



SALUTE_e SANITA'

Verso la Legge di Bilancio

A cura dell'Area Stato Sociale e Diritti



Ottobre 2023



SALUTE_eSANITA'

Verso la Legge di Bilancio

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

Impietoso il **raffronto della spesa sanitaria pubblica dell'Italia con quella gli altri Paesi Europei**, rispetto ai quali l'Italia è il fanalino di coda con gap sempre più difficili da colmare. Un'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 (v. pagine successive). 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, Paesi nei quali 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 media dell'Eurozona (a parità di potere d'acquisto), al Servizio Sanitario Nazionale italiano **occorrerebbero circa 27 miliardi di euro in più all'anno e oltre 80 miliardi** 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 NADEF 2023 nella quale il Governo Meloni, dopo una revisione al ribasso per l'anno in corso di 1,3 miliardi di euro rispetto al DEF e un ulteriore taglio di 1,8 miliardi, pari a -1,3%, prevista per il 2024 rispetto al 2023, affossa il finanziamento del SSN al 6,2% del PIL a partire dal 2024 per scendere al 6,1% nel 2026: il valore più basso degli ultimi decenni. Il Governo sta quindi programmando e pianificando il collasso del Servizio Sanitario Nazionale.

Una situazione davvero insostenibile e una prospettiva assolutamente da scongiurare. Oltre alla CGIL, nei mesi scorsi, seppur in ritardo, anche le **Regioni hanno 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 ha portato molte Regioni a ricorrere all'utilizzo di risorse proprie e straordinarie, ma come tali irripetibili, e nonostante lo sforzo, le regioni continuano a misurarsi con le difficoltà di chiudere in equilibrio i propri bilanci. Considerando la differenza tra le entrate previste dallo Stato per la copertura dei LEA e delle spese sostenute per l'assistenza sanitaria, la **Corte dei Conti** ha 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 continuano a denunciare come il livello del finanziamento del Servizio Sanitario Nazionale per l'anno in corso non sia *"minimamente adeguato per consentire la sostenibilità della programmazione sanitaria"*.

In questo scenario, nel progetto inviato a Bruxelles a luglio scorso, la **rimodulazione degli obiettivi della Missione 6 del PNRR** definiti dal Governo Meloni, che la CGIL ha criticato, si traduce nel taglio di 414 Case della Comunità (-31%), 96 Ospedali di Comunità (-24%) e 76 Centrali Operative Territoriali (-13%). Vengono sostanzialmente eliminati dai finanziamenti oltre 2 miliardi di euro per la realizzazione di tutte le nuove strutture. Sostenere, come fa il Governo, che le risorse mancanti saranno reperite dal Fondo per l'edilizia sanitaria è una pura ipocrisia visto che quelle risorse hanno una destinazione precisa e utilizzarle per case e ospedali di 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. Le tempistiche per il raggiungimento degli obiettivi che potranno essere successive alla metà del 2026 suonano come una resa da parte del Governo e una sconfitta per l'intero Paese: altri 3 anni di sole promesse. Tagli anche ai fondi per il Fascicolo sanitario elettronico (FSE) con conseguente limitazione della possibilità di uniformare a livello nazionale i contenuti dei documenti digitali sanitari, le funzioni e l'esperienza utente, l'alimentazione e consultazione da parte dei professionisti della sanità. Ancora da realizzare l'investimento per i posti letto di terapia intensiva. 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.

I rischi, 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, sono principalmente due. Il primo, nel rapporto tra istituzioni, è che cada nel vuoto il grido delle Regioni che segnalano impietosamente come in mancanza di un adeguato finanziamento statale, si dovrà inevitabilmente fare i conti con la **riduzione dei servizi o l'aumento della fiscalità generale**: uno scenario nel quale sarà *"irrimediabilmente compromesso il sistema sanitario universalistico italiano"*.

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 diseguglianze nell'accesso a prestazioni e cure ma incide notevolmente nelle condizioni economiche e nell'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 ha 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 risultano 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 diseguglianze 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 diseguglianze che si acquiscono osservando l'insieme dell'offerta sanitaria e socio-sanitaria, e 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.

Diseguaglianze che incidono nell'aspettative di vita alla nascita così come nelle aspettative di vita in buona salute.

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

I tagli alle risorse, il tetto alla spesa per il personale, il blocco al turn over 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 **carenza 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, vanno 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).

Sugli obiettivi confederali, chiari, precisi e impegnativi, proseguirà la mobilitazione e la battaglia per mettere in sicurezza e rilanciare il SSN, conquista irrinunciabile e pilastro di democrazia e giustizia sociale. Per questo è importante che, a sostegno dei dieci punti della piattaforma confederale, venga sollecitata **in tutti i Consigli comunali l'approvazione di ordini del giorno** che chiedano alle rispettive Regioni e Province Autonome di **assumere iniziative verso il Governo nazionale per stanziare**, già nella prossima Legge di Bilancio, **le necessarie risorse per il Servizio Sanitario Nazionale**.

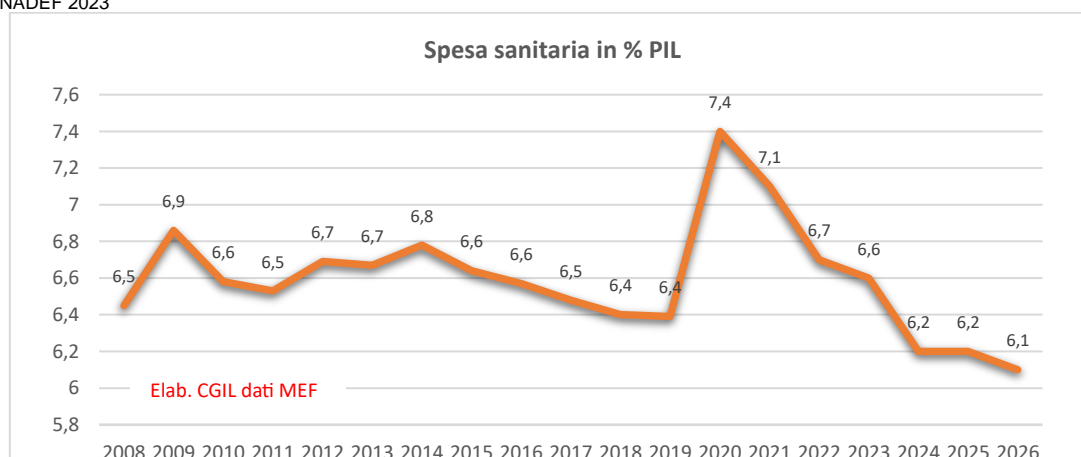
Ciò a maggior ragione alla luce della **Nota di Aggiornamento del Documento di Economia e Finanza (NADEF 2023)** che conferma e aggrava la **politica dei tagli al finanziamento della spesa sanitaria sul PIL del Governo**: tagli inaccettabili rispetto ai bisogni crescenti della popolazione e inconcepibile a fronte della necessità di risorse che il Servizio Sanitario Nazionale ha per garantire il diritto universale alla salute.

Oltre alla **revisione al ribasso dello stanziamento per l'anno in corso (-1,3 miliardi, pari a -1,0%)** a cui si aggiunge un **ulteriore taglio per il 2024 (-1,8 miliardi, pari a -1,3%)**, la **spesa sanitaria scende al 6,2% del PIL per il 2024, per poi scendere ulteriormente fino al 6,1% nel 2026: il valore più basso degli ultimi decenni, e la conferma della volontà politica del Governo Meloni di disinvestire e quindi, nei fatti, di proseguire nello smantellamento del SSN e nella privatizzazione della salute.**

Spesa sanitaria 2019-2026 - NADEF

	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025	2026
Spesa sanitaria (mil. €)	115.663	122.665	127.451	131.103	134.734	132.946	136.701	138.972
tasso di variazione in %	-	6,1%	3,9%	2,9%	2,8%	-1,3%	2,8%	1,7%
in % di PIL	6,4%	7,4%	7,1%	6,7%	6,6%	6,2%	6,2%	6,1%
Differenza rispetto al DEF (mil. €)				-	- 1.309	209	1.667	573
Differenza anno precedente a legislazione vigente (mil. €)						-1.788	3.755	2.271

