



SALUTE_e SANITA'

**Rafforziamo il SSN, rendiamo effettivo
il diritto alla tutela della salute**

A cura dell'Area Stato Sociale e Diritti



Novembre 2025



SALUTE e SANITA' **Rafforziamo il SSN, rendiamo effettivo il diritto alla tutela della salute**

***“La Repubblica tutela la salute come fondamentale diritto dell’individuo
e interesse della collettività tramite il Servizio sanitario Nazionale”***

Art. 1, Legge n. 833/1978

La Legge 833/1978 istitutiva del Servizio Sanitario Nazionale (SSN), pubblico e universale è stata una grande conquista frutto anche di una straordinaria stagione di lotte dei lavoratori e delle lavoratrici, di grande partecipazione e di conquiste sul fronte dei diritti sociali e civili. Fu Giovanni Berlinguer, di cui quest’anno ricorre il decennale della morte, che partecipò attivamente al lavoro preparatorio della Legge 833/78 e ne fu un protagonista, con Tina Anselmi, Ministra della Sanità, a dire che *“non è retorico affermare che il soggetto principale [della riforma] è stato in grande misura il popolo, insieme agli specialisti; e che l’oggetto fondamentale è stata la salute in sé, insieme alle cure e insieme alla dignità della persona e ai diritti del corpo e della mente. [...] Venne soltanto all’inizio degli anni Sessanta la prima proposta operativa di Servizio sanitario nazionale (SSN); e venne da una fonte, la CGIL, insolita, perché fino allora tutti i sindacati e tutte le associazioni avevano teso soprattutto a mantenere la loro influenza diretta nei consigli d’amministrazione delle mutue”*.

Il Servizio Sanitario Nazionale italiano, da troppi anni sottofinanziato, ha saputo resistere grazie all’impegno e al valore dei suoi lavoratori e lavoratrici, ma oggi rischia il collasso. L’emergenza pandemica, superata grazie all’abnegazione di chi in quei servizi lavorava e lavora, ha evidenziato la condizione di **forte criticità del SSN** e del sistema socio-sanitario. L’incompiuta attuazione della Legge 833/78 e la 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.

“Non possiamo fare a meno del Servizio Sanitario Pubblico” scrivono 14 scienziati italiani – dal premio Nobel Giorgio Parisi a Nerina Dirindin e tanti altri – in un appello per la difesa e rilancio della sanità pubblica. *“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). È urgente e indispensabile, perché un SSN che funziona, non solo tutela la salute, ma contribuisce anche alla coesione sociale”*.

Un altro appello accorato lo hanno lanciato nei mesi scorsi **130 associazioni**: **“Non possiamo restare in silenzio. La società civile per la sanità pubblica”**, un documento in 10 punti chiave

per il rilancio della sanità pubblica e contro l'autonomia differenziata delle Regioni, che parte dall'assunto che il declino della sanità pubblica non è irreversibile ma il SSN deve poter contare su risorse adeguate per garantire il diritto "incomprimibile" alla salute, attraverso le strutture pubbliche e riducendo progressivamente il ricorso a erogatori privati.

Autorevoli e nette sono le parole del **Presidente della Repubblica, Sergio Mattarella**: *"Il Servizio sanitario nazionale è un patrimonio prezioso da difendere e adeguare"*.

Occorre rendere effettivo il diritto alla tutela della salute della popolazione e adeguare l'offerta di assistenza ai bisogni di tutte le persone e **arrestare il declino del Servizio Sanitario Nazionale**, nel rispetto degli artt. 2, 3, 5 e 32 della Costituzione e degli artt. 1 e 2 della legge 833/1978.

Spesa sanitaria. Come rimarcato ripetutamente 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.

Secondo i dati [OCSE](#), elaborati dalla CGIL (v. anche ["Verso il G7 della Salute"](#)) in Italia la **spesa sanitaria pubblica** ha avuto nel 2024 un'incidenza sul PIL del **6,3%**, inferiore alla media europea e di gran lunga inferiore a quello di Paesi come la Germania che ha destinato al finanziamento della sanità pubblica il 10,6% del PIL, la Francia il 9,7% o il Regno Unito il 9,1%. L'Italia si colloca così al 20° posto tra i Paesi europei.

In valori pro-capite (prezzi correnti a parità di potere d'acquisto), la spesa per la sanità pubblica in Italia è stata pari a **2.375 euro, ovvero 416 euro in meno rispetto alla media europea**. Pesante il raffronto con la maggior parte dei Paesi europei: la Germania destina alla spesa sanitaria pubblica 5.004 euro per abitante, più del doppio dell'Italia, la Francia 3.846 euro, il Regno Unito 3.397 euro; Paesi nei quali negli ultimi 10 anni la spesa sanitaria pubblica pro capite, a parità di potere d'acquisto, è notevolmente cresciuta.

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 3.198 euro nel 2024, in Italia la spesa sanitaria pubblica rappresenta il 74,3% del totale, la spesa sostenuta dai cittadini di tasca propria incide per il 22,3%, (pari a 714 euro pro-capite), mentre la spesa privata intermediata rappresenta il 3,4% (110 euro). Nei Paesi come Regno Unito, 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 o comunque i pagamenti diretti delle famiglie incidono rispettivamente per il 14,6%, 10,7% e l'8,9%.

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 40 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, il **Fabbisogno Sanitario Nazionale (FSN)** che era arrivato al 7,4% del PIL nel 2020, già dall'anno successivo è tornato a scendere in rapporto al PIL, con la drammatica prospettiva di ulteriore contrazione prefigurata nel Piano Strutturale di Bilancio 2025-2029.

Il Disegno di Legge di Bilancio 2026. Nel 2025, per il **Fabbisogno Sanitario Nazionale** sono previsti 136,5 miliardi di euro pari a **6,05% del PIL**, in rapporto al quale il finanziamento per il SSN tocca il valore più basso degli ultimi decenni. Il Governo Meloni, dal suo insediamento nel 2022 (FSN era al 6,4% del PIL) ad oggi, ha già previsto di tagliare quasi mezzo punto di PIL destinato alla sanità pari a **9 miliardi di euro in meno all'anno**.

Il **Disegno di Legge di Bilancio 2026** porta il Fabbisogno Sanitario Nazionale del 2026 ad appena il **6,15% del PIL pari a 142,9 miliardi di euro prevedendo lo scarso incremento di 2,4 miliardi di euro** e di 2,65 miliardi rispettivamente per il 2027 e 2028.

In rapporto al PIL, la previsione del FSN non solo resta inadeguata ma arriverà al picco negativo mai registrato, **tornando a scendere** nel 2027 al 6,04% fino a **sprofondare al 5,92%** nel 2028: valori assolutamente insufficienti a garantire il diritto alla salute e a rispondere ai bisogni urgenti delle persone. Così si allontana ulteriormente l'Italia dai Paesi europei più avanzati per investimenti nella sanità pubblica.

Si tratta di importi economici che non consentono né la **valorizzazione del personale né le nuove assunzioni prevedendone appena il 20% di quelle che sarebbero necessarie solamente per garantire l'assistenza territoriale**.

Oltretutto le risorse non sono destinate al sostegno e rafforzamento dell'attività ordinaria del servizio pubblico ma sono in gran parte vincolate a specifici progetti. In particolare, sono ancora destinate al privato e all'extra lavoro del personale, per giunta già allo stremo, finanziando prestazioni aggiuntive come presunto utile intervento per l'abbattimento delle per liste di attesa già fallito nel 2025: valori che indicano chiaramente l'**arretramento del servizio pubblico. Questa è la verità dei numeri**.

Basti pensare che si innalzano ulteriormente i tetti alla **spesa per il privato convenzionato e per la farmaceutica**, mentre resta il vergognoso tetto alla spesa sul personale.

A fianco della propaganda governativa e delle roboanti dichiarazioni della Presidente del Consiglio Meloni, c'è la realtà dei numeri della Legge di Bilancio 2026, il mondo reale con il progressivo allontanamento delle persone dalla tutela della sanità pubblica, dal diritto alla salute con **6 milioni di persone** che rinunciano a curarsi e la concreta e **progressiva privatizzazione del SSN**.

Cala il rapporto tra la spesa e il PIL perché il **Governo decide dolosamente di ridurre la quota di ricchezza del Paese da destinare alla sanità pubblica** imponendo alle persone di pagare per curarsi se possono permetterselo.

Una prospettiva destinata ad aggravare la già precaria condizione economico-finanziaria delle Regioni. La [Corte dei Conti](#) ha recentemente evidenziato come stiano crescendo le Regioni che presentano disavanzi prima delle coperture (1,5 miliardi di euro complessivi nel 2024), un fenomeno che si estende anche alle *"Regioni che finora avevano sempre garantito un'elevata qualità dei servizi e un equilibrio economico"*.

Occorre garantire al SSN risorse adeguate, allineandone progressivamente il finanziamento ai valori medi dei Paesi europei, fissandolo a un **livello non inferiore al 7,5% del PIL**.

Le risorse destinate al SSN vanno incrementate progressivamente fino a **40 miliardi di euro** a decorrere dal 2028.

Il finanziamento del FSN standard cui concorre lo Stato non deve **mai essere inferiore a quello dell'anno precedente** e l'incremento deve essere **interamente destinato al potenziamento di servizi e cure direttamente erogati dalle strutture del SSN**.

Il personale sanitario. Totalmente sbagliate anche le scelte sul personale fatte con le ultime Leggi di Bilancio: 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 i professionisti con prestazioni aggiuntive**, ricorrendo al *"cottimo"* in sanità, mentre le condizioni e i carichi di lavoro, ormai sempre più insostenibili, spingono molti di loro ad abbandonare il servizio pubblico.

In questo scenario, il 27 ottobre scorso è stato firmato il **Contratto Collettivo Nazionale di Lavoro (CCNL) della Sanità Pubblica per il triennio 2022-2024**, con la mancata firma di FP CGIL e UIL FPL che hanno espresso sconcerto e indignazione per quanto accaduto al tavolo negoziale. **Un contratto svilente, al ribasso e che non valorizza né il lavoro né il sacrificio dei 580.000 professionisti del comparto.**

Con un aumento del 5,8% (calcolato sull'intera massa salariale, quindi anche sulle voci di retribuzione accessoria) a fronte di un'inflazione che nel triennio è cresciuta del 16,5%, i firmatari del contratto hanno accettato supinamente di certificare la riduzione del potere di acquisto delle lavoratrici e dei lavoratori della sanità decisa unilateralmente dal Governo. Si tratta di 10 punti percentuali in meno rispetto a ciò che sarebbe necessario, non per fare crescere il potere d'acquisto delle retribuzioni, ma per mantenere inalterati i salari reali.

Chi ha firmato il contratto si assume una responsabilità pesante: quella di aver legittimato un contratto debole e lontano dai bisogni reali di chi lavora nella sanità, decretando il taglio delle retribuzioni e un danno irreversibile alle pensioni.

Nel frattempo, si innalzano invece i **tetti alla spesa farmaceutica**, così come i **tetti di spesa per acquisti di prestazioni da privati**.

La **carenza di personale** riguarda tutti i professionisti sanitari, amministrativi, tecnici e soprattutto chi è impegnato direttamente nell'assistenza come gli infermieri che peraltro dovrebbero ricoprire un ruolo fondamentale nella riforma dell'assistenza territoriale.

In particolare, per rendere operative tutte le **Case della Comunità e gli Ospedali di Comunità** previste dal PNRR rispettando gli standard previsti dal DM 77/2022, senza contare i medici, sarebbe necessario assumere **almeno 35 mila unità di personale**, tra infermieri, OSS, assistenti sociali e altre figure.

Senza un **piano straordinario di assunzioni** e di **valorizzazione del personale**, anche sul piano retributivo, si mette a rischio la tutela della salute delle persone.

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.

Occorre riconoscere il **valore sociale del lavoro di chi tutela e promuove la salute, assiste e cura**, attraverso interventi per la **piena valorizzazione del personale** del SSN, al fine di adeguare le retribuzioni tabellari dei dipendenti del SSN rendendole attrattive rispetto al contesto europeo, e **adeguando gli organici**.

Vanno **eliminati i tetti alla spesa del personale** e al salario accessorio.

Occorre prevedere principi e criteri per la **definizione degli organici del personale** e della relativa spesa a garanzia:

- della tempestiva erogazione delle prestazioni, servizi e percorsi assistenziali nel rispetto dell'universalità e globalità del SSN;
- della valorizzazione e appropriato impiego di tutte le professionalità operanti nel SSN;
- del pieno rispetto delle norme in materia di salute e sicurezza, orario di lavoro.

Occorre 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 di tutte le professionalità del SSN per rendere attrattiva la formazione nelle professioni sanitarie.

Procedere al reclutamento del personale, a partire dal rafforzamento della presenza del **personale infermieristico**, attraverso assunzioni a tempo indeterminato per le unità utili al **completamento degli organici** anche in relazione al potenziamento dell'**assistenza territoriale** prevista dalla Missione 6 del PNRR (DM n. 77/2022).

È necessario intervenire sul trattamento economico e normativo del personale del **profilo sanitario e sociosanitario** delle residenze sanitarie assistenziali di proprietà

pubblica e delle **strutture private accreditate** per equiparlo a quello delle corrispondenti professionalità di enti e aziende del SSN.

Il Ministero della Salute e il Ministero dell'Università devono promuovere **l'accesso ai percorsi formativi** e sostenere la **valorizzazione delle professioni sanitarie**, attraverso interventi di riconoscimento sociale, formativo, professionale e di carriera.

Per i **medici di medicina generale**, occorre prevedere la creazione di una **specializzazione universitaria** analoga a quella del personale medico del SSN e il progressivo esaurimento, per MMG e PLS, dell'attuale rapporto convenzionale disponendo il loro inquadramento nel ruolo della dirigenza sanitaria del **personale del SSN**.

I dirigenti medici di medicina generale eserciteranno la loro attività nelle **Case della Comunità** e nelle altre sedi dei servizi distrettuali nell'ambito di équipe multiprofessionali contribuendo a sviluppare la medicina di iniziativa.

