pari a **3.255 dollari, ovvero 872 dollari in meno rispetto alla media OCSE**.

Impietoso il raffronto con la maggior parte dei Paesi europei: la Germania destina alla spesa sanitaria pubblica 6.930 dollari per abitante, più del doppio dell'Italia, la Francia 5.510 dollari, il Regno Unito 4.479 dollari, Paesi nei quali negli ultimi 10 anni la spesa sanitaria pubblica pro capite, a parità di potere d'acquisto, è notevolmente cresciuta.

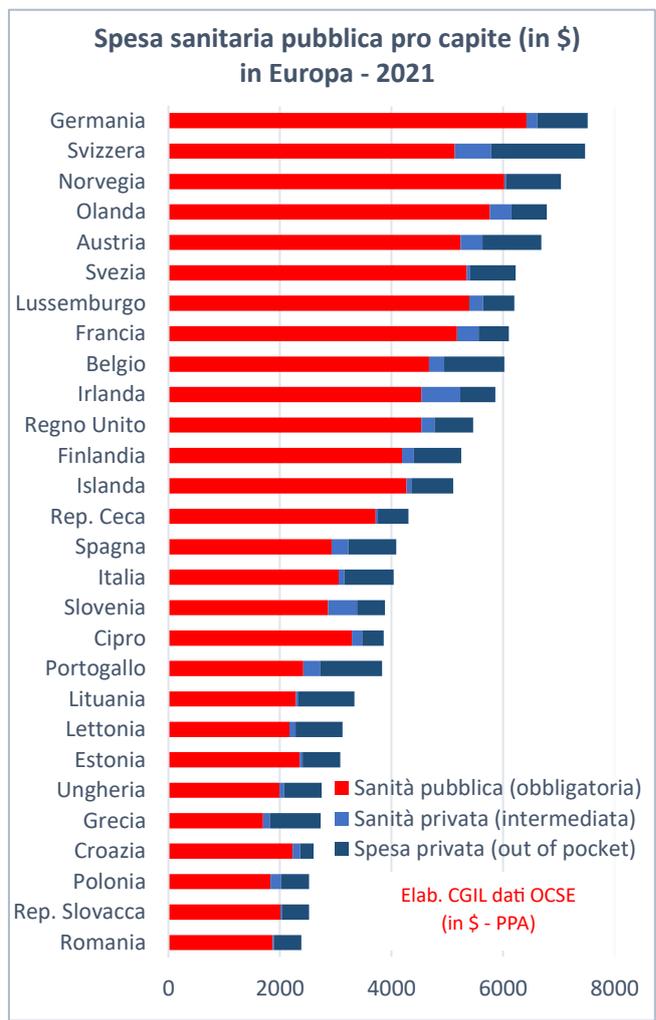
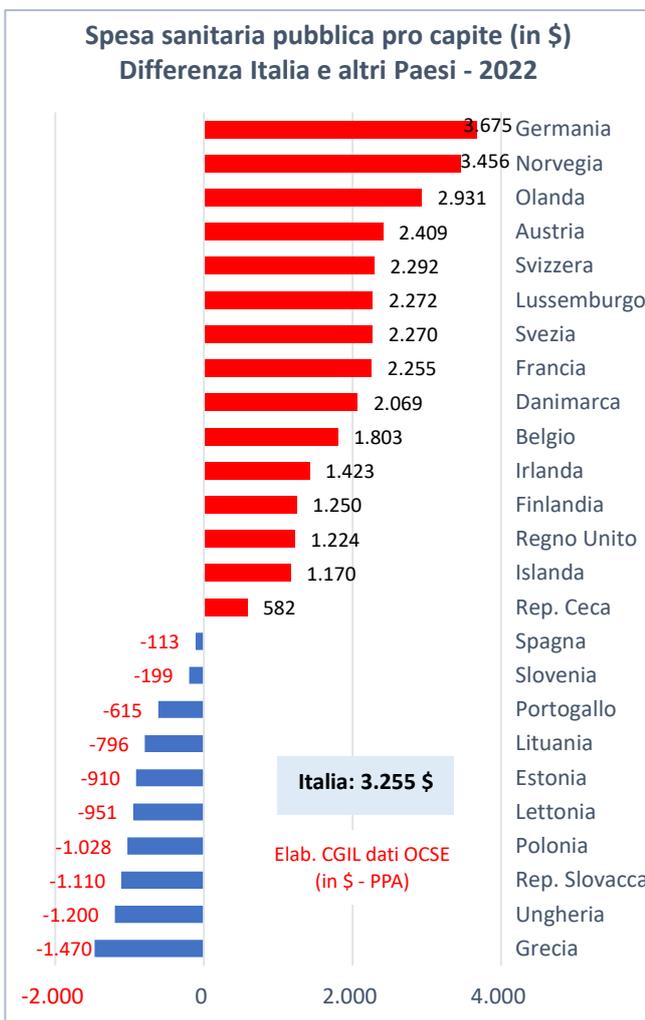