Dati NADEF 2023



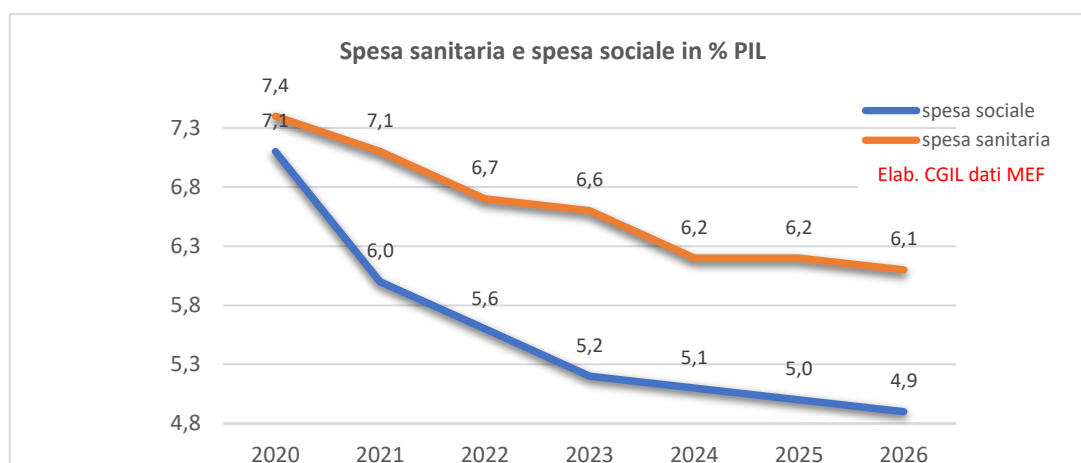
I principi fondamentali del servizio sanitario - universalità, uguaglianza ed equità - ancor prima di raggiungerli pienamente su tutto il territorio nazionale, saranno inesorabilmente messi in discussione: un disastro sanitario, sociale ed economico senza precedenti. È paradossale, oltre che gravissimo, 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.

Nella NADEF viene **rivista al ribasso** in maniera significativa, anche la **spesa per prestazioni sociali** (al netto delle pensioni), sia in valore assoluto che in relazione al PIL, a partire dalla spesa sostenuta nel 2022, a quella prevista per l'anno in corso e per gli anni successivi.

Spesa per prestazioni sociali (escluse pensioni) 2020-2026 - NADEF

	2020	2021	2022	2023	2024	2025	2026
Spesa prestazioni sociali (mil. €)	117.729	111.605	109.711	106.530	108.270	109.200	110.430
tasso di variazione in %	-	-5,2%	-1,7%	-2,9%	1,6%	0,9%	1,1%
in % di PIL	7,1%	6,2%	5,6%	5,2%	5,1%	5,0%	4,9%
Differenza rispetto al DEF (mil. €)			- 212	- 210	- 90	- 120	- 140

Dati NADEF 2023



Inoltre, in vista della manovra 2024-2026, il Governo dichiara quali collegati alla Legge di Bilancio, **una serie di disegni di legge** su diverse materie tra i quali: interventi a favore delle politiche di contrasto alla povertà, misure a sostegno della maternità nei primi mesi di vita del bambino, misure per il sostegno alle famiglie numerose, codice in materia di disabilità, in materia di riorganizzazione e potenziamento dell'assistenza territoriale nel Servizio Sanitario Nazionale e dell'assistenza ospedaliera, delega in materia di riordino delle professioni sanitarie e degli enti vigilati dal Ministero della Salute, e altri.

Per tutte queste ragioni, occorre proseguire nelle iniziative di mobilitazione e, dopo l'importante **manifestazione che si è svolta a Roma il 24 giugno scorso**, promossa dalla CGIL congiuntamente a un centinaio di associazioni e reti di associazioni, che ha portato in piazza tanti lavoratori, pensionati, operatori sanitari, cittadini, studenti, esponenti del mondo della cultura, amministratori locali, tutti insieme per difendere e rilanciare il Servizio sanitario nazionale e rivendicare il diritto alla salute delle persone e delle comunità, lo stesso impegno e lavoro capillare sta continuando nella preparazione della **manifestazione del 7 ottobre, "La Via Maestra, insieme per la Costituzione"**, volta a rivendicare un più giusta idea di Paese e di società.

Ottobre 2023

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. **Aumentare il finanziamento pubblico, oltre a quanto già previsto, di almeno 5 miliardi l'anno per i prossimi 10 anni** 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](#)".



LA VIA MAESTRA
INSIEME PER LA COSTITUZIONE

ROMA 7 OTTOBRE

Manifestazione Nazionale

PIAZZA SAN GIOVANNI ore 15:30
Partenza cortei ore 14



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 disegualianze nella tutela del diritto alla salute e alla cura delle persone.**

Spesa sanitaria pro capite – 2022

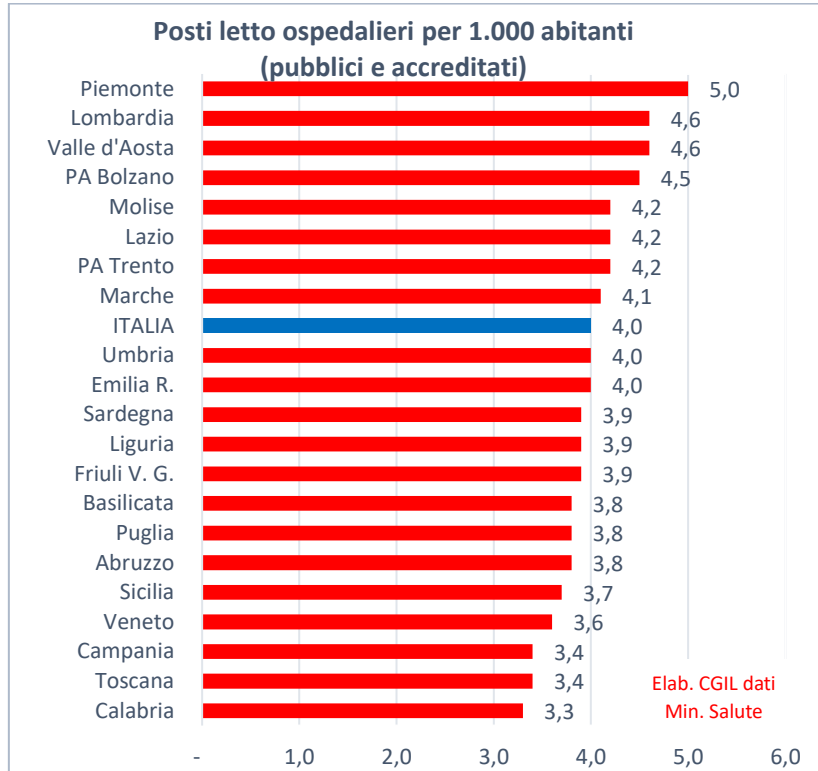
Secondo i dati della [Corte dei Conti](#), nel 2022, la **spesa sanitaria pro capite** è stata pari a **2.241 euro**, con notevoli differenze tra le regioni. È la stessa Corte dei Conti a rimarcare come tale variabilità interregionale metta in luce non tanto le differenze nei bisogni delle popolazioni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