Introdurre per i medici di medicina generale e pediatri di libera scelta attualmente titolari di un rapporto convenzionale con il SSN **la possibilità, a domanda, di passare nel ruolo della dirigenza medica del SSN**.

IL PNRR, Missione 6 Salute. Alla difficile situazione del personale si sommano le forti preoccupazioni per i ritardi nell'attuazione dei progetti previsti dal **PNRR**.

Il PNRR, nella **Missione 6 Salute (M6)**, prevede importati riforme e investimenti destinati al SSN e da realizzare entro il 2026.

Obiettivi della missione sono: quelli di ridisegnare la rete di assistenza sanitaria territoriale con professionisti e prestazioni disponibili in modo capillare su tutto il territorio nazionale, per una sanità che sia vicina alle persone; innovare il parco tecnologico ospedaliero; digitalizzare il SSN; investire in ricerca e formazione del personale sanitario per una sanità più sicura, equa e sostenibile.

Nelle 2 componenti, C1 "Reti di prossimità, strutture e telemedicina per l'assistenza territoriale" e C2 "Innovazione, ricerca e digitalizzazione del servizio sanitario", la Missione 6 Salute del PNRR prevede 10 mila progetti per un finanziamento complessivo di **19,3 miliardi di euro** (di cui 14,6 miliardi di euro solo PNRR).

Tuttavia, come più volte denunciato dalla CGIL ("[PNRR M6. Missione Salute. Lo stato di attuazione dei progetti di edilizia sanitaria](#)") a distanza di 8 mesi dalla scadenza finale, i lavori continuano a procedere troppo a rilento, con numerosi progetti che presentano **ritardi preoccupanti** nell'esecuzione dei lavori o ancora fermi alla fase di progettazione. Sono ancora troppo poche le opere completate e collaudate ed è basso anche il livello di spese effettuate in rapporto ai finanziamenti. Uno scenario allarmante che conferma il concreto **rischio di non conseguire gli obiettivi strategici** entro le scadenze previste.

Alla data del 30 giugno 2025, risultano effettuati **pagamenti per 6,6 miliardi di euro** pari al **34,4% dei fondi** disponibili.

Dei progetti monitorati, ne risultano **completati il 38,2% del totale**, ma molti progetti presentano almeno una fase in ritardo. Particolarmente preoccupanti i ritardi nella realizzazione di Case della Comunità e Ospedali di Comunità.

Per l'investimento M6-C1.01 "**Case della Comunità e presa in carico della persona**" sono previsti 1.415 progetti per 2,8 miliardi di euro. Sono stati effettuati pagamenti per 486,1 milioni di euro, pari al 17,1% dei fondi disponibili: con questo andamento, ci vorranno almeno 5 anni per completare tutto. Dei progetti monitorati, ne risultano completati solo 50 (pari al 3,5% del totale). Per quanto riguarda la fase dell'esecuzione delle opere, il 43,1% dei progetti presenta ritardi, in molti casi non risultano ancora avviati i cantieri o deve essere ancora completata la fase della progettazione esecutiva.

Stesso scenario si osserva per l'investimento M6-C1.02 **“Rafforzamento dell’assistenza sanitaria intermedia e delle strutture (Ospedali di Comunità)”** per cui sono previsti 428 progetti per 1,3 miliardi di euro. Sono stati effettuati pagamenti per 190,8 milioni di euro pari al 15,1% dei fondi disponibili.

Dei progetti monitorati, ne risultano completati solamente 14 (pari al 3,3% del totale e, per quanto riguarda la fase dell’esecuzione delle opere, il 42,9% dei progetti presenta ritardi o deve ancora vedere completata la fase della progettazione esecutiva.

Non va dimenticato che con il DL n. 19/2024 (DL “PNRR”) il Governo ha attuato una **rimodulazione della Missione 6 del PNRR che di fatto 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 per la sicurezza sismica delle strutture ospedaliere del programma *“Verso un ospedale sicuro e sostenibile”* (23%), la cui realizzazione non viene più finanziata dalle risorse del PNRR, ma dirottata sul Fondo per l’edilizia sanitaria (articolo 20, Legge n. 67/88).

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 significa 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 di euro a carico delle Regioni che hanno sonoramente bocciato il decreto.

Un concreto e imminente **rischio di ulteriori rimodulazioni, ovvero ulteriori tagli**, è determinato dall’esigenza del Governo di recuperare risorse da destinare alla difesa: un rischio da scongiurare con forza. Sarebbe assolutamente inaccettabile che risorse vitali venissero sottratte a un settore essenziale come la sanità, peraltro fortemente sottofinanziata, per dirottarle verso **programmi di riarmo**.

Resta sempre irrisolto il nodo del **personale**: non basta costruire strutture se poi non si mettono nelle condizioni di essere operative ed efficienti con il personale necessario a garantirne il funzionamento con servizi e assistenza.

Senza prendere in considerazione i possibili sviluppi della figura dei medici di medicina generale alle dipendenze del SSN, secondo gli standard del DM 77/2022, tra infermieri, operatori sociosanitari, personale amministrativo e assistenti sociali, **è necessario assumere 35 mila unità di personale** solo per le Case e Ospedali di Comunità per i quali non si vedono atti di interessamento concreto da parte del Ministero della Salute. Intervento che migliorerebbe i tempi di attesa riempiendo il vuoto degli spot governativi o l’inconsistenza degli atti ministeriali.

Quanti ricoveri impropri si potrebbero evitare garantendo la presa in carico da parte di un’adeguata rete di assistenza territoriale? Quante persone potrebbero essere curate a casa evitando di essere ricoverate in ospedale? Quanta pressione e accessi impropri nei pronto soccorso, si potrebbe evitare?

Occorre un forte investimento nei servizi territoriali e garantire un **omogeneo riordino dell’assistenza territoriale**, superando divari e disuguaglianze tra le diverse aree del Paese e all’interno delle stesse province, per garantire a tutti i servizi di prossimità e per un **SSN che sia davvero universale** e capace di **tutelare e promuovere la salute** delle persone assicurando equità e uguaglianza.

Per farlo occorrono **risorse, personale e un’organizzazione coerente** con tali obiettivi. Vanno sviluppati i **distretti socio-sanitari**, articolazioni delle aziende sanitarie territoriali, che assicurino **cure primarie** in ambulatorio e a domicilio, le **prestazioni**

sanitarie e sociali (garantendo la piena integrazione tra ATS, aziende sanitarie e distretti), la collaborazione con i Comuni e la partecipazione della popolazione.

Vanno definiti per legge gli **standard organizzativi e funzionali** di: Distretti, Case della Comunità, Infermieri di Famiglia e di Comunità, Unità di continuità assistenziale, Centrali Operative Territoriali (COT), Ospedali di Comunità.

Vanno **recuperati i ritardi** nell'attuazione degli investimenti previsti dalla Missione 6 del PNRR;

L'assistenza ospedaliera. Secondi i dati del [Ministero della Salute](#), nel 2023 il SSN dispone e si avvale di **996 strutture di ricovero e cura** (di cui il 51,3% pubbliche e 48,7% accreditate) con **216 mila posti letto complessivi** di cui 194 mila per degenza ordinaria (78,9% pubblici), 12 mila per day hospital (89,3% pubblici) e 8 mila per day surgery (77,2% pubblici).

Sono disponibili mediamente **3,66 posti letto ogni 1.000 abitanti** di cui 3,07 posti letto per acuti e 0,59 posti per riabilitazione e lungodegenza.

Nel 2022 i posti letto ospedalieri complessivi erano 225 mila, dunque, **in un anno sono stati tagliati quasi 10 mila posti letto ospedalieri**. I tagli hanno colpito soprattutto i posti pubblici (-8 mila posti letto, pari a -4,6%) e, in misura minore, i posti accreditati (oltre mille posti letto in meno, pari a -3,0%).

Il 55,6 % degli ospedali pubblici risulta dotato di un **dipartimento di emergenza** e il 69,5% delle strutture di ricovero pubbliche è dotata di un centro di rianimazione. Il **pronto soccorso** è presente nell'80% degli ospedali; il **pronto soccorso pediatrico** è invece presente nel 18% degli ospedali.

Occorre 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.

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 per garantire il **diritto a curarsi nel territorio in cui si vive**.

Per l'area della **riabilitazione** occorre superare i forti squilibri tra l'offerta pubblica e quella privata.

Tagli e scelte sbagliate del Governo stanno lasciando sempre più soli i cittadini costretti a fare i conti con tempi di attesa insostenibili, diseguaglianze, 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.

In tale scenario di crisi economico finanziaria e in presenza di un Governo dall'evidente impostazione politica disattenta ai bisogni delle persone e per nulla interessato a investire sui servizi indispensabili a dar loro risposte, il rischio più insidioso è che il Governo continui a lavorare sul piano della comunicazione, senza alcun confronto di merito con le Organizzazioni sindacali, mistificando la realtà per far percepire l'emergenza sanitaria come condizione ordinaria. Obiettivo del Governo è convincere l'opinione pubblica che la carenza del personale sia causata dal disinteresse dei giovani per le professioni sanitarie e non da politiche fiscali e di programmazione sbagliate e inadeguate, come se le difficoltà del Servizio Sanitario Nazionale siano un fatto fisiologico e immodificabile e l'unica soluzione diventi la **privatizzazione della sanità**.

Spesa delle famiglie. Nel 2023 la **spesa sanitaria direttamente a carico delle famiglie** supera la cifra record di **43,0 miliardi di euro**. Essi si aggiungono ai **5,9 miliardi di euro** per la

sanità integrativa ([OCSE](#)). Particolarmente rilevante il peso per le famiglie, con un livello medio pro-capite di 714 euro e con enormi differenze territoriali.

Aumentano sempre di più le **persone che dichiarano di aver pagato interamente** a proprie spese visite specialistiche, farmaci, esami diagnostici e altre prestazioni sanitarie: 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.

Rinuncia a spese sanitarie e cure. È l'[ISTAT](#) a stimare che nel 2024, il **9,9%** della popolazione ha **rinunciato a prestazioni sanitarie** ritenute necessarie per problemi economici o legati alle difficoltà di accesso ai servizi: si tratta di **6 milioni di persone**, praticamente una su 10. Un valore in continuo peggioramento e nettamente superiore a quello di un anno fa, quando rinunciava alle cure il 7,6% della popolazione. Una situazione inaccettabile per un Paese civile.

Quando si arriva a dover **scegliere se curarsi pagando**, rimandare le cure, o peggio ancora, **rinunciare a curarsi**, si materializza la **peggiore delle disuguaglianze e attacco alla dignità** e ai diritti delle persone.

Tempi di attesa. Tra le cause dell'aumento della spesa delle famiglie e della rinuncia a spese sanitarie e cure c'è 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: dalla scarsità della sanità territoriale, al rapporto pubblico/privato (sempre più a favore del secondo), alle inefficienze organizzative, alla grave carenza di personale, ecc.

Condizioni che accelerano la **privatizzazione della sanità e della salute** e alimentano il passaggio dalla **salute come diritto alla cura come bene di consumo, per chi può permetterselo**.

Contro le liste d'attesa i decreti d'urgenza del Governo, a zero risorse, sono solo un'operazione propaganda: solo qualche slogan a cui non crede neanche il Ministro Schillaci. Una propaganda povera di contenuti e di concretezza se non la vecchia ricetta, tanto cara all'Esecutivo, di ricorrere al privato a cui dirottare le risorse pubbliche, accelerando la privatizzazione della sanità e, in prospettiva, svuotando i portafogli delle persone.

Il Ministro Schillaci ha parlato di salvifici interventi strutturali. E quali sarebbero? Quelli già previsti dal 2019 nel Piano Nazionale per il Governo Liste d'attesa?

E soprattutto con quali risorse? Con quali strumenti? Con quale personale?

Parlare di "interventi strutturali" con zero risorse, in un quadro di drammatico sottofinanziamento del SSN significa solo prendere in giro i cittadini e il personale che, nel e per il Servizio sanitario nazionale, lavora con impegno.

Occorre garantire con tempestività **prestazioni, servizi e percorsi assistenziali** nel rispetto dell'**universalità e globalità del SSN**.

Assicurare il rispetto dei **tempi di attesa** attraverso il necessario investimento nel SSN, in termini di risorse, personale, organizzazione, attuazione del riordino dell'assistenza territoriale e della **presa in carico** dei bisogni di salute delle persone.

Per le persone con **patologie croniche** o inserite in un Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale (**PDTA**), le prestazioni comprese nei percorsi di presa in carico devono essere effettuate direttamente dai servizi o dai professionisti responsabili dell'assistenza.

Disuguaglianze territoriali. Il quadro di criticità che attanaglia il SSN risulta ancora più fosco se si analizza la situazione nelle singole regioni: ne emerge uno scenario di **gravi e**

profonde diseguaglianze territoriali a partire dall'adempimento dei Livelli essenziali di assistenza (LEA). Nel 2023 ben **8 regioni non hanno garantito i LEA** (Abruzzo, Calabria, Campania, Molise, PA Bolzano, Sardegna, Sicilia, Valle d'Aosta). Nel 2021 erano 7, con un evidente peggioramento ([Ministero Salute](#)).

Divari che contribuiscono alla **mobilità interregionale** tanto che, nel 2023, le **dimissioni ospedaliere** in regime ordinario per acuti effettuate in **regioni diverse da quella di residenza** rappresentano l'8,6% del totale delle dimissioni di pazienti residenti, in peggioramento rispetto all'anno precedente e con un'articolazione territoriale che riflette le diseguaglianze nell'offerta di servizi sanitari tra le varie regioni ([ISTAT](#)).

Non solo, come già evidenziato, 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 diseguaglianze che, osservando l'insieme dell'offerta sanitaria e socio-sanitaria, si acquiscono e 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.

Diseguaglianze 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 83,4 anni, i divari tra le regioni sono profondi e arrivano a 3 anni di vita (come tra la Provincia Autonoma di Trento e la Campania); uno scenario ancora più pesante per la **speranza di vita in buona salute** che è mediamente di 59,2 anni ma con differenze che arrivano fino a 14 anni (come tra la Provincia Autonoma di Bolzano e la Basilicata).