In pratica, la Germania spende 3.675 dollari per abitante in più rispetto all'Italia, e anche la Francia con 2.255 dollari e il Regno Unito con 1.224 superano abbondantemente la nostra spesa.

Per allinearsi alla media dei Paesi dell'Euro zona, l'Italia dovrebbe investire nella sanità pubblica circa **30 miliardi di euro in più all'anno e oltre 80 miliardi per raggiungere la Germania.**

L'Italia è anche tra i Paesi in Europa in cui è particolarmente elevata l'incidenza della **spesa privata** sul totale della spesa sanitaria. Infatti, su una spesa complessiva pro capite di 2.911 euro nel 2022, la spesa sanitaria pubblica rappresenta il 75,8% del totale, la spesa sostenuta dai cittadini di tasca propria incide per il 21,4%, pari (pari a 624 euro), mentre la spesa privata intermediata rappresenta il 2,7% (79 euro).

Nei Paesi come Germania o Francia, in cui si investe in modo rilevante nella sanità pubblica, la componente privata è nettamente inferiore. In particolare, la spesa out of pocket incide rispettivamente per l'11,0% e l'8,8%.





SALUTE e SANITA'

Le fonti

Le fonti utilizzate sono le seguenti:

- [Corte dei Conti – Relazione al Parlamento sulla gestione dei servizi sanitari regionali. Esercizi 2022-2023](#)
- [Ministero della Salute - Annuario Statistico del Servizio Sanitario Nazionale – Anno 2022](#)
- [Ministero dell’Economia e delle Finanze – Documento di Economia e Finanza 2024](#)
- [Istituto Superiore di Sanità - Indagine nazionale sui consultori familiari 2018-2019](#)
- [Agenas - Portale statistico](#)
- [Conferenza delle Regioni – Documento per l’audizione della Conferenza delle Regioni e delle Province Autonome della Commissione 10° del Senato della Repubblica in merito all’indagine conoscitiva sulle forme integrative di previdenza e di assistenza sanitaria nel quadro dell’efficacia complessiva dei sistemi di welfare e di tutela della salute.](#)
- [Corte dei Conti - Rapporto 2023 sul coordinamento della finanza pubblica](#)
- [ISTAT – I divari territoriali nel PNRR: dieci obiettivi per il Mezzogiorno](#)
- [ISTAT – Il benessere equo e sostenibile](#)
- [ISTAT - Indagine conoscitiva sulle forme integrative di previdenza e di assistenza sanitaria nel quadro dell’efficacia complessiva dei sistemi di welfare e di tutela della salute](#)
- [Ministero della Salute - Monitoraggio dei LEA attraverso il Nuovo Sistema di Garanzia – Anno 2021](#)
- [Ministero della Salute - Relazione Ministro Salute attuazione Legge 194/78 tutela sociale maternità e interruzione volontaria di gravidanza - dati definitivi 2021](#)
- [OCSE - Spesa sanitaria e finanziamenti](#)
- [Ragioneria Generale dello Stato – Il monitoraggio della spesa sanitaria](#)