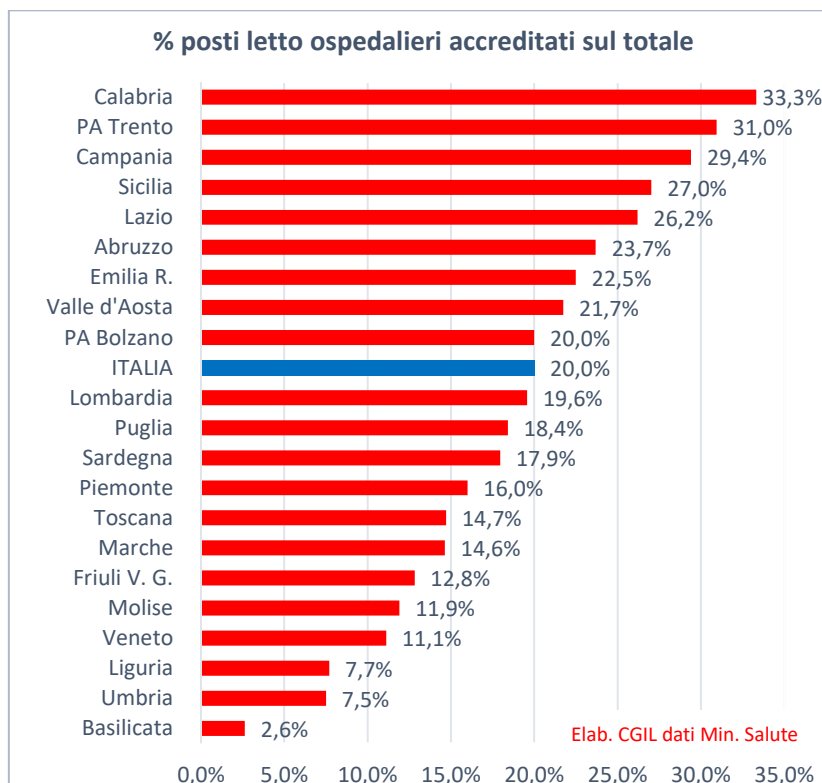
Elab. CGIL dati Corte dei Conti

L'assistenza ospedaliera

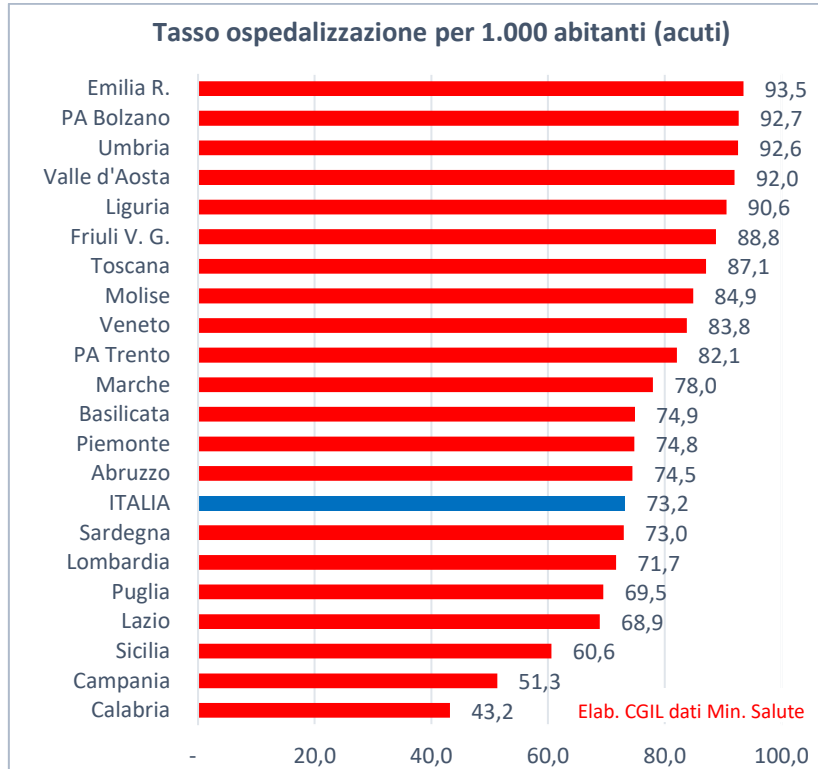
Secondi i dati del [Ministero della Salute](#), nel 2021 il SSN dispone e si avvale di **995 strutture di ricovero e cura** (di cui il 51,4% pubblici e 48,6% accreditati) con **236 mila posti letto complessivi** di cui 214.00 per degenza ordinaria (80,0% pubblici), 12.027 per day hospital (88,6% pubblici) e 8.132 per day surgery (76,7% pubblici). Sono disponibili mediamente **4,0 posti letto ogni 1.000 abitanti** di cui 3,4 posti letto per acuti e 0,6 posti per riabilitazione e lungodegenza.



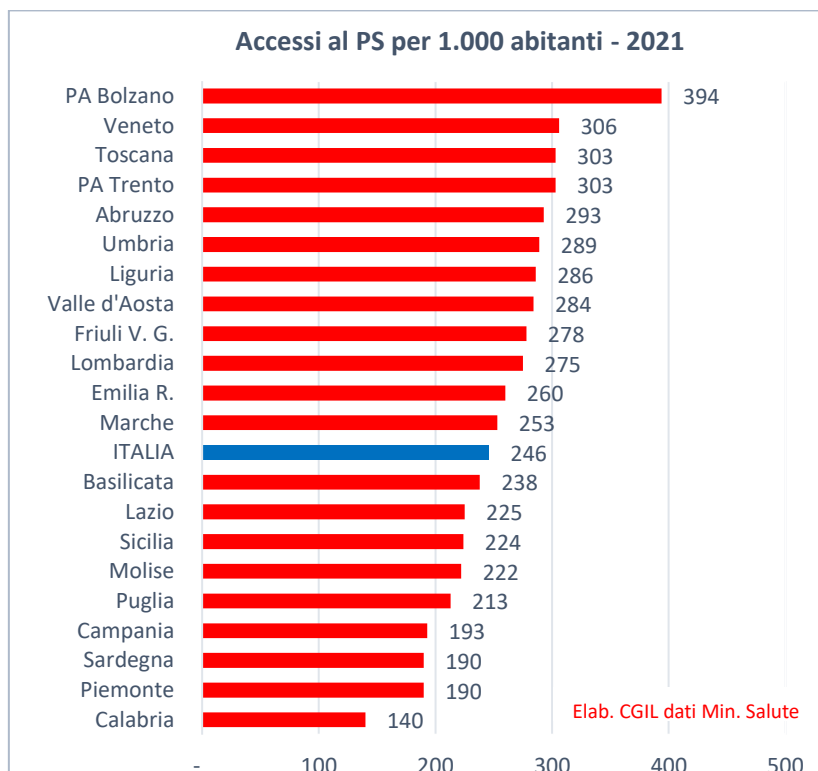
Dei 236.481 posti letto complessivi (degenza ordinaria, day hospital, day surgery), i **posti letto accreditati** rappresentano mediamente il **20,0%** del totale.



Nel 2021, nelle strutture pubbliche e accreditate, sono stati effettuati **5,2 milioni di ricoveri per acuti** in regime ordinario (di cui l'84,5% negli ospedali pubblici) con **38,3 milioni di giornate di degenza** (l'89,1% negli ospedali pubblici). La **degenza media per acuti** negli ospedali pubblici è di 7,9 giorni. I ricoveri per non acuti sono stati 305 mila con 7,9 milioni di giornate di degenza (44,2% nelle strutture pubbliche). Il **tasso di ospedalizzazione per acuti**, ovvero il numero di ricoveri per l'ammontare della popolazione, in regime ordinario negli ospedali pubblici è di 73,2 ricoveri per 1.000 abitanti.

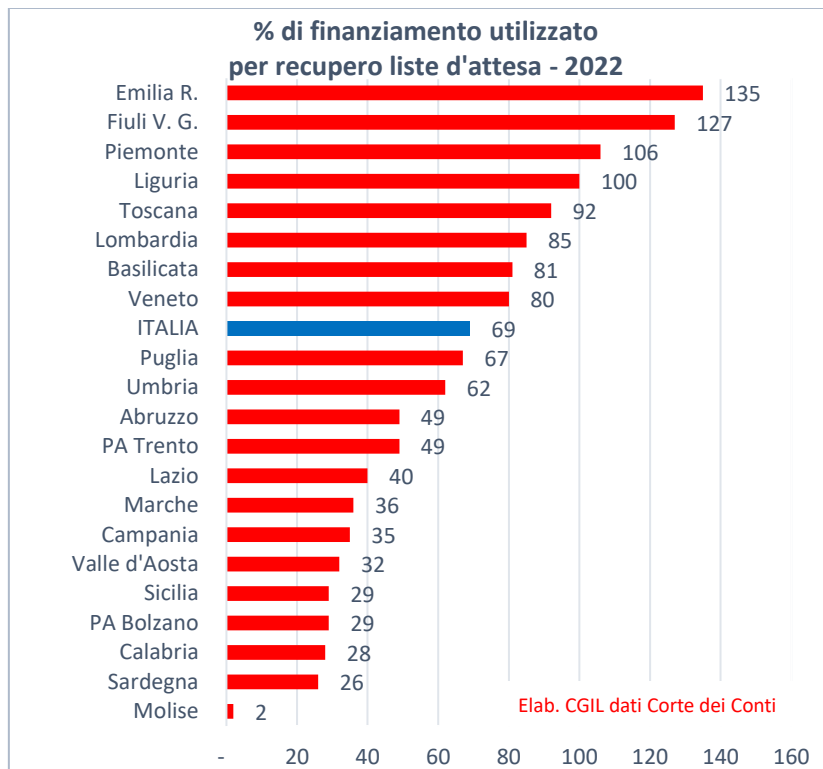


Nel 2021 si sono registrati **14,5 milioni di pazienti** che hanno avuto accesso al **Pronto Soccorso**, pari a 246 accessi per 1.000 abitanti, di cui 2,3 milioni sono poi stati ricoverati.