Le criticità legate alla mancanza di risorse economiche, organizzative e professionali, e le diseguaglianze tra persone e territori, sono destinate a cristallizzarsi e 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 essere raggiunti pienamente su tutto il territorio nazionale, saranno inesorabilmente messi in discussione: un disastro sanitario, sociale ed economico senza precedenti.

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, con picchi di criticità su alcune regioni, 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**.

Non autosufficienza. A fronte del progressivo invecchiamento della popolazione, non si prevede alcun finanziamento per la **non autosufficienza**. Dopo gli annunci trionfalistici del Governo, le misure per le persone anziane non autosufficienti contenute nel D.lgs. n. 29/2024 varato in attuazione della Legge n. 33/2023, riportano alla dura realtà in cui pesa la totale assenza di risorse aggiuntive per finanziare le riforme già previste.

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, essere titolare di assegno di accompagnamento ed essere non autosufficiente con un "*bisogno assistenziale gravissimo*".

Una misura che riguarda 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 può accedere alla nuova misura: e tutti gli altri? Quale risposta avranno? E con quali risorse? Con i 500 milioni di euro in due anni che già

il Piano nazionale destinava alla non autosufficienza? Occorre ribadirlo: non vengono previste risorse aggiuntive e 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, le cose sono molto diverse e spesso drammatiche.

La salute si tutela prendendo in carico i **bisogni delle persone in ogni fase della vita**, dalla nascita a quando si diventa anziani e ci si misura con **fragilità, cronicità, non autosufficienza**. Per la non autosufficienza, come per le liste d'attesa, a poco servono decreti d'urgenza a risorse zero.

La salute delle persone anziane rappresenta una delle priorità del nostro Paese, da affrontare affermando il **diritto alle cure e all'assistenza** con una **copertura di carattere pubblico, universale ed uniforme**.

Occorrono politiche sanitarie e sociali in favore delle persone anziane, e delle **persone non autosufficienti**, per il potenziamento dell'assistenza domiciliare, per il miglioramento della qualità dell'assistenza residenziale e semiresidenziale.

Vanno potenziati i percorsi assistenziali a favore delle persone anziane garantendo la **piena integrazione** tra ATS, aziende sanitarie e distretti sanitari e relativi servizi.

Necessario incrementare il **Fondo nazionale per la non autosufficienza**.

Il SSN e il SNAA (Sistema nazionale per la popolazione anziana non autosufficiente) devono assicurare **assistenza, cure domiciliari** e sostegni adeguati alla popolazione anziana e non autosufficiente.

Occorre modificare il D.lgs. n. 29/2024 prevedendo che la **prestazione universale**, variabile tra 850 e 1.800 euro mensili, sia riconosciuta alle **persone ultra 65enni** non autosufficienti, con ISEE non superiore a 12.000 euro, graduata secondo lo specifico bisogno assistenziale.

Va aumentata l'**assistenza domiciliare** fino a **prendere in carico** almeno il **20% della popolazione con oltre 65 anni**.

Le Regioni devono assicurare che le attività di **assistenza residenziale e semiresidenziale** siano orientate a garantire e preservare la dignità della persona non autosufficiente e il contrasto dell'isolamento favorendo il mantenimento dei legami affettivi.

Promuovere politiche per la **piena inclusione sociale delle persone con disabilità** e sostegno per le famiglie che se ne fanno carico, archiviando una volta per tutte le fallimentari sperimentazioni che stanno negando diritti alle persone.

Consultori familiari. I **consultori familiari** sono stati una grande conquista, frutto della mobilitazione dei movimenti femministi e per il diritto alla salute. La loro istituzione, avvenuta proprio 50 anni fa con la Legge n. 405/1975 (v. campagna CGIL e FP “[Consultori familiari, dove la cura incontra i diritti](#)”), ha anticipato le grandi riforme del 1978 e reso visibile l'importanza del punto di vista di genere e della soggettività femminile, nel contesto delle relazioni sociali e nella stessa organizzazione dei servizi.

I consultori possono essere definiti come i **primi veri servizi sociosanitari di prossimità**, diffusi nel territorio, con competenze multidisciplinari, determinanti per la promozione e la prevenzione della salute della donna e dell'età evolutiva, per l'assistenza alla famiglia e alla maternità e alla paternità con un modello di servizio fondato sull'integrazione tra sociale e sanitario e sulla partecipazione.

Oggi i consultori, le cui attività costituiscono livelli essenziali di assistenza (LEA), versano in una condizione di profonde difficoltà: sono **pochi, privi di risorse economiche e del personale** necessario, come già confermato dagli ultimi dati del [Ministero della Salute](#): nel 2022 risultano **1.871 consultori familiari pubblici**, 1.131 in meno rispetto a quelli necessari a garantire il livello standard di un consultorio ogni 20 mila abitanti. In media c'è **un consultorio ogni 32 mila abitanti** con profonde differenze tra regioni e territori.

Profonde sono anche le differenze nelle prestazioni e servizi offerti, come nelle figure professionali presenti, che risultano comunque sempre sotto gli standard numerici.

I nuovi bisogni di salute indotti dai cambiamenti demografici e sociali, rendono i consultori servizi ancora più necessari, e per questo occorre una forte azione per difenderli e soprattutto per potenziarli e garantirli in ogni territorio.

Occorre garantire la presenza di **un consultorio familiare pubblico ogni 20.000 abitanti** (uno ogni 10.000 abitanti nelle aree interne) con la presenza dell'**equipe multiprofessionale** composta almeno da ostetrica, assistente sociale, ginecologa/o e psicologa/o, e assicurare i **LEA** in tutto il Paese.

I consultori familiari devono garantire servizi almeno 6 ore al giorno per 6 giorni alla settimana ed essere collocati nelle Case della Comunità.

Devono garantire: **prevenzione, assistenza e presa in carico** delle problematiche del benessere sessuale, relazionale e riproduttivo per tutto l'arco della vita (adolescenza, gravidanza, postparto, allattamento, infertilità, menopausa, postmenopausa, over 65, screening); offerta gratuita di tutti i **metodi contraccettivi** e di prevenzione; **accesso all'IVG farmacologica** fino alla nona settimana anche a domicilio; **assistenza in puerperio**, a tutti i nuclei con un neonato.

Occorre impedire la presenza di **associazioni e movimenti antiabortisti** all'interno dei consultori e abrogare l'articolo 44 quinquies del DL n. 19/2024 è abrogato.

Tutela della salute mentale di adulti, minori e giovani. La **salute mentale** indica il **benessere emotivo, psicologico e sociale**; è parte integrante della salute e del benessere e va tutelata e promossa **in ogni fase della vita**, dall'infanzia all'adolescenza fino all'età adulta e più avanzata.

Si stima che circa un italiano su sei abbia sperimentato di un disturbo mentale nel 2019, una quota pari alla media UE ([OCSE](#)).

Occorre assicurare alle **persone con sofferenza mentale** la presa in carico e un percorso assistenziale inclusivo e partecipato.

Vanno **rafforzati i servizi territoriali per la salute mentale**, potenziando la presenza di tutte le figure professionali, e garantiti ad adulti, giovani e minori con disturbi mentali, percorsi terapeutici, riabilitativi e assistenziali personalizzati.

Devono essere realizzati progetti per il **superamento della contenzione** e assicurati programmi per il diritto alla salute e alle cure delle **persone detenute in carcere** o sottoposte a misure di sicurezza detentiva in Rems.

Sistema della residenzialità. Nel 2023 sono state censite **8.114 strutture residenziali** (Residenze Sanitarie Assistenziali, Case protette, Hospice, ecc.), 3.192 strutture semiresidenziali (Centri diurni psichiatrici, ecc.) e 6.760 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 554 ogni 100.000 abitanti.

Sono private accreditate l'85,1% delle strutture residenziali e il 72,8% delle strutture semi-residenziali.

Il nostro Paese ha bisogno di migliorare il sistema di residenzialità e semi-residenzialità, rendendolo più accessibile ed economicamente sostenibile; un sistema molto frammentato, con ogni Regione che ha le proprie regole, i propri parametri.

È fondamentale, dopo i necessari interventi a sostegno della domiciliarità, ammodernare la rete di strutture, assicurando che rispettino standard organizzativi, professionali e qualitativi elevati, e che siano ben integrate con l'assistenza territoriale. Tutto questo passa anche attraverso una **revisione del sistema di accreditamento** e un migliore equilibrio tra pubblico e privato.

Attualmente, la Conferenza Stato-Regioni sta discutendo una proposta del Ministero della Salute che mira a definire criteri unici e condivisi a livello nazionale per i requisiti di sicurezza e qualità delle strutture che si prendono cura degli anziani non autosufficienti. Tuttavia, la bozza di documento presenta aspetti che destano forti preoccupazioni che questo intervento, anziché migliorare, possa portare a un ribasso generale della qualità di attività e prestazioni erogate, riducendo la qualità e la sicurezza dell'assistenza agli anziani, mentre in quasi tutte le regioni stanno aumentando le tariffe a carico degli assistiti e delle loro famiglie.

Forti preoccupazioni anche per la previsione di trasferire **L'Assistenza Domiciliare Integrata** (ADI) direttamente alle strutture residenziali con il rischio che, ancora una volta, il Governo, invece di valorizzare il lavoro pubblico, riduca ulteriormente il suo perimetro a favore dei privati.

Occorre migliorare il sistema della 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.

A garanzia del rispetto della dignità della persona va previsto un piano per il superamento della contenzione, con il coinvolgimento la formazione degli operatori.

Prevenzione e promozione della salute. La prevenzione e la promozione della salute, con l'approccio **"One Health"** sono fondamentali, tuttavia, nonostante le dichiarazioni rassicuranti del Ministro della Salute, su questo fronte non si investe abbastanza, a partire dalle risorse ad esso destinate che rappresentano **solo il 5,6%** del totale (dati [Corte dei Conti](#)).

Servono risorse e, come ha dimostrato la lotta al Covid 19, serve un'azione coerente e coordinata a livello mondiale, ovvero esattamente il contrario di ciò che sta facendo il Governo che, in nome di un'incomprensibile e pericolosa "sovranità nazionale", si è allineato in modo servile alle pericolose posizioni USA e ha respinto il Piano Pandemico dell'OMS, come se virus e pandemie si fermassero ai confini degli Stati. Tutto ciò, in uno scenario di forte indebolimento dell'OMS, vittima anche degli attacchi e delle posizioni nazionaliste e antiscientifiche dell'amministrazione Trump.

È **prioritario investire sulla prevenzione**, dalle vaccinazioni per le persone di ogni fascia d'età, agli screening per prevenire tumori, oltre a promuovere stili di vita sani e soprattutto condizioni di lavoro in ambienti salubri e sicuri.

Un'azione forte e decisa deve essere dedicata alla **salute e sicurezza negli ambienti di lavoro**, dove i numeri di infortuni e malattie professionali continuano ad essere allarmanti, con **13 mila morti sul lavoro** e **6,2 milioni di infortuni** denunciati in 10 anni.

Occorre investire nella prevenzione e della promozione della salute, nella consapevolezza che nei livelli di salute delle persone e delle comunità dipendono da diversi determinanti.

Deve essere garantito **il diritto a lavorare in condizioni ambientali e lavorative sicure e salubri** per proteggere la salute di lavoratori e lavoratrici e della collettività.

Vanno previsti interventi per assicurare che nei luoghi del SSN, in cui sono accolte le persone e in cui operano i professionisti della salute, siano sicuri e accoglienti.

Va definito un **Programma straordinario nazionale di azione** per la prevenzione degli infortuni e delle malattie professionali e la tutela della salute negli ambienti di lavoro, e il miglioramento di qualità e quantità delle verifiche ispettive, anche attraverso l'incremento del personale ispettivo, **l'assunzione di medici di medicina del lavoro e tecnici della prevenzione**. Va previsto l'inserimento dell'insegnamento della salute e sicurezza sul lavoro nei **programmi scolastici**.

Esternalizzazioni e privatizzazioni. I processi di esternalizzazione e privatizzazione interessano la sanità in modo sempre più impattante, peraltro in contesto in cui si affermano sempre più grandi gruppi.

Per quanto riguarda le attività non caratteristiche del Servizio sanitario, il processo di esternalizzazione è in corso da decenni (trasporto rifiuti, gestione mense, igienizzazione, lavaggio biancheria, parcheggi, manutenzioni, vigilanza, ecc.), ma quello che sta crescendo in modo sempre più prepotente è l'esternalizzazione di **attività che fanno più direttamente parte del percorso di cura**, con valenza professionale medica e infermieristica e quindi direttamente connesse con l'assistenza alla persona.

Processi di esternalizzazione verso il privato, coinvolto in parte del percorso assistenziale a fianco del pubblico o chiamandolo direttamente a sostituire il servizio pubblico, compresi il ricorso a professionisti "a gettone" nelle strutture ospedaliere pubbliche.

Si può affermare che c'è posto per il settore privato nella salute ma **il settore privato, convenzionato, non può espandersi a scapito del pubblico**. Per riassumere con una frase si potrebbe affermare che il privato **"deve restare al proprio posto"** e lo Stato dovrebbe governarlo e non subirlo.

Occorre fermare i processi di esternalizzazione e privatizzazione, 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.

Spesa farmaceutica. Nel 2024, la **spesa farmaceutica** complessiva, comprensiva di quella per i gas medicinali, ha raggiunto i **23,2 miliardi di euro**, in continua crescita e con un aumento del 6,7% solo nell'ultimo anno ([AIFA](#)).

Il SSN può pagare di più se cambia qualcosa per la salute dei pazienti e la rimborsabilità dei farmaci deve avvenire solo per quelli che hanno un profilo di efficacia e sicurezza superiore rispetto alle alternative prescrivibili a carico del SSN ovvero, che a parità di profilo di efficacia e sicurezza, presentano prezzi inferiori.

Occorre migliorare il valore della spesa farmaceutica, disporre la **revisione straordinaria del Prontuario farmaceutico nazionale** e definire nuovi criteri per la determinazione del **tetto alla spesa farmaceutica** a carico del SSN sulla spesa sanitaria pubblica complessiva.

Aspettative di vita. Le **aspettative di vita in Italia** rimangono costantemente tra le più alte d'Europa. Nel 2023, la speranza di vita alla nascita in Italia era di **83,5 anni**, la terza più alta del continente, superiore di 2,9 anni rispetto alla media europea (80,6 anni).

L'Italia, con il suo SSN pubblico, ha anche registrato uno dei **tassi di mortalità evitabile** più bassi d'Europa con 145 decessi ogni 100 mila abitanti. La media europea è di 230 decessi. Analogamente per i tassi di mortalità prevenibili e trattabili.

Il Servizio pubblico è sostenibile. Nonostante le criticità che attanagliano il SSN, i suoi risultati in termini di efficacia e accessibilità sono tra i migliori nel panorama europeo e mondiale.

Un servizio sanitario nazionale, pubblico e universale, è sicuramente in grado di garantire, in termini di **salute e di costi-efficacia** delle risorse investite, **risultati migliori** rispetto ad altri sistemi sanitari: è un sistema sostenibile in termini sociali ed economici.

Tuttavia, il SSN sta attraversando una **profonda crisi**, forse la più grave dalla sua istituzione e proprio per responsabilità e volontà politica. Un declino che deve essere contrastato.

Oltre al serio problema di sottofinanziamento, ancora più grave è il **carico di “non salute”** e la sua diseguale distribuzione che devono essere affrontati con urgenza, cambiando l'approccio alla salute e trasformando il sistema dei servizi.

I determinanti sociali, economici, commerciali, ambientali modellano una larga parte dello stato di salute di una persona. Spesso la domanda cresce, e con essa anche la spesa a carico delle famiglie, per determinanti commerciali sollecitati dal mercato privato.

Occorre contrastare il declino del SSN con una politica intersettoriale che metta al centro la **salute e il benessere**, che comprende la qualità della vita e la capacità delle persone di essere titolari di diritti e non meri consumatori di prestazioni sanitarie.

Va contrastata la “**cultura del consumo**” per riaffermare quella del **diritto alla salute**, riallineando i livelli di **offerta ai bisogni** delle persone e delle comunità, investendo nel governo territoriale della domanda, potenziando il ruolo dei distretti e il perimetro delle cure primarie.

Verso la proposta di legge di iniziativa popolare. Su questi obiettivi confederali, chiari, precisi e impegnativi, occorre **proseguire nella mobilitazione** 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 della collettività.

Lo stesso impegno e lavoro capillare andrà agito per promuovere la partecipazione e la consapevolezza di lavoratrici e lavoratori, pensionati, cittadini, istituzioni, comunità per impedire lo **smantellamento del SSN e la privatizzazione della salute**.

Rafforziamo il Servizio Sanitario Nazionale. Rendiamo effettivo il diritto alla tutela della salute.

Novembre 2025

Area Stato Sociale e Diritti



SALUTE e SANITA'
Nella Legge Bilancio 2026

Nel 2025, per il **Fabbisogno Sanitario Nazionale** sono previsti 136,5 miliardi di euro pari a **6,05% del PIL**, in rapporto al quale la spesa per il SSN tocca il valore più basso degli ultimi decenni. Dunque, dal suo insediamento nel 2022 (quando il FSN era al 6,42%), il Governo Meloni ha tagliato quasi mezzo punto di PIL delle risorse del Paese destinate alla sanità pubblica, che corrisponde a **9 miliardi di euro in meno all'anno**.

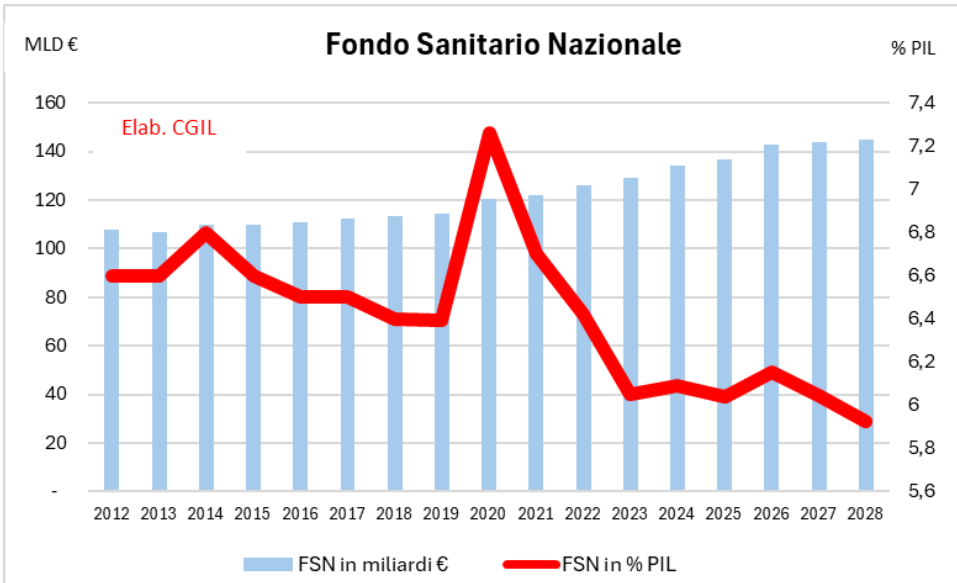
Il **Disegno di Legge di Bilancio 2026** prevede un incremento di **2,4 miliardi di euro** per il 2026 (poi di 2,65 miliardi rispettivamente per il 2027 e 2028), che si aggiunge a quello già previsto dalla Legge di Bilancio 2025, portando il Fabbisogno Sanitario Nazionale del 2026 a **142,9 miliardi di euro, pari ad appena il 6,15% del PIL**.

In rapporto al PIL, il FSN non solo resta a livelli assolutamente bassi, ma è destinato a scendere di nuovo al 6,04% nel 2027 fino a **sprofondare al 5,92%** nel 2028: valori assolutamente inadeguati a rispondere ai bisogni urgenti della sanità pubblica e che allontanano ulteriormente l'Italia dagli investimenti dei Paesi europei più avanzati.

La dinamica del finanziamento del SSN

	2023	2024	2025	2026	2027	2028	variazione media annua 2026-2028 in %
PIL nominale (DPFP 2025 in mil. €)	2.128.001	2.199.619	2.260.650	2.322.536	2.381.336	2.443.821	
variazione in % rispetto all'anno precedente			2,77	2,74	2,53	2,62	2,63
Fabbisogno Sanitario Naz.le (LB 2025, in mil. €)	128.874	134.017	136.536	140.505	141.259	142.128	
Incremento FSN (DDL 2026, in mil. €)				2.400	2.650	2.650	
Fabbisogno Sanitario Naz.le (DDL 2026, in mil. €)				142.905	143.909	144.778	
variazione in % rispetto all'anno precedente				4,66	0,70	0,60	1,99
% PIL	6,05	6,09	6,05	6,15	6,04	5,92	

Elab. CGIL dati Disegno di Legge di Bilancio 2026, PSFP, UPB



L'insufficiente finanziamento del **Fabbisogno sanitario nazionale** è destinato ad ampliare la forbice rispetto alla **Spesa sanitaria** a cui contribuiscono anche le Regioni. Forbice stimata in 7,5 miliardi di euro per il 2025 e che arriverà a 13,6 miliardi di euro nel 2028.

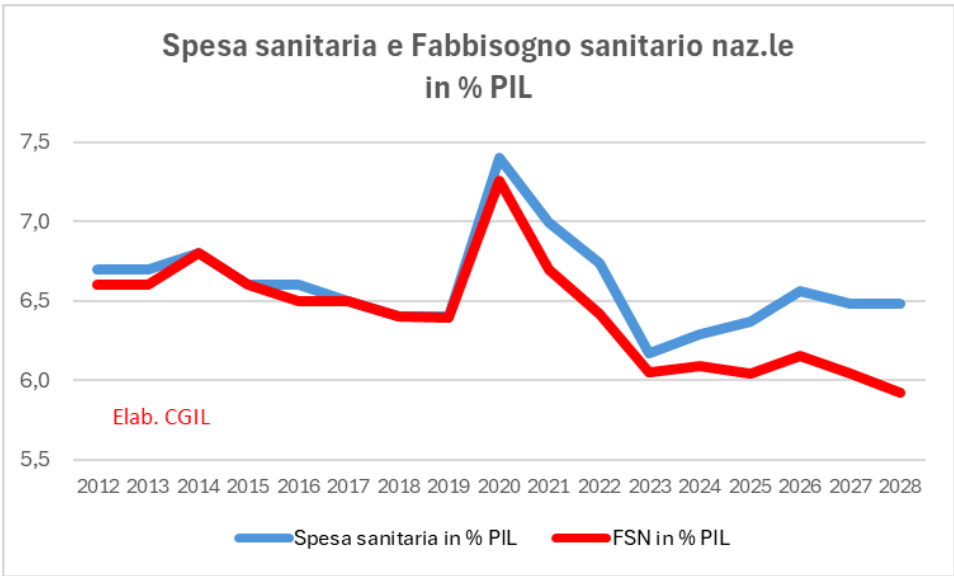
Con il Governo che riduce l'impegno sulla sanità pubblica e le Regioni costrette a **tagliare altre voci di bilancio per non sforbiciare servizi e prestazioni sanitarie**, si va delineando una prospettiva destinata ad aggravare irreversibilmente la loro già precaria condizione economico-finanziaria.

La [Corte dei Conti](#) ha recentemente evidenziato come **stiano crescendo le Regioni che presentano disavanzi** prima delle coperture (1,5 miliardi di euro complessivi nel 2024), un fenomeno che si estende anche alle *"Regioni che finora avevano sempre garantito un'elevata qualità dei servizi e un equilibrio economico"*.

Spesa sanitaria e Fabbisogno sanitario naz.le negli anni

Anno	FSN in mil. €	FSN in % PIL	Spesa sanitaria in mil. €	Spesa san. in % PIL	Diff. Spesa sanitaria- FSN in mil. €
2012	107.961	6,6	108.570	6,7	609
2013	107.005	6,6	107.890	6,7	885
2014	109.928	6,8	109.712	6,8	- 216
2015	109.715	6,6	110.008	6,6	293
2016	111.002	6,5	110.977	6,6	- 25
2017	112.577	6,5	112.185	6,5	- 392
2018	113.404	6,4	114.423	6,4	1.019
2019	114.474	6,4	114.936	6,4	462
2020	120.557	7,3	122.469	7,4	1.912
2021	122.061	6,7	128.393	7,1	6.332
2022	125.980	6,4	130.708	6,7	4.728
2023	128.874	6,1	131.842	6,2	2.968
2024	134.017	6,1	138.335	6,3	4.318
2025	136.536	6,04	144.021	6,4	7.485
2026	142.905	6,15	152.331	6,6	9.426
2027	143.909	6,04	154.377	6,5	10.468
2028	144.778	5,92	158.352	6,5	13.574

Elab. CGIL dati Disegno di Legge di Bilancio 2026, DPFP, Corte dei Conti, UPB





SALUTE e SANITA'

PNRR M6 - Missione Salute

Il **PNRR**, nella **Missione 6 Salute (M6)**, prevede importati riforme e investimenti destinati al Servizio Sanitario Nazionale e da realizzare entro il 2026.

Obiettivi della missione sono quelli di ridisegnare la rete di assistenza sanitaria territoriale con professionisti e prestazioni disponibili in modo capillare su tutto il territorio nazionale, per una sanità che sia vicina e prossima alle persone, e innovare il parco tecnologico ospedaliero, digitalizzare il Servizio sanitario nazionale, investire in ricerca e formazione del personale sanitario per una sanità più sicura, equa e sostenibile.

Il PNRR - Missione 6 – Salute, nelle 2 componenti C1 “Reti di prossimità, strutture e telemedicina per l’assistenza territoriale” e C2 “Innovazione, ricerca e digitalizzazione del servizio sanitario”, prevede oltre 10 mila progetti per un finanziamento complessivo di **19,3 miliardi di €** (di cui 14,6 miliardi di € solo PNRR).

Alla data del 30.6.2025, risultano effettuati **pagamenti per 6,6 miliardi di €** pari al **34,4% dei fondi** disponibili.

Dei progetti monitorati, ne risultano **completati il 38,2% del totale**.

Particolarmente preoccupanti i ritardi nella realizzazione di opere di edilizia sanitaria (Case della Comunità, Ospedali di Comunità; Verso un ospedale sicuro e sostenibile).

Per approfondire, vedi il report della CGIL [“PNRR M6: ultima chiamata! Lo stato di attuazione dei progetti di edilizia sanitaria”](#).

MISSIONE 6 - Salute

	Progetti finanziati	Progetti completati	% progetti completati/ totale	Finanziamento totale (€)	di cui PNRR (€)	Pagamenti effettuati (€)	% Pagamenti/ finanziam. totale
M6C1 - Reti di prossimità, strutture per assistenza territoriale	2.792	787	28,2%	9.941.683.611	6.960.066.758	2.864.689.532	28,8%
1.01 Case Comunità	1.415	50	3,5%	2.835.302.007	1.999.953.084	486.120.817	17,1%
1.02 Ospedali Comunità	428	14	3,3%	1.266.346.276	999.996.864	190.810.153	15,1%
1.03 Casa primo luogo di cura e telemedicina	949	723	76,2%	5.840.035.329	3.960.116.810	2.187.758.562	37,5%
M6C2 - Innovazione, ricerca e digitalizzazione del SSN	7.308	3.076	42,1%	9.383.430.417	7.551.607.974	3.775.048.375	40,2%
2.02 Verso un ospedale sicuro e sostenibile	198	28	14,1%	1.600.999.642	888.467.281	385.131.051	24,1%
2.01 Ammodernamento parco tecnologico e digitale ospedaliero	4.718	3.022	64,1%	4.348.838.974	4.007.663.830	1.769.342.051	40,7%
2.03 Rafforzamento infrastruttura tecnologica e raccolta dati	268	15	5,6%	1.398.204.452	1.397.756.412	381.022.559	27,3%
2.04 Rafforzamento ricerca biomedica SSN*	1.858	3	0,2%	528.510.964	520.164.739	59.986.220	11,4%
2.05 Sviluppo competenze tecniche e professionali personale SSN	266	8	3,0%	1.506.876.386	737.555.712	31.680.135	2,1%
Missione 6	10.100	3.863	38,2%	19.325.114.028	14.511.674.732	6.639.737.907	34,4%

Elab. CGIL dati Regis 30.6.2025. Per quanto riguarda l'investimento "Rafforzamento ricerca biomedica SSN" sono state prese in considerazione solo i pagamenti effettuati con risorse PNRR.