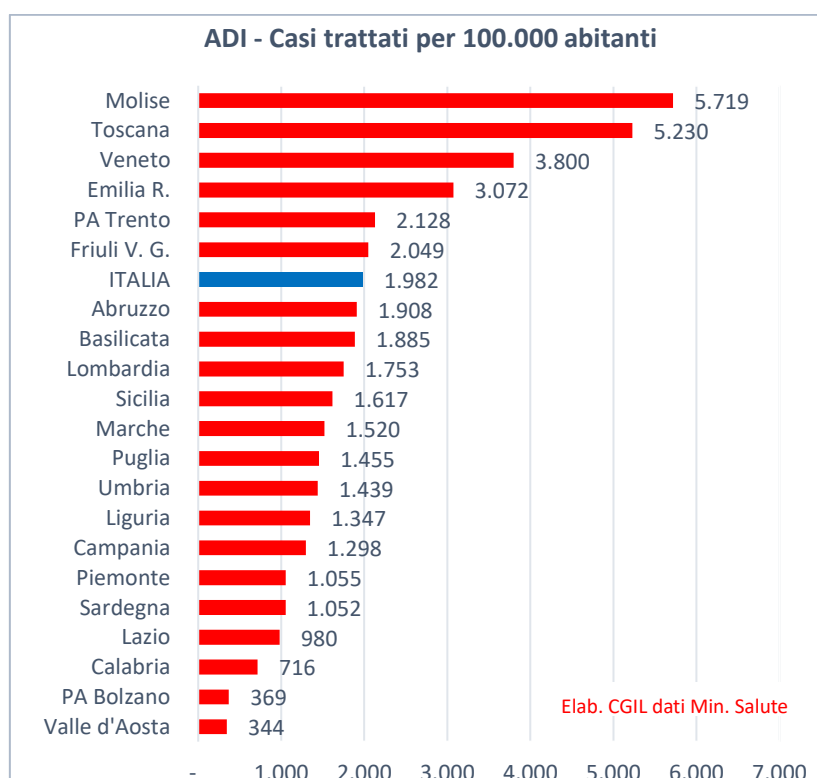
Recupero liste d'attesa. Spesa rendicontata – 2022

Secondo i dati della [Corte dei Conti](#), solo il 70% delle risorse stanziare per il **recupero delle liste d'attesa** (500 milioni di €), è stato utilizzato, con una forte disomogeneità tra regioni.

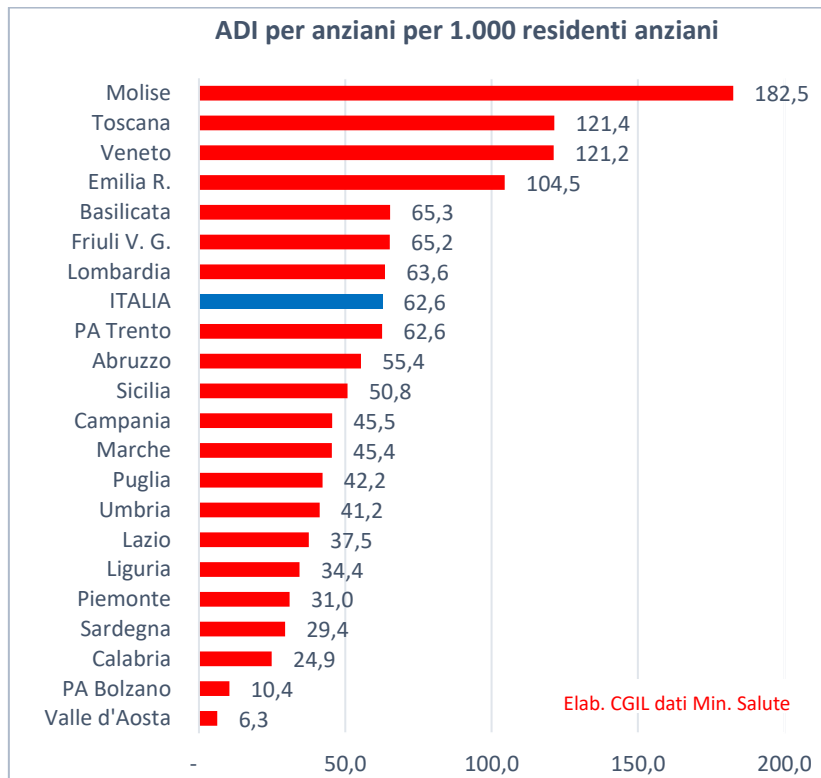


Assistenza domiciliare integrata – ADI

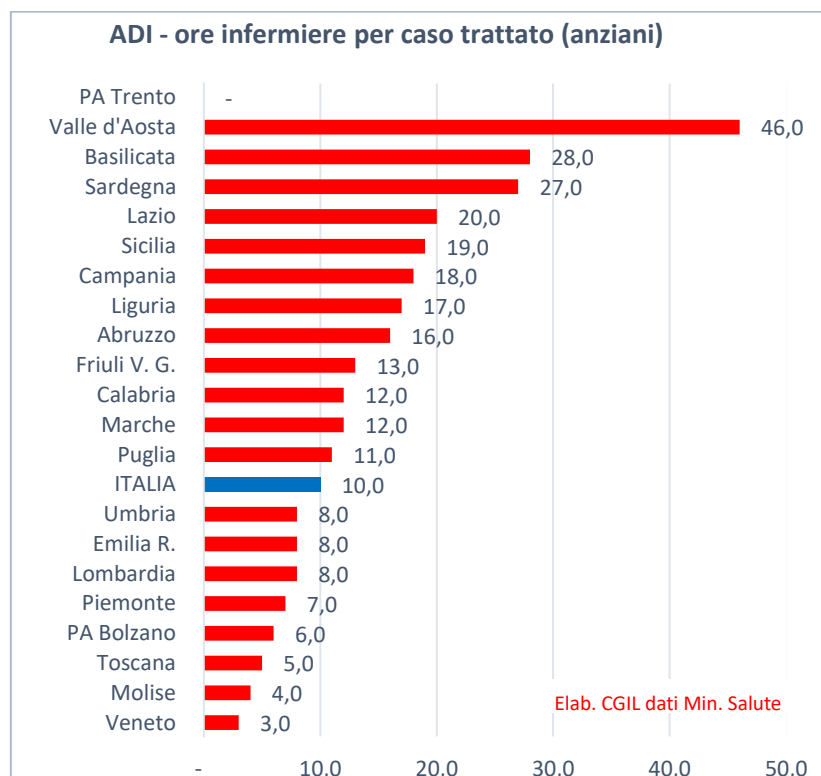
Secondo i dati del [Ministero della Salute](#), nel 2021 l'**assistenza domiciliare integrata** è stata garantita a 1.170.130 pazienti dei quali il 75,1% è rappresentato da **anziani** (over 65). In rapporto alla popolazione, sono stati trattati 1.982 casi ogni 100.000 abitanti, con livelli di presa in carico molto differenziati (v. grafico successivo su ADI – ore infermiere per caso trattato).