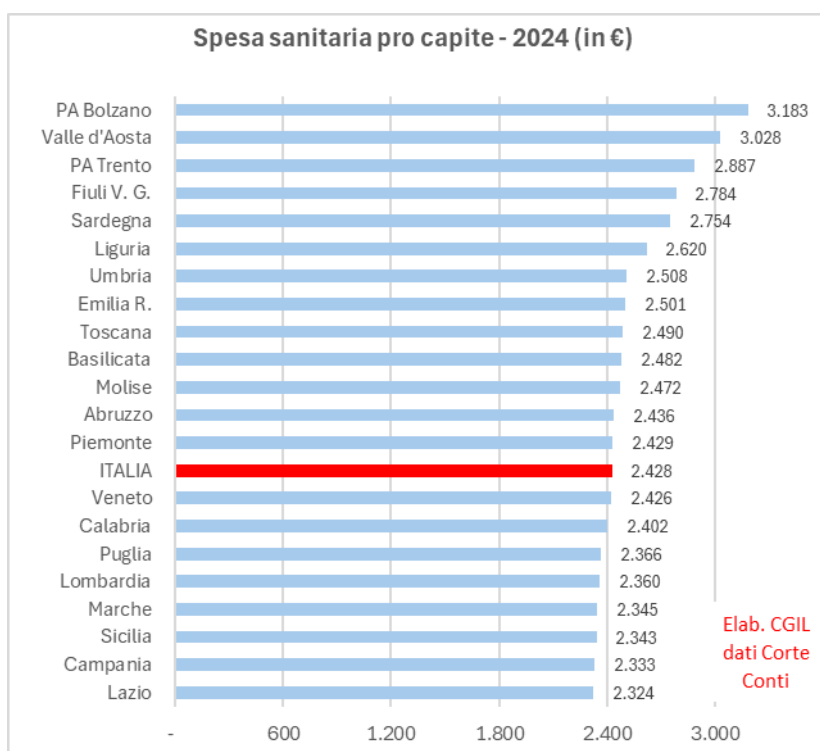
SALUTE e SANITA' Nelle regioni

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, assieme al quadro nazionale, possono essere utili per ampliare 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 e soprattutto vogliono essere utile stimolo all'attuazione della Missione Salute del PNRR. 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 disuguaglianze nella tutela del diritto alla salute e alla cura delle persone o a far emergere le grandi contraddizioni tra Governo e Regioni.**

Spesa sanitaria pro capite – 2024

Secondo i dati della [Corte dei Conti](#), nel 2024, la **spesa sanitaria pro-capite** è stata pari a **2.428 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.



L'assistenza ospedaliera

Secondi i dati del [Ministero della Salute](#), nel 2023 il SSN dispone e si avvale di **996 strutture di ricovero e cura** (di cui il 51,3% pubblici e 48,7% accreditati) con **216 mila posti letto complessivi** di cui 194 mila per degenza ordinaria (78,9% pubblici), 12 mila per day hospital (89,3% pubblici) e 8 mila per day surgery (77,2% pubblici). Sono disponibili mediamente **3,66 posti letto ogni 1.000 abitanti** di cui 3,07 posti letto per acuti e 0,59 posti per riabilitazione e lungodegenza.

Nel 2022 i posti letto ospedalieri complessivi erano 225 mila, di cui 180 mila pubblici e 45 mila privati: **in un anno sono stati tagliati quasi 10 mila posti letto ospedalieri**. I tagli hanno colpito soprattutto i posti pubblici (-8 mila posti, pari a -4,6%) e, in misura minore i posti accreditati (oltre mille posti in meno, pari a -3,0%).

Posti letto ospedalieri nelle strutture pubbliche e accreditate - anno 2023

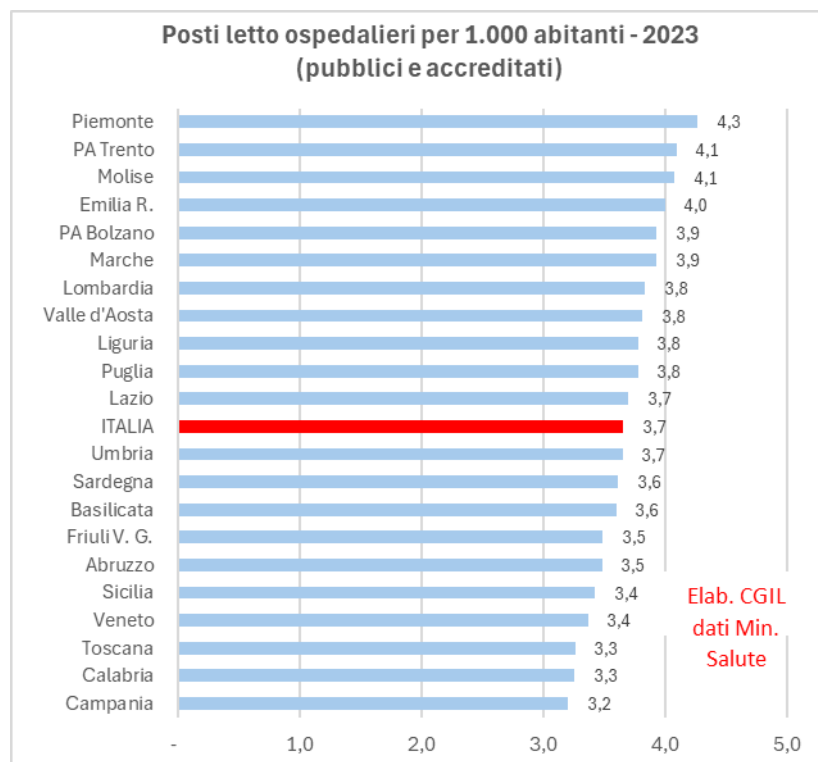
	Day Hospital	Day Surgery	Degenza Ordinaria	Degenza a Pagamento	Totale	pl in %	Posti per 1.000 abitanti
Posti letto pubblici	10.452	6.307	153.354	1.545	171.658	79,5%	2,91
Posti letto accreditati	1.248	1.867	41.054	-	44.169	20,5%	0,75
Totale	11.700	8.174	194.408	1.545	215.827	100,0%	3,66
pl in %	5,4%	3,8%	90,1%	0,7%	100,0%		

Elab. CGIL - Dati Ministero Salute

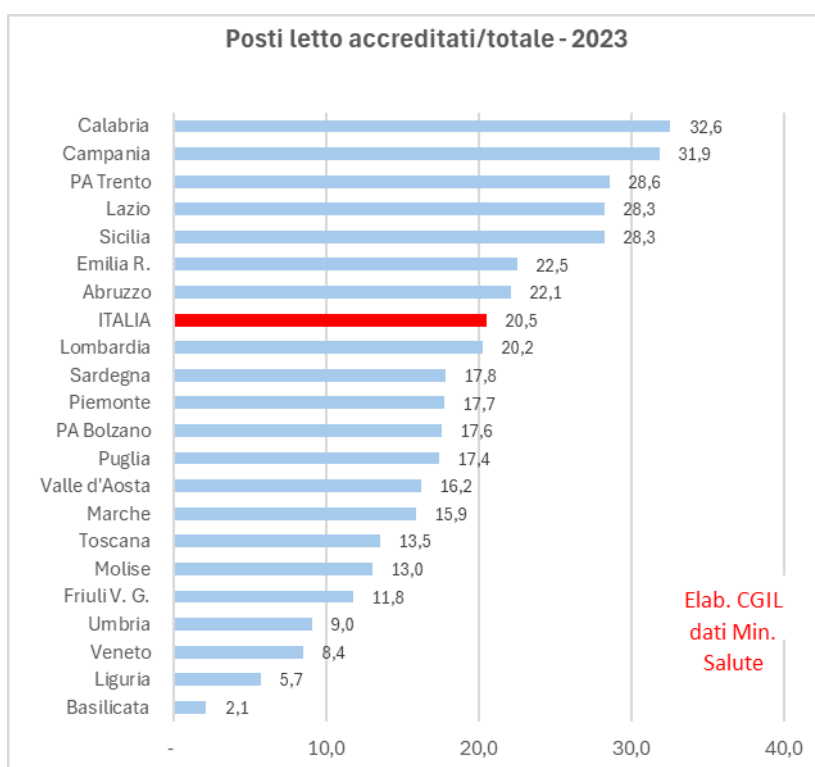
Posti letto ospedalieri - Differenze 2023-2022

	2022	2023	Diff. 2023-2022	% 2023-2022
Posti letto pubblici	179.938	171.658	-8.280	-4,6%
Posti letto accreditati	45.531	44.169	-1.362	-3,0%
Totale	225.469	215.827	-9.642	-4,3%

Elab. CGIL - Dati Ministero Salute

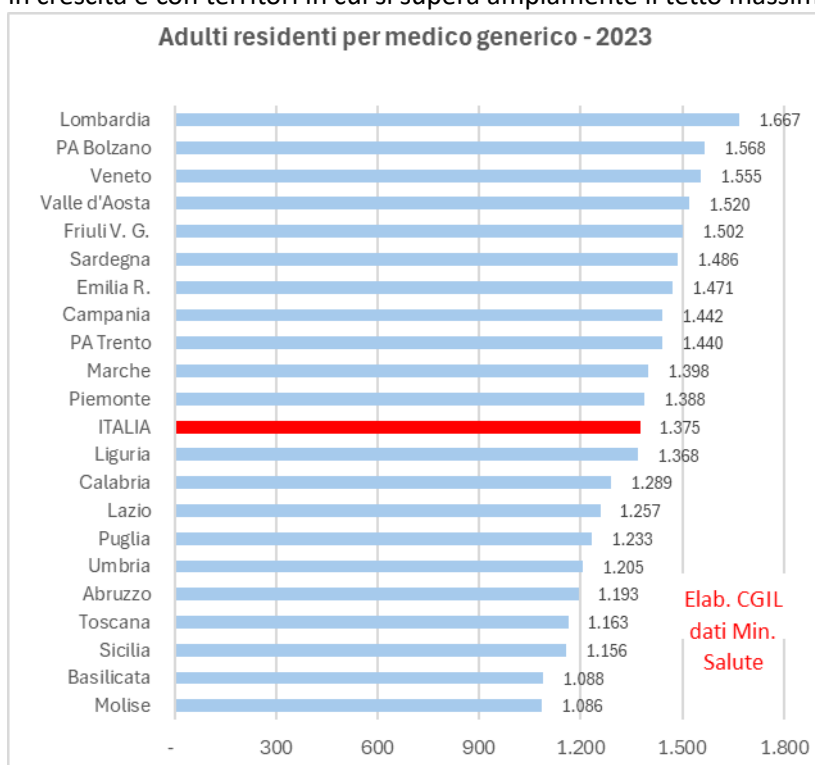


Dei 215 mila posti letto complessivi (degenza ordinaria, day hospital, day surgery), i **posti letto accreditati** rappresentano mediamente il **20,5%** del totale.

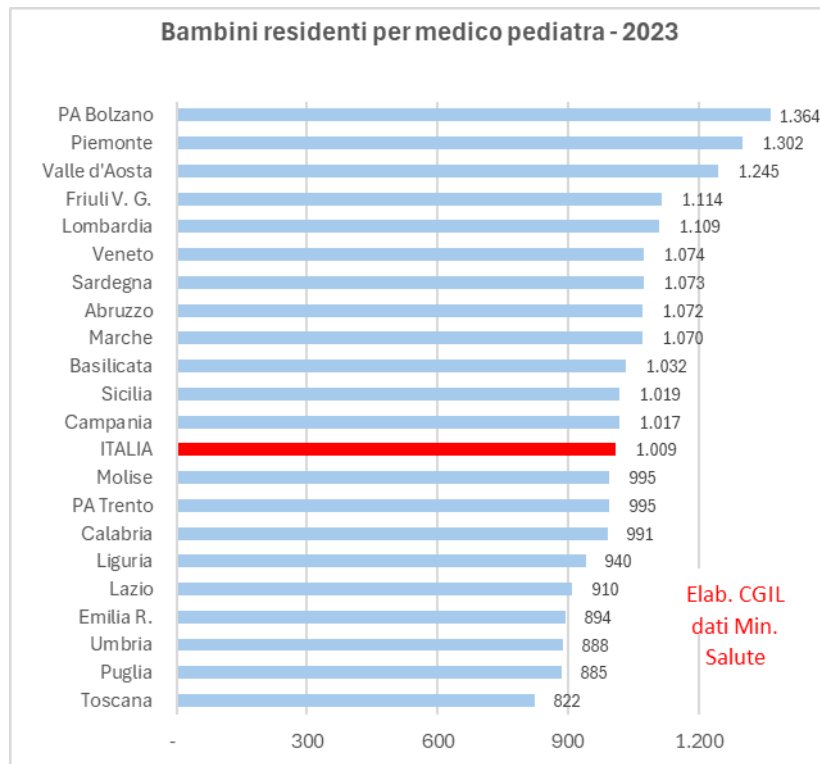


Medicina generale – 2023

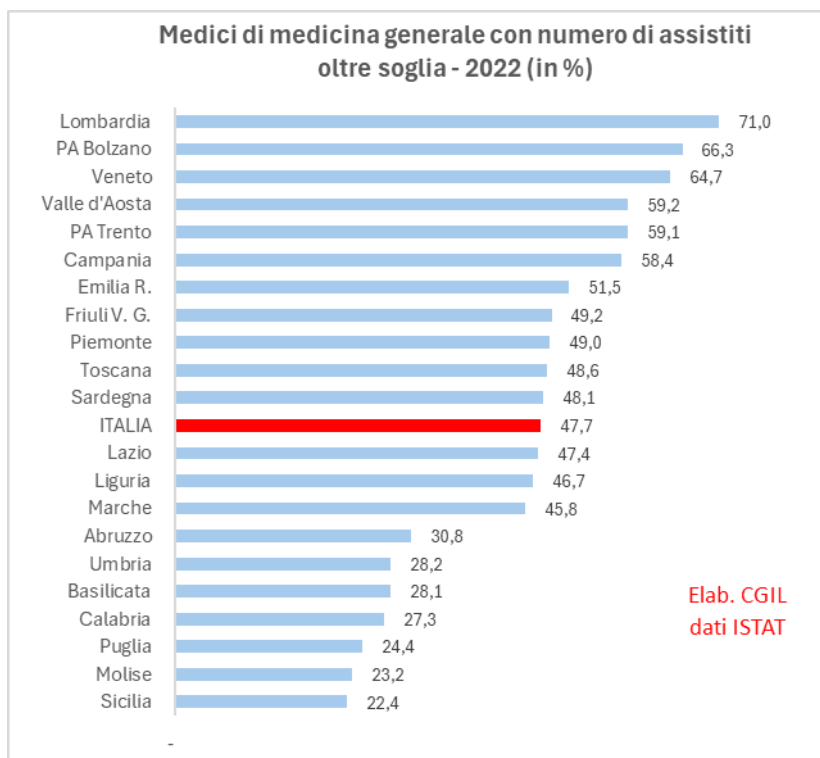
Il contratto dei **medici di medicina generale** (ACN – Accordo Collettivo Nazionale) prevede, salvo eccezioni, che ciascun medico di medicina di base assista al massimo 1.500 pazienti adulti (di età superiore ai 13 anni). Secondo i dati del [Ministero della Salute](#), nel 2023, la media nazionale è di 1.375 assistiti per medico di medicina generale, in crescita e 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 1.009, in crescita, e in tutte le regioni il dato medio è superiore a 800 bambini.