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

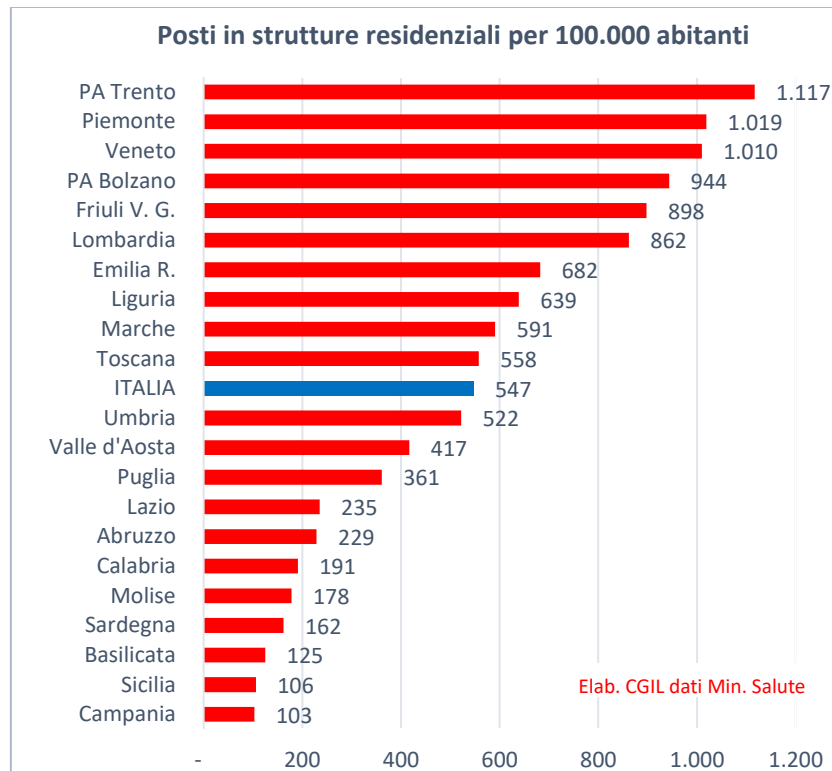


Mediamente a ciascun paziente sono state dedicate circa **17 ore di assistenza**, erogata in gran parte dal **personale infermieristico** (11 ore per caso). Le ore dedicate a **ciascun assistito anziano** sono state mediamente 16 di cui 10 erogate da personale infermieristico, 3 da terapisti della riabilitazione e 3 da altri operatori.

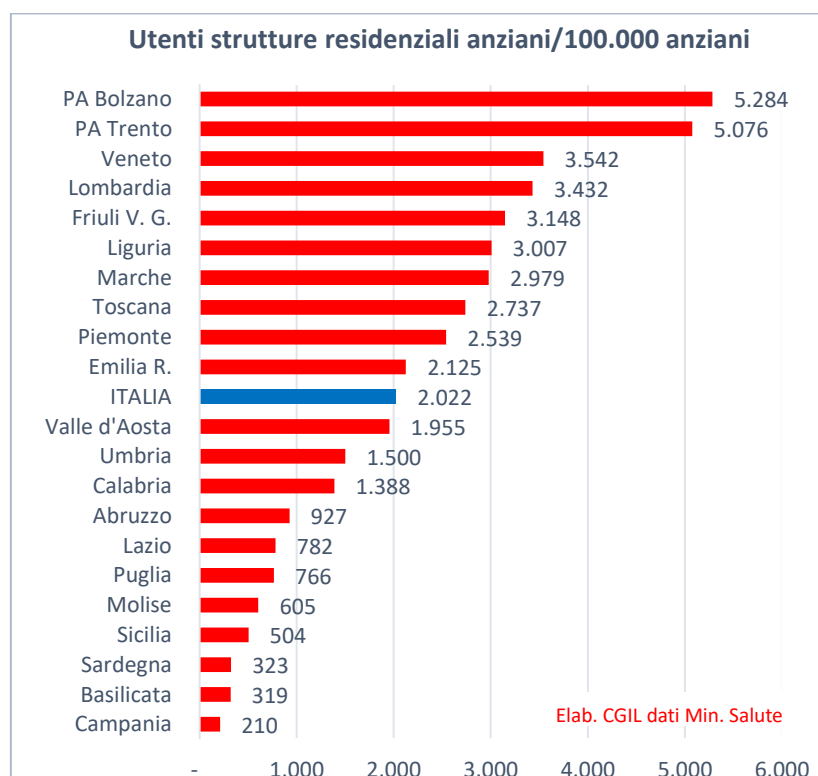


Strutture sanitarie residenziali e semiresidenziali

Per quanto riguarda le strutture territoriali, nel 2021 sono state censite **7.740 strutture residenziali** (Residenze Sanitarie Assistenziali, Case protette, Hospice, ecc.), 3.040 strutture semiresidenziali (Centri diurni psichiatrici, ecc.) e 4.281 strutture di altro tipo (Centri dialisi, Centri di salute mentale, Consultori familiari, ecc.). Nelle strutture residenziali e semiresidenziali sono stati censiti 322.713 posti pari a 547 ogni 100.000 abitanti.

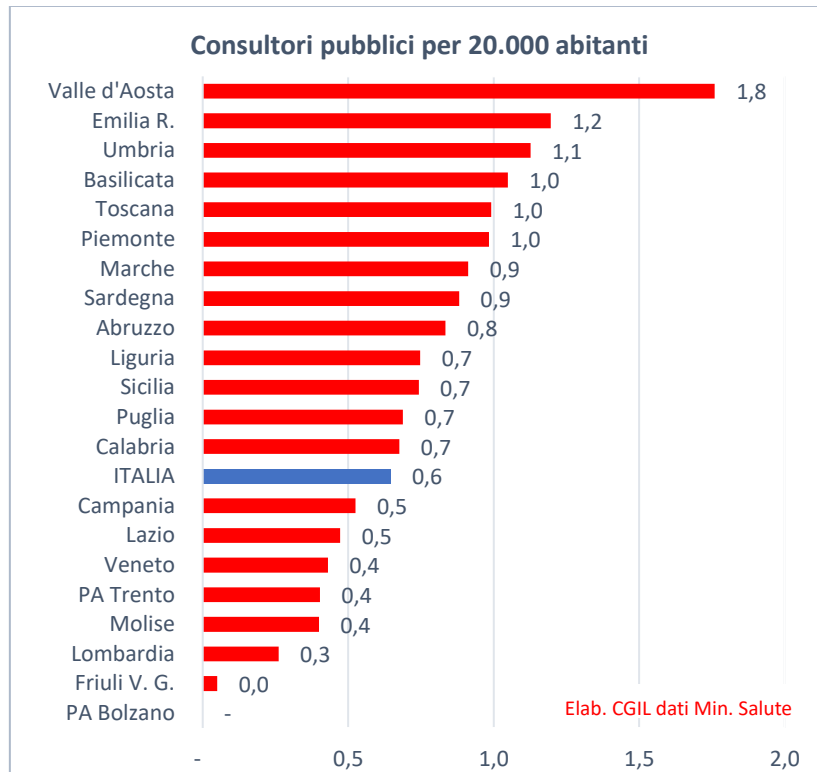


Il **70,2% dei posti nelle strutture residenziali e semiresidenziali** è dedicato all'assistenza degli anziani, il 11,9% all'assistenza psichiatrica, il 16,9% all'assistenza di disabili psichici e fisici e l'1,0% ai pazienti terminali. Per quanto riguarda l'assistenza agli anziani, risultano mediamente 2.022 utenti per 100.000 anziani.



Consultori familiari

Secondo i dati del [Ministero della Salute](#), nel 2020 ci sono **1.925 consultori familiari pubblici**, ovvero 0,6 consultori ogni 20.000 abitanti, al di sotto della soglia stabilita dalla Legge 34/1996 che prevede almeno un consultorio familiare ogni 20.000 residenti.



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 pre pandemici. 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

Elab. CGIL dati Agenas

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 adempiuto ai LEA** (Calabria, Campania, Molise, PA Bolzano, Sardegna, Sicilia, Valle d'Aosta). Rispetto a questi dati occorre considerare anche gli effetti delle criticità attribuibili in parte alla pandemia.

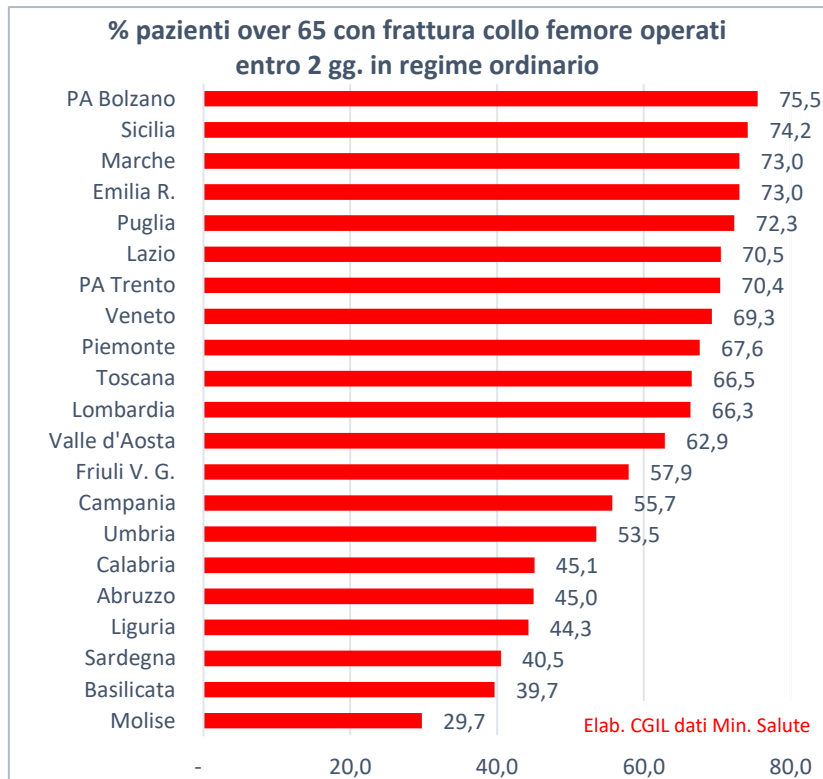
Nei grafici che seguono, sono stati evidenziati i dati relativi ad **alcuni indicatori**, a titolo esemplificativo, uno per ciascuna area, dei tanti che compongono la griglia LEA.

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

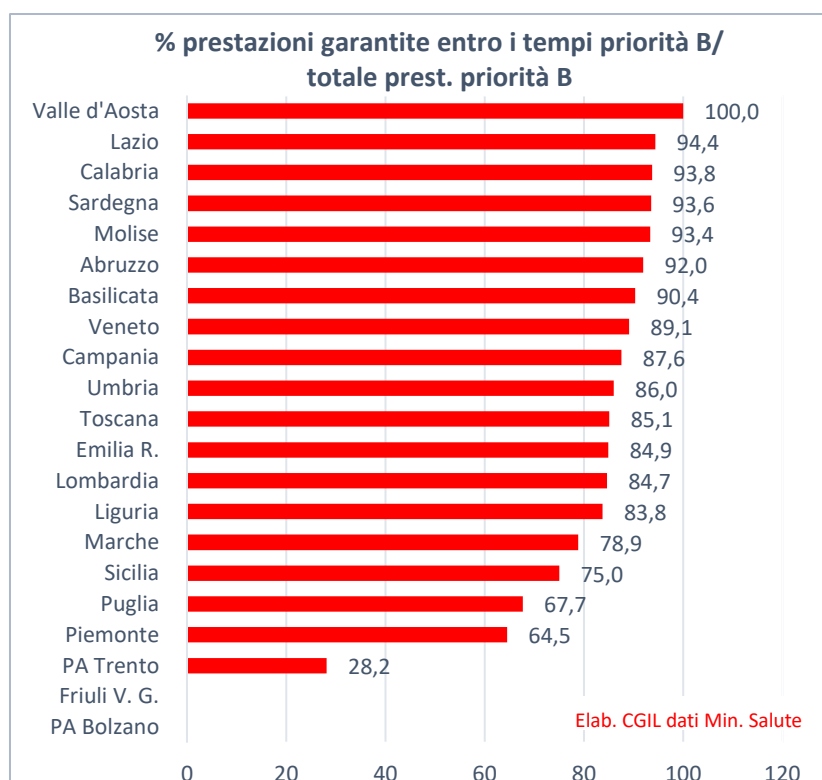
LEA - Area ospedaliera – 2021

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 .



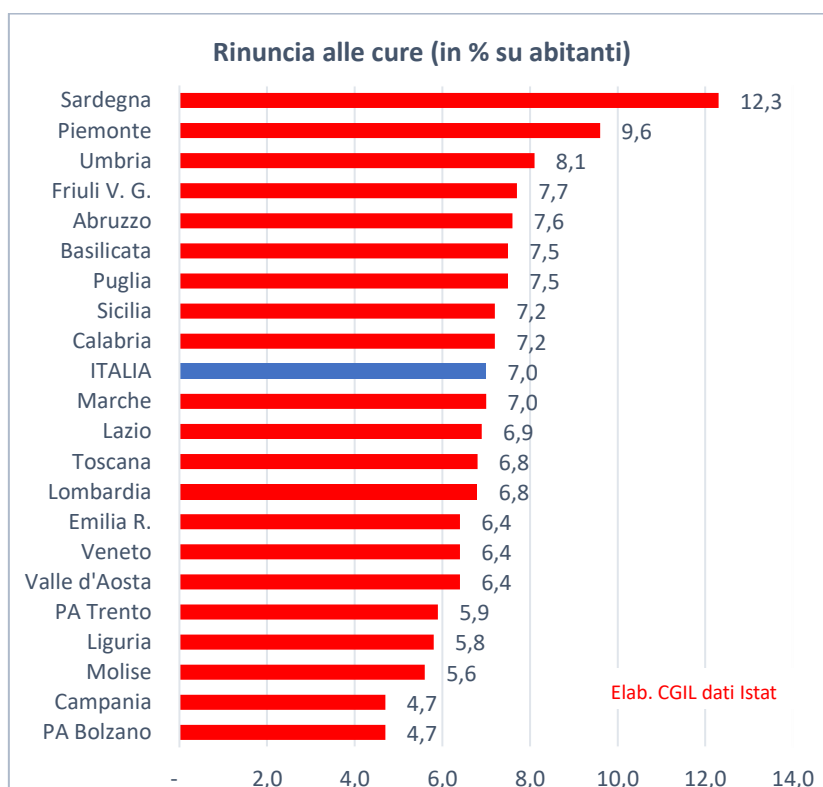
LEA - Area prevenzione – 2021

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 .



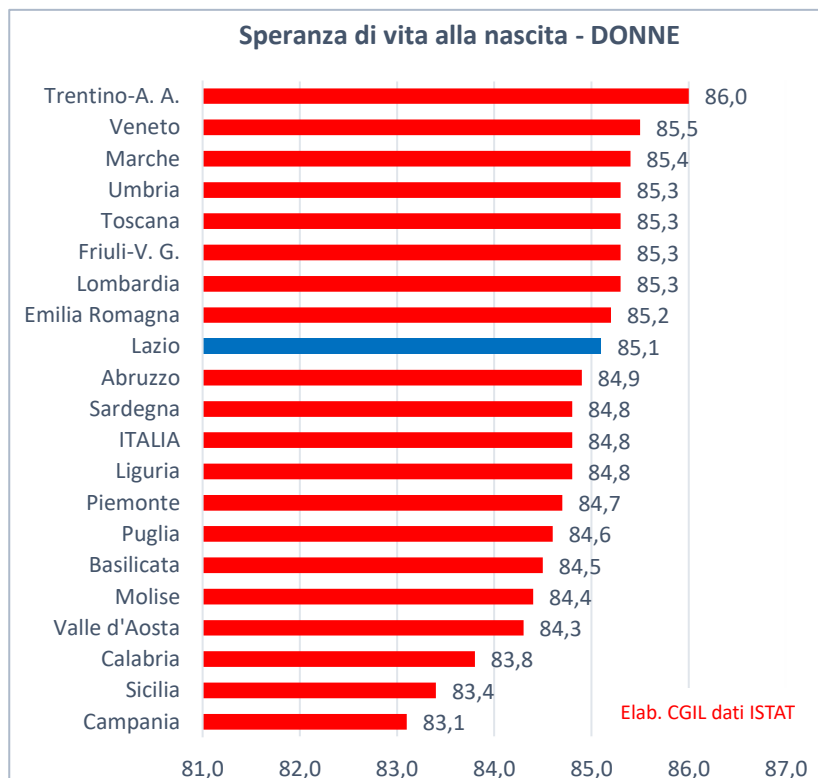
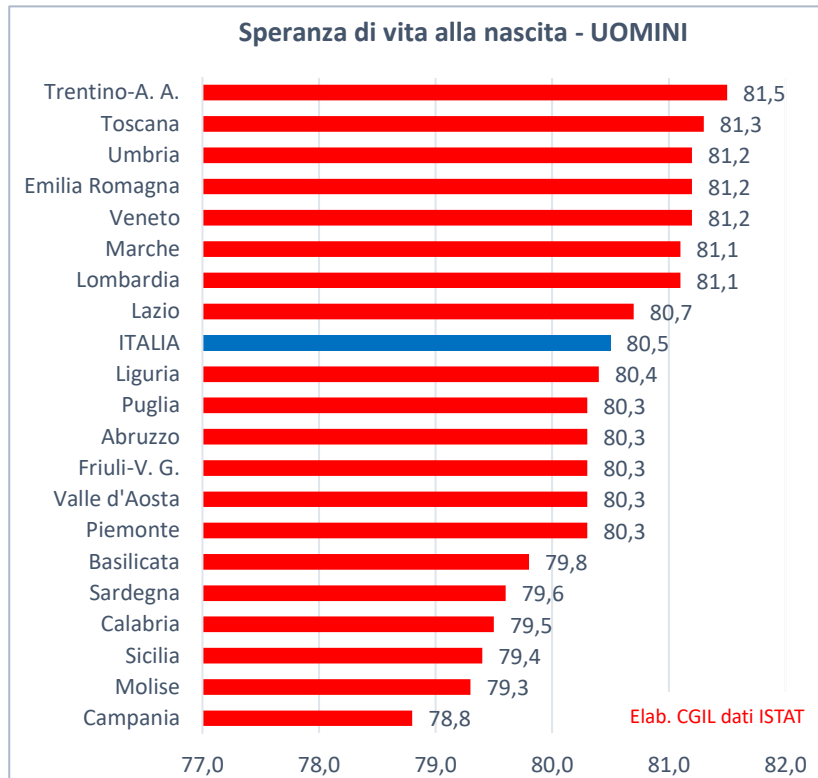
Rinuncia a prestazioni sanitarie e cure