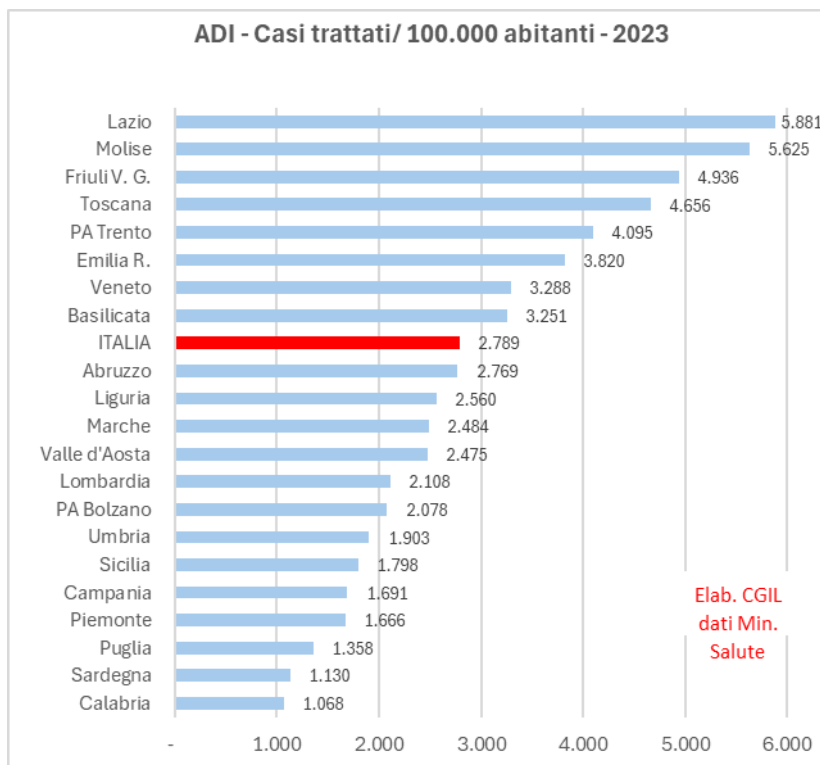


Secondo l'[ISTAT](#), nel 2022 i medici di medicina generale che presentano un numero di assistiti oltre la soglia rappresentano il 47,7% del totale, con punte particolarmente elevate in alcune regioni.

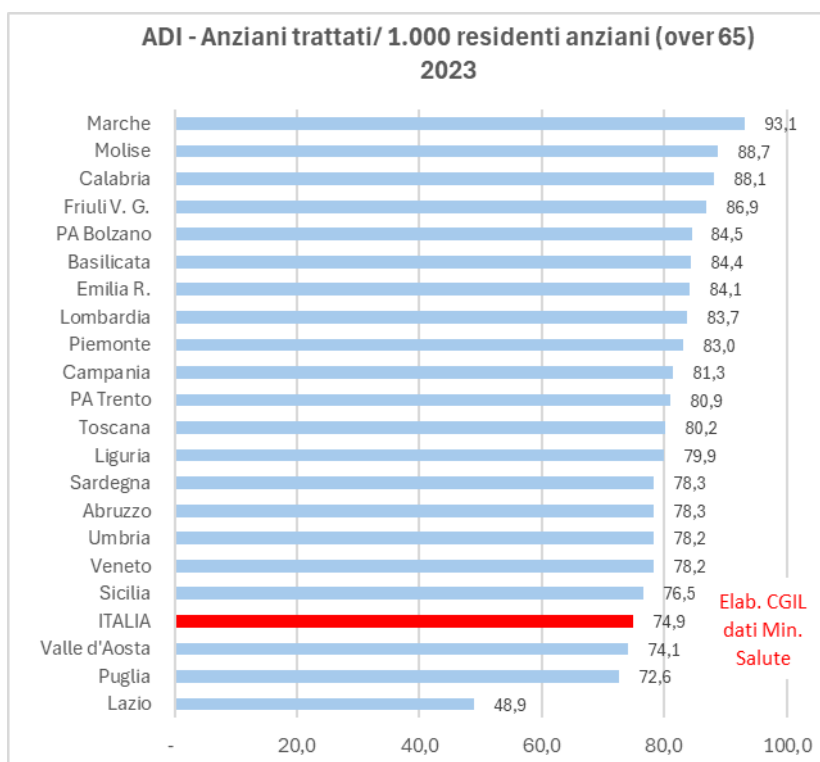


Assistenza domiciliare integrata – ADI

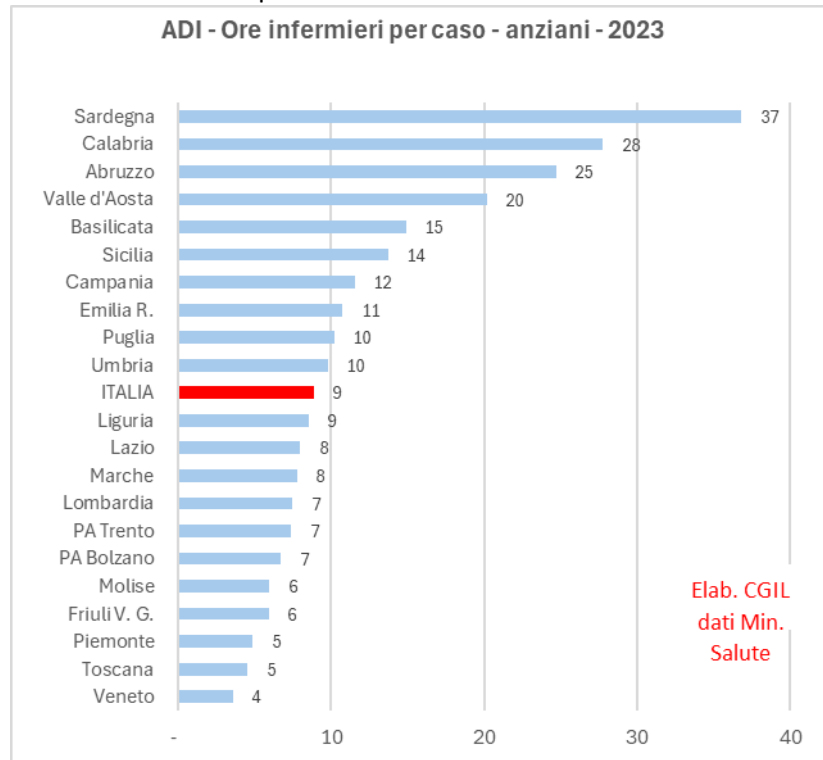
Secondo i dati del [Ministero della Salute](#), nel 2023 l'assistenza domiciliare integrata è stata garantita a 1,6 milioni di pazienti dei quali il 74,9% è rappresentato da **anziani** (over 65). In rapporto alla popolazione, sono stati trattati 2.789 casi ogni 100.000 abitanti, con livelli di presa in carico molto differenziati (v. grafico successivo su ADI – ore infermiere per caso trattato).



In rapporto alla popolazione anziana, nel 2023 sono stati trattati in Assistenza Domiciliare Integrata 74,9 anziani ogni 1.000 residenti over 65.

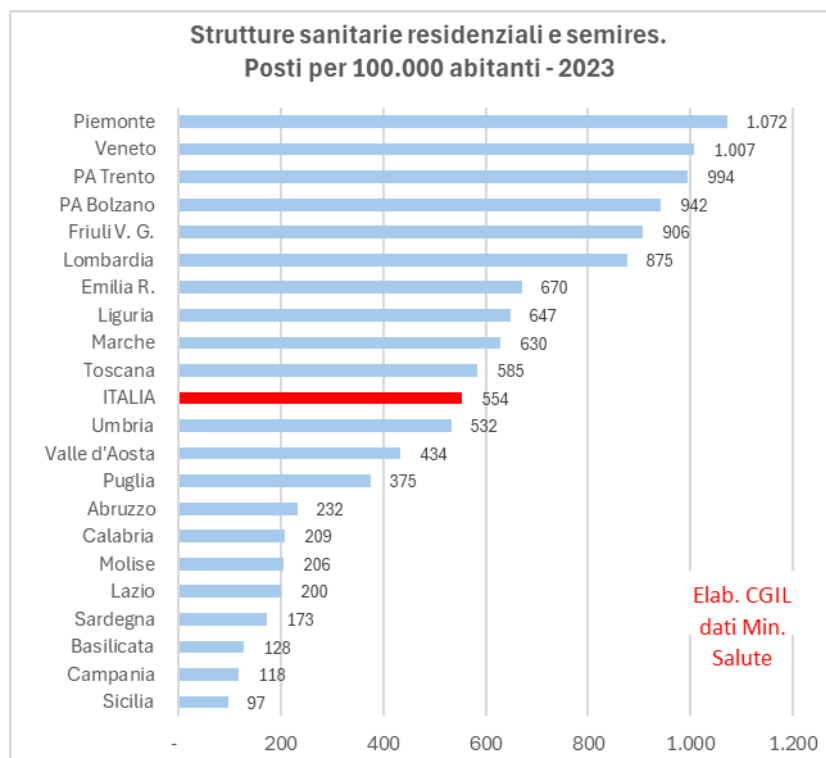


Mediamente a ciascun paziente sono state dedicate nel 2023 circa **15 ore di assistenza, in calo** (erano 18 nel 2022), erogata in gran parte dal **personale infermieristico** (10 ore per caso). Le ore dedicate a **ciascun assistito anziano** sono state mediamente 14 (erano 16 nel 2022) di cui 9 erogate da personale infermieristico, 3 da terapisti della riabilitazione e 2 da altri operatori.



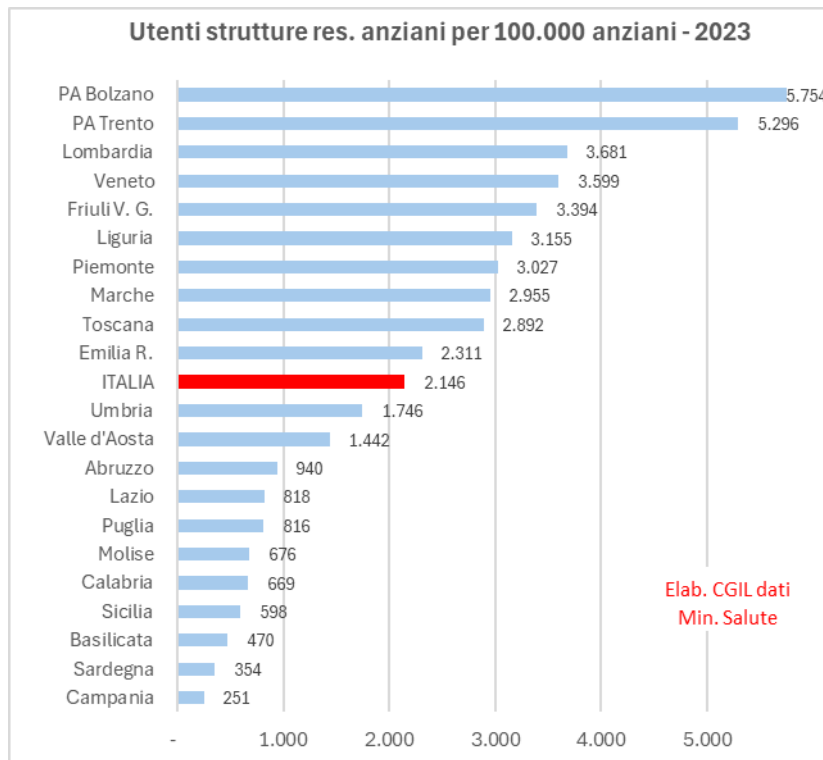
Strutture sanitarie residenziali e semiresidenziali

Per quanto riguarda le strutture territoriali, nel 2023 sono state censite **8.114 strutture residenziali** (Residenze Sanitarie Assistenziali, Case protette, Hospice, ecc.), 3.192 strutture semiresidenziali (Centri diurni psichiatrici, ecc.) e 6.760 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 554 ogni 100.000 abitanti.