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](#)).



Aspettative di vita

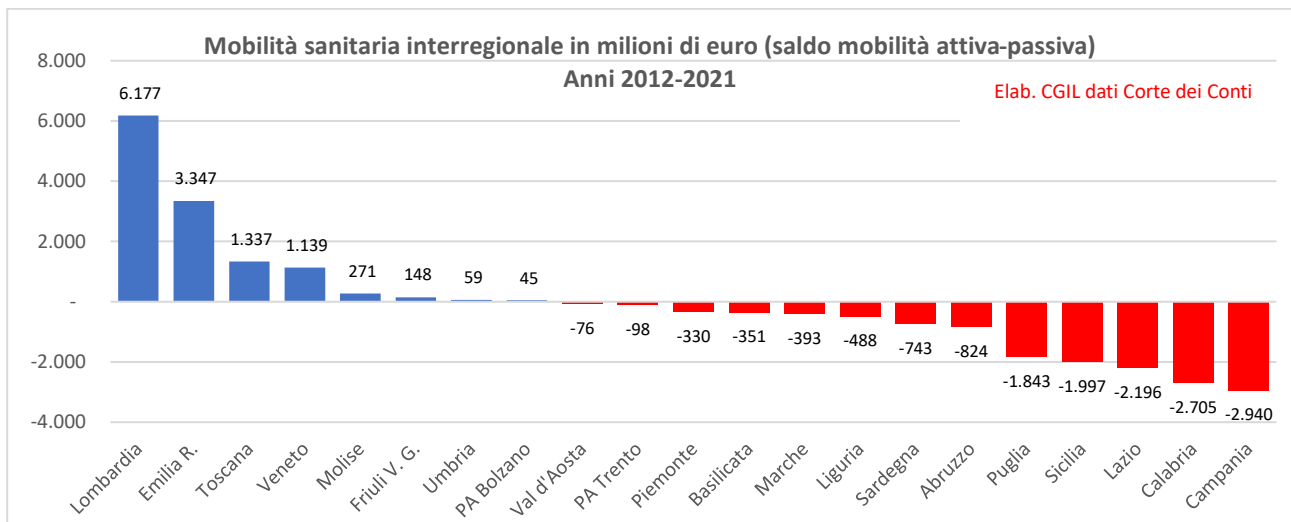
Le diseguaglianze nell'accesso ai servizi e alle cure incidono nell'**aspettativa di vita alla nascita** (con gap che nel 2021 arriva fino ai 3 anni tra il Trentino e la Campania), così come nell'aspettativa di vita in buona salute e in autonomia ([ISTAT](#)).



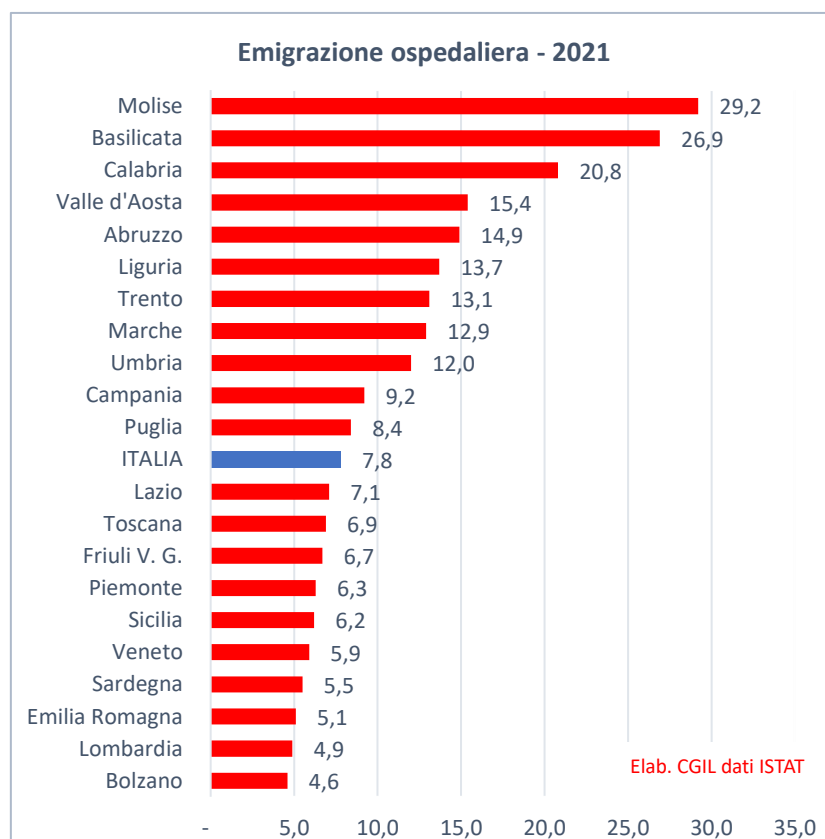
Mobilità interregionale

I divari che riguardano la tutela della salute e la sanità contribuiscono ad aggravare la **mobilità interregionale** a partire dall'emigrazione ospedaliera. Nelle regioni del Sud, un terzo della popolazione vive in contesti con una elevata mobilità extra regionale e un abitante su dieci risiede in aree considerate critiche ([ISTAT](#)).

Una mobilità interregionale che ha un flusso soprattutto verso quattro regioni (Lombardia, Emilia Romagna, Toscana e Veneto) a cui va la quasi totalità della mobilità attiva. Nel 2021 il valore della mobilità sanitaria è pari a 3,9 miliardi di euro ([Corte dei Conti](#)) ma con un Paese sostanzialmente spaccato in due, venendo a tradire quelli che sono i principi di universalità, equità, uguaglianza fondanti del SSN.



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 disegualianze nell'offerta di servizi sanitari tra le varie regioni.



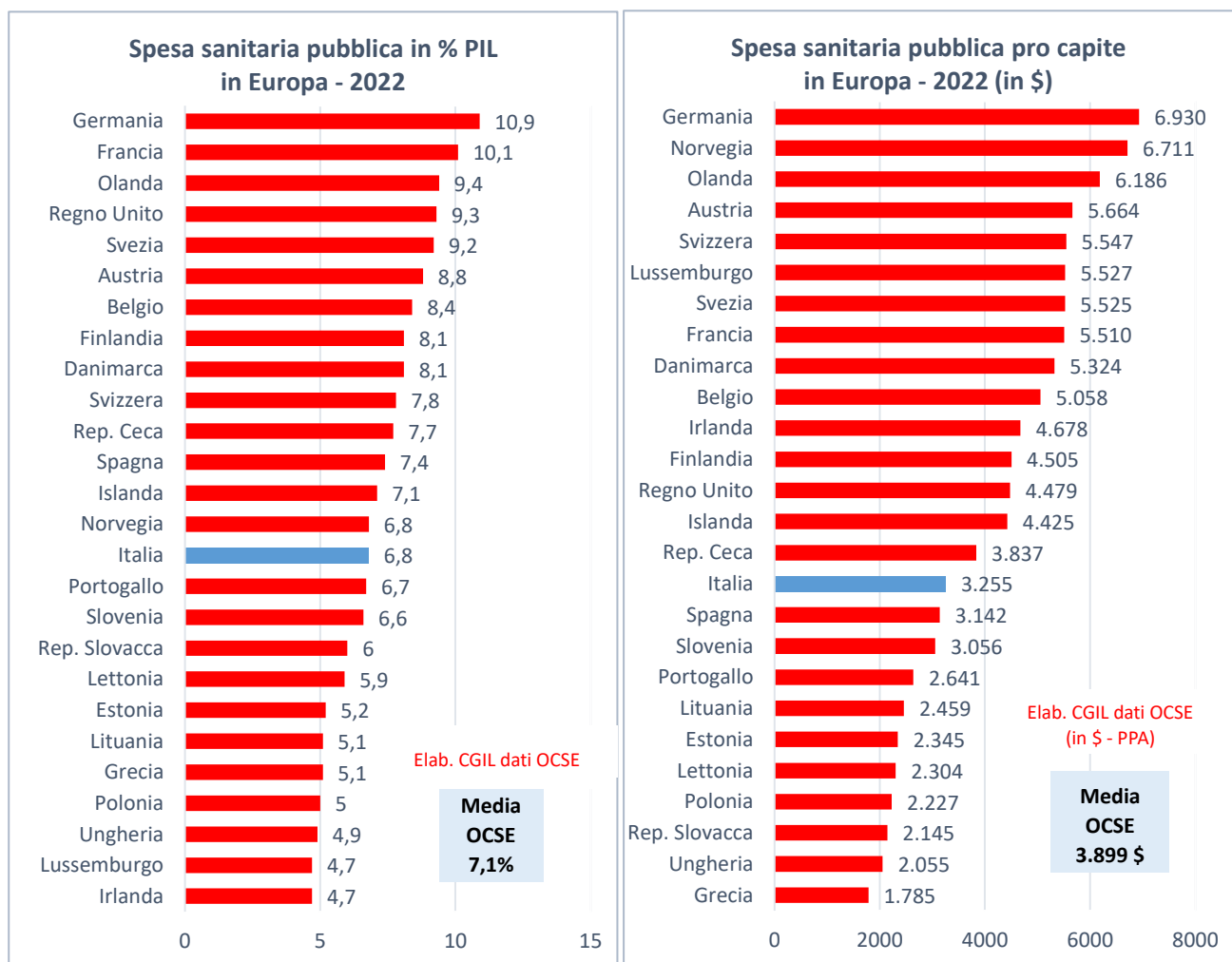


SALUTE e SANITA' In Europa

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.

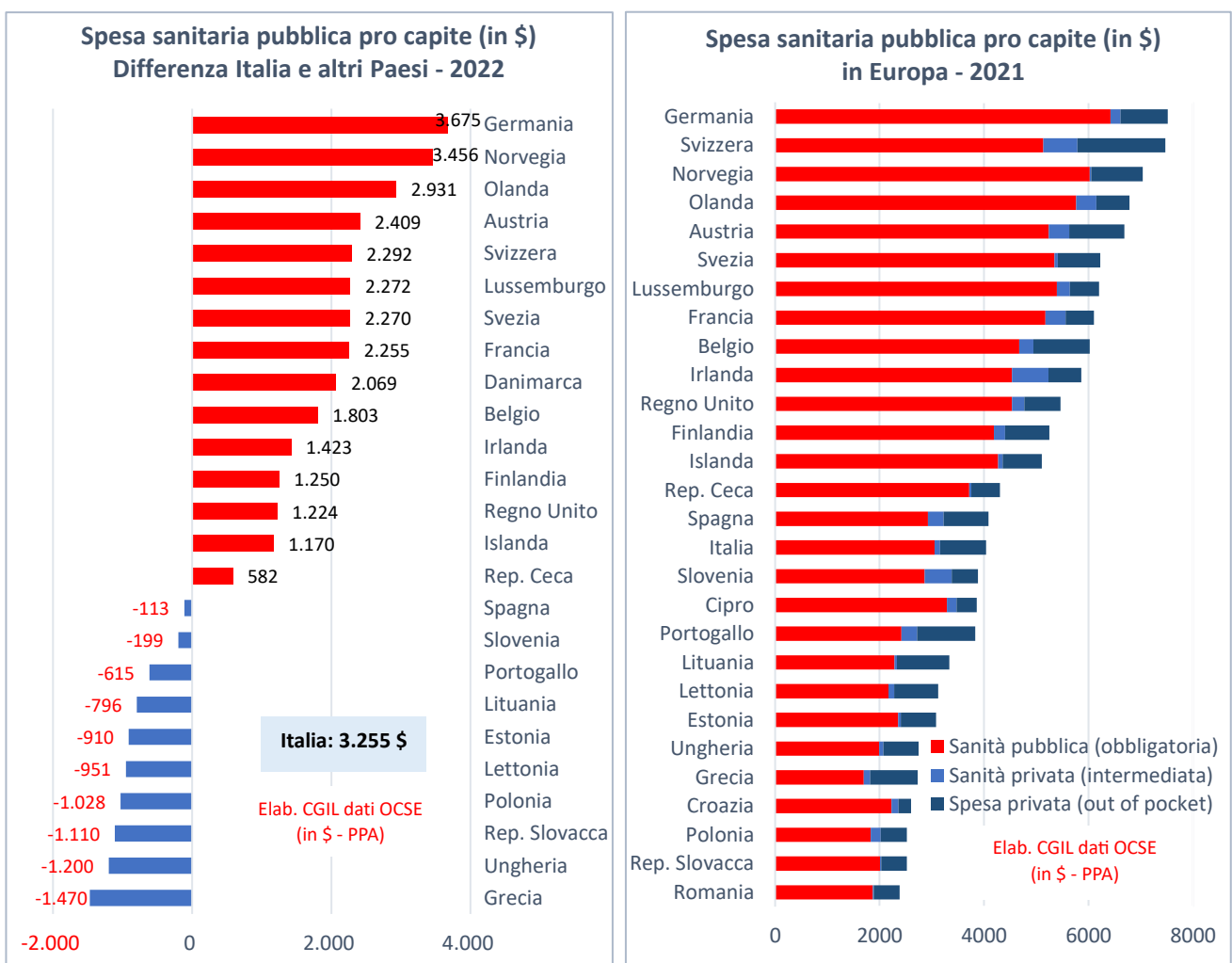


In pratica, la Germania spende 3.675 dollari per abitante in più rispetto all'Italia, e anche la Francia con 2.255 dollari e il Regno Unito con 1.224 superano abbondantemente la nostra spesa.

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:

- [Agenas - Portale statistico](#)
- [Conferenza delle Regioni – Documento per l’audizione della Conferenza delle Regioni e delle Province Autonome delle 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](#)
- [Corte dei Conti – Referto al Parlamento sulla gestione finanziaria dei servizi sanitari regionali – Esercizi 2020-2021](#)
- [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](#)
- [ISTAT – Indicatori demografici – Anno 2022](#)
- [Ministero della Salute - Annuario Statistico del Servizio Sanitario Nazionale – Anno 2021](#)
- [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 2020](#)
- [OCSE - Spesa sanitaria e finanziamenti](#)
- [Ragioneria Generale dello Stato – Il monitoraggio della spesa sanitaria](#)



LA VIA MAESTRA
INSIEME PER LA COSTITUZIONE

ROMA 7 OTTOBRE

Manifestazione Nazionale

PIAZZA SAN GIOVANNI ore 15:30

Partenza cortei ore 14