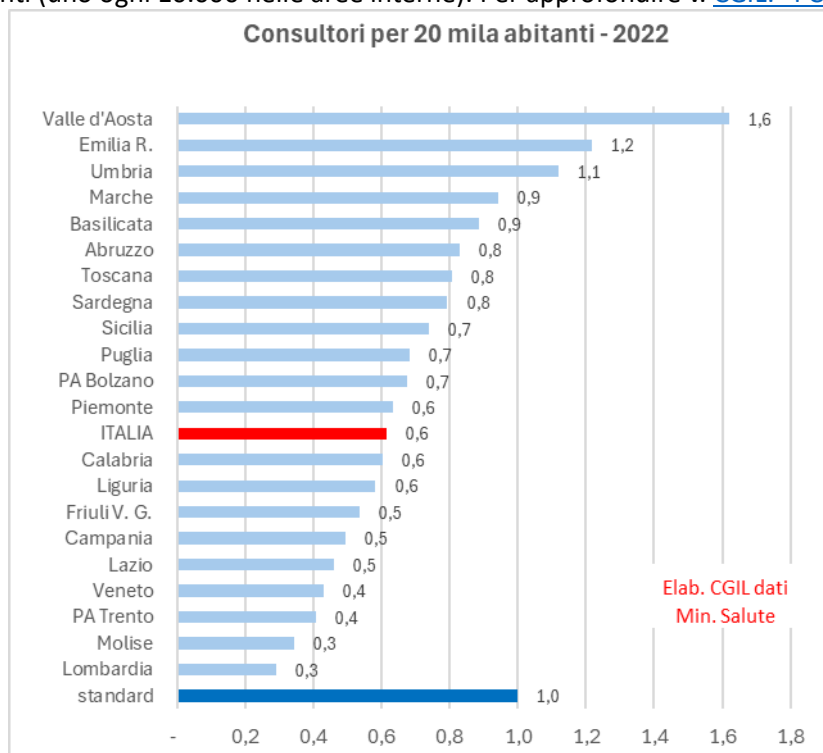
Il **70,1% dei posti nelle strutture residenziali e semiresidenziali** è dedicato all'assistenza degli anziani, l'11,2% all'assistenza psichiatrica, il 16,8% all'assistenza di disabili psichici e fisici e l'1,1% ai pazienti terminali e lo 0,7% all'assistenza di neuropsichiatria infantile e dell'adolescenza.

Per quanto riguarda l'assistenza agli anziani, nelle strutture residenziali risultano mediamente 2.146 utenti per 100.000 anziani.



Consultori familiari

Secondo i dati del [Ministero della Salute](#), nel 2022 ci sono **1.819 consultori familiari pubblici** (1.925 nel 2020), a cui si aggiungono 126 consultori privati, 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). Per approfondire v. [CGIL: "I Consultori in Italia"](#).



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.

Sistema di Garanzia dei LEA - 2023

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.

Dai dati del [Ministero della Salute](#), nel 2023 ben **8 regioni non hanno garantito i LEA** (Abruzzo, Calabria, Campania, Molise, PA Bolzano, Sardegna, Sicilia, Valle d'Aosta). Nel 2021 erano 7, con un evidente peggioramento.

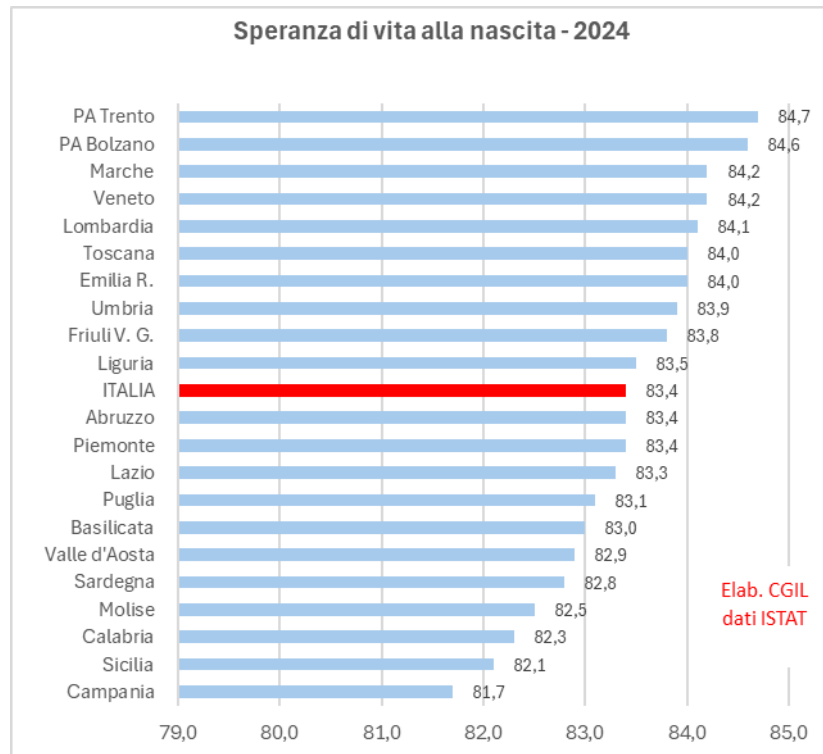
Sistema di Garanzia dei LEA (core) - 2023

Prevenzione		Area distrettuale		Area ospedaliera	
PA Trento	98	Veneto	96	PA Trento	97
Veneto	98	Toscana	95	Toscana	96
Emilia R.	97	Piemonte	90	Veneto	94
Lombardia	95	Emilia R.	89	Emilia R.	92
Toscana	95	Liguria	85	Marche	91
Piemonte	93	PA Trento	83	Piemonte	87
Umbria	93	Marche	83	Lombardia	86
Friuli V. G.	81	PA Bolzano	82	Lazio	85
Valle d'Aosta	77	Friuli V. G.	81	Puglia	85
Marche	74	Umbria	80	Umbria	84
Puglia	74	Lombardia	76	Abruzzo	83
Basilicata	68	Molise	73	Liguria	80
Calabria	68	Campania	72	Sicilia	80
Sardegna	65	Puglia	69	Friuli V. G.	73
Lazio	63	Lazio	68	Campania	72
Campania	62	Sardegna	67	Basilicata	69
PA Bolzano	58	Basilicata	52	Calabria	69
Molise	58	Abruzzo	45	PA Bolzano	62
Liguria	54	Sicilia	44	Molise	62
Abruzzo	54	Calabria	40	Sardegna	60
Sicilia	49	Valle d'Aosta	35	Valle d'Aosta	53

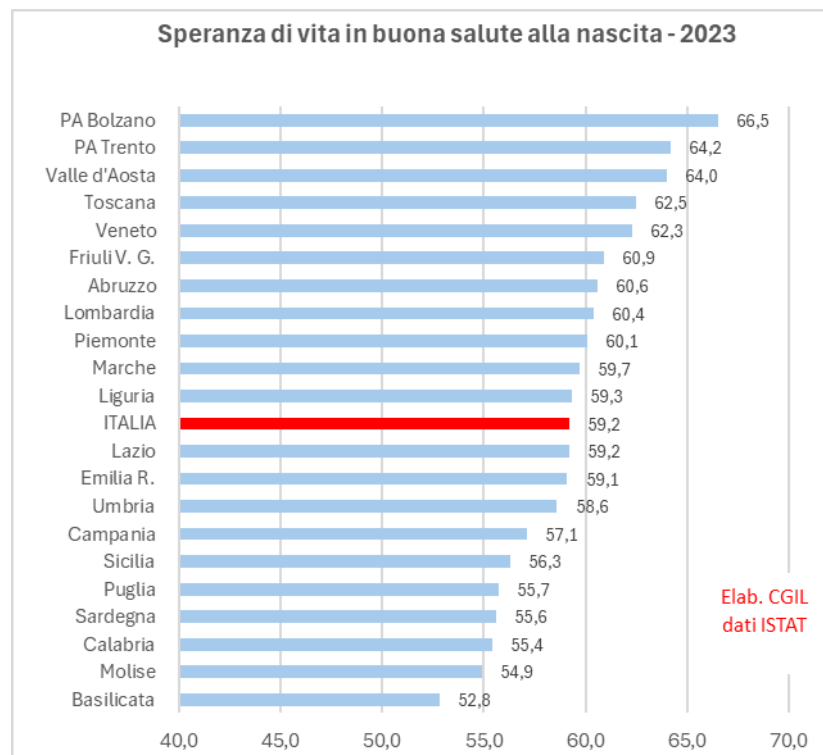
Elab. CGIL dati Ministero Salute

Speranza di vita

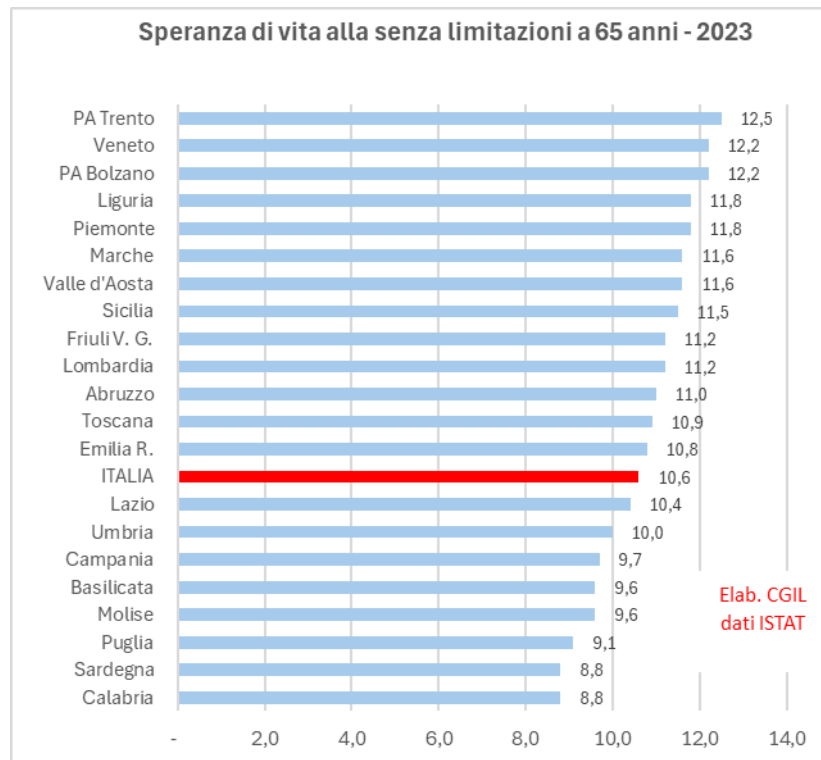
Nel 2024 la **speranza di vita alla nascita** è di 83,4 anni, in crescita rispetto all'anno precedente (83,1 anni) e al 2022 (82,6 anni), mentre peggiora la speranza di vita in buona salute che scende a 59,2 anni (da 60,1 anni nel 2022). La speranza di vita senza limitazioni nelle attività a 65 anni è di 10,6 anni (10,0 anni nel 2022) - [ISTAT](#). Le disuguaglianze nell'accesso ai servizi e alle cure incidono nelle **speranze di vita alla nascita** con un gap che nel 2023 arriva a 3 anni tra la PA di Trento e la Campania, e soprattutto nell'aspettativa di vita in buona salute e in autonomia.



Sono profonde le disuguaglianze soprattutto nella **speranza di vita in buona salute** che mediamente è di 59,2 anni (ma con un gap che arriva a sfiorare i 14 anni come tra la PA di Bolzano e la Basilicata).

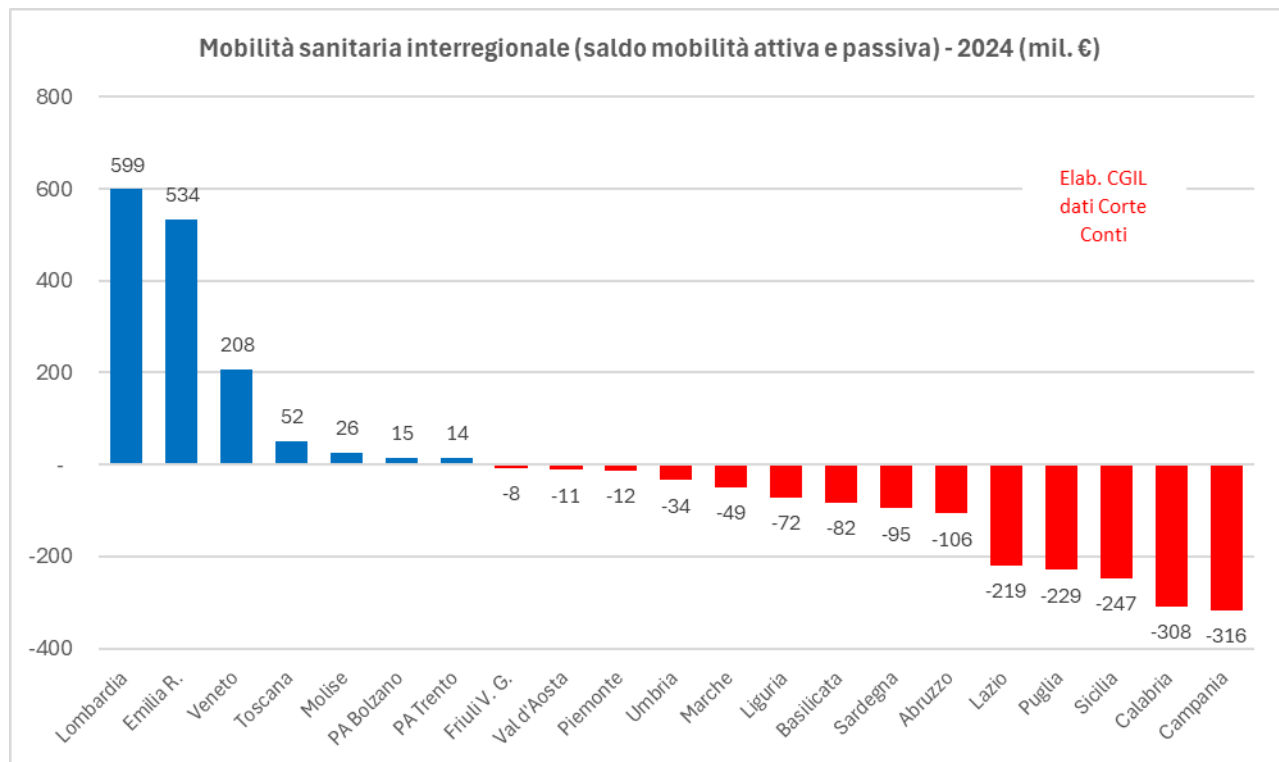


Forti divari anche nella speranza di vita senza limitazioni a 65 anni che mediamente è di 10,6 anni (con un gap che arriva fino a quasi 4 anni tra la PA di Trento e la Calabria).

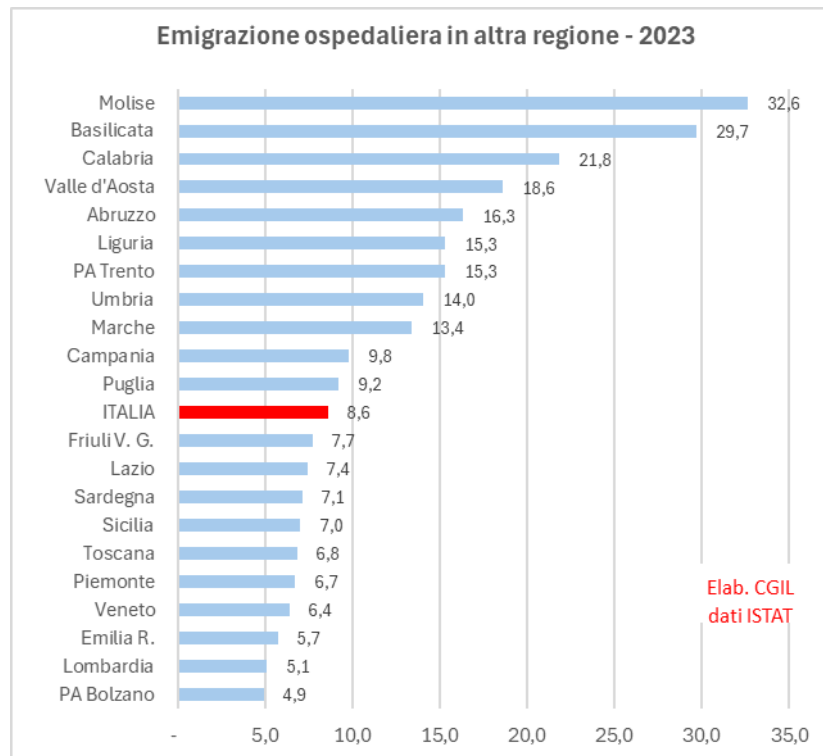


Mobilità interregionale

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, Veneto e Toscana) a cui va la quasi totalità della mobilità attiva.

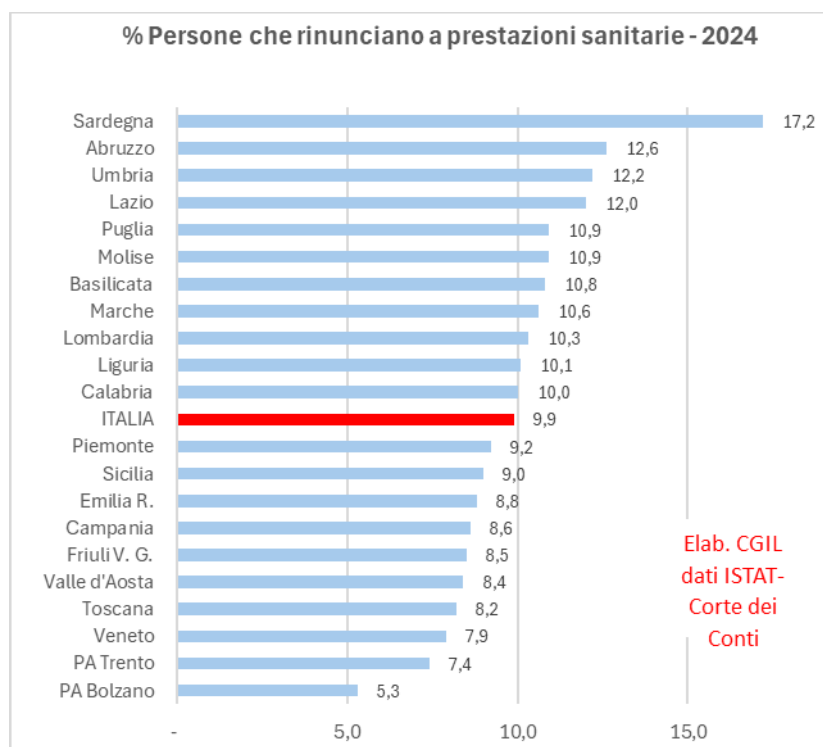


Secondo l'[ISTAT](#), nel 2023 le **dimissioni ospedaliere** in regime ordinario per acuti effettuate in **regioni diverse da quella di residenza** rappresentano l'8,6% del totale delle dimissioni di pazienti residenti della regione, in peggioramento rispetto agli anni precedenti (nel 2022 erano l'8,3% e nel 2021 il 7,8%) e con un'articolazione territoriale che riflette le disuguaglianze nell'offerta di servizi sanitari tra le varie regioni.



Rinuncia a prestazioni sanitarie e cure

Nel **2024** hanno **rinunciato a prestazioni sanitarie e cure**, pur avendone bisogno, per motivi economici, lista d'attesa lunga, mancanza di servizi o difficoltà di accesso, **6 milioni di persone**, pari al **9,9% della popolazione** ([ISTAT](#)), praticamente uno su dieci, in forte crescita rispetto all'anno precedente quando erano **4,5 milioni di persone** pari al 7,6% della popolazione.





SALUTE e SANITA' In Europa

Spesa sanitaria in Europa. Secondo i dati [OCSE](#), ancora provvisori, in Italia la **spesa sanitaria pubblica** ha avuto nel 2024 un'incidenza sul PIL del **6,3%**, inferiore alla media dei Paesi europei, che è pari al 6,9%, e di gran lunga inferiore a quello di Paesi come Germania che ha destinato al finanziamento della sanità pubblica (programmi governativi/sistemi assicurativi sanitari obbligatori) il 10,6% del PIL, Francia con il 9,7% o Regno Unito con il 9,1%. L'Italia si colloca così al 20° posto tra i Paesi europei.

In valori pro-capite (prezzi correnti a parità di potere d'acquisto), la spesa per la sanità pubblica in Italia è stata pari a **2.375 euro, ovvero 416 euro in meno rispetto alla media europea**. Impietoso il raffronto con la maggior parte dei Paesi europei: la Germania destina alla spesa sanitaria pubblica 5.004 euro per abitante, più del doppio dell'Italia, la Francia 3.846 euro, il Regno Unito 3.397 euro; Paesi nei quali negli ultimi 10 anni la spesa sanitaria pubblica pro capite, a parità di potere d'acquisto, è notevolmente cresciuta.

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 3.198 euro nel 2024, in Italia la spesa sanitaria pubblica rappresenta il 74,3% del totale, la spesa sostenuta dai cittadini di tasca propria incide per il 22,3%, (pari a 714 euro pro-capite), mentre la spesa privata intermediata rappresenta il 3,4% (110 euro). Nei Paesi come Regno Unito, 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 o comunque i pagamenti diretti delle famiglie incidono rispettivamente per il 14,6%, 10,7% e l'8,9%.

Medici e infermieri. Nel 2023 l'Italia contava **5,4 medici in attività per 1.000 abitanti**, a fronte di una media europea di 4,1 medici. Sebbene la densità di medici in Italia sia superiore alla maggior parte dei Paesi europei, anche per via della crescente domanda di assistenza da parte di una popolazione sempre più anziana e affetta da multimorbilità, molte regioni accusano comunque una carenza di medici in alcune discipline di specializzazione.

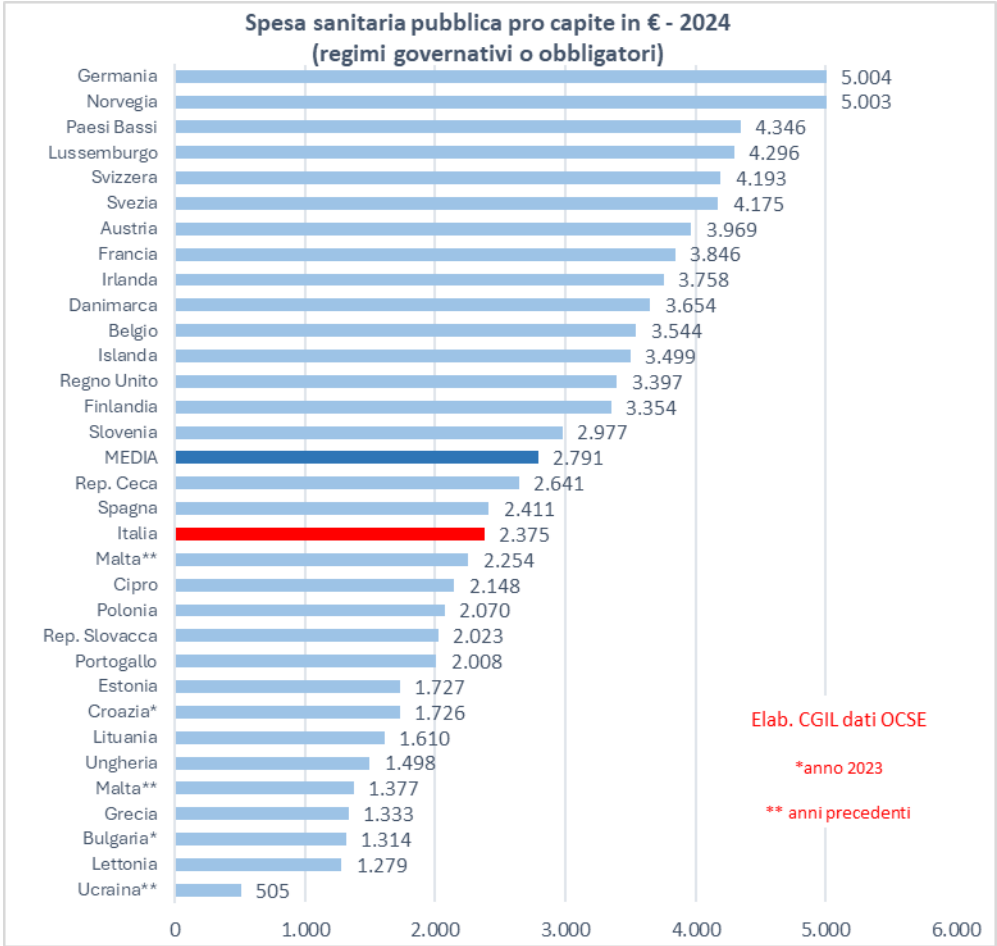
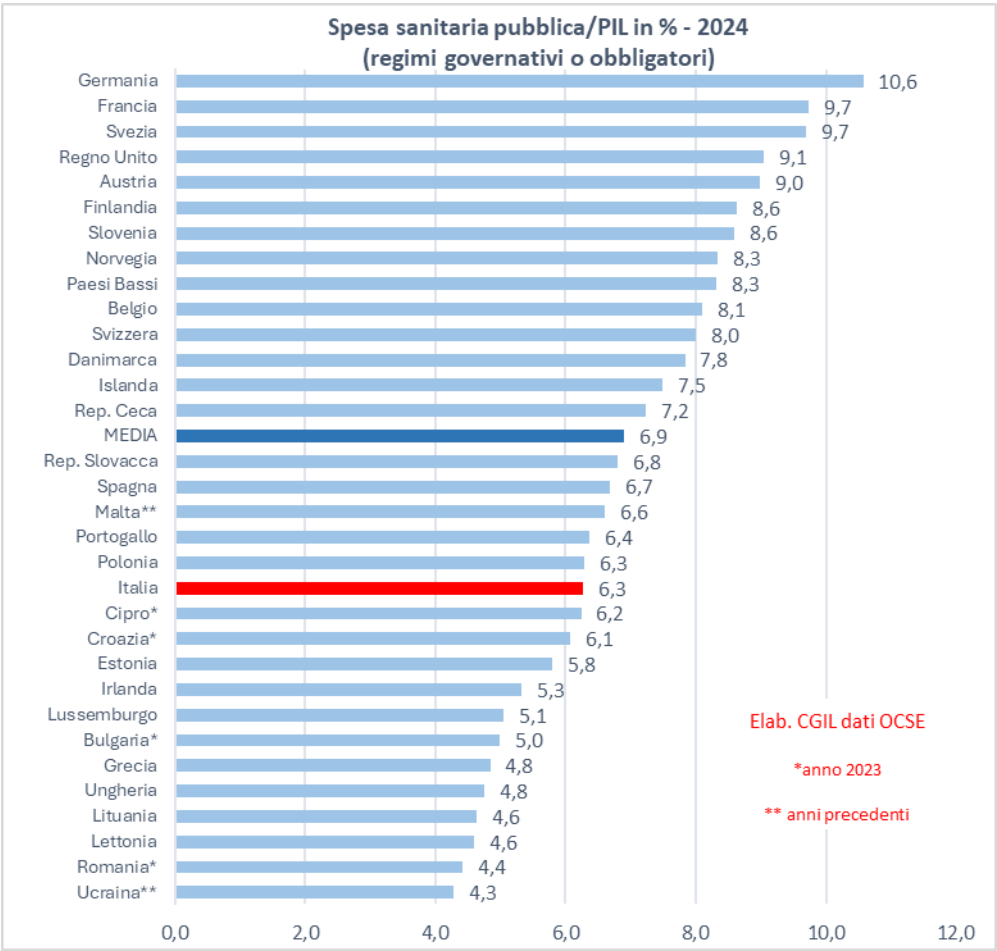
Ancora più pesante la carenza di infermieri. Nello stesso periodo, si stimano **6,9 infermieri per 1.000 abitanti**, un dato molto più basso della media europea (9,6 infermieri) e notevolmente inferiore a quello di Paesi come la Germania, dove gli infermieri in rapporto agli abitanti sono quasi il doppio dell'Italia (12,3 infermieri), o la Svizzera, dove gli infermieri sono il triplo (18,8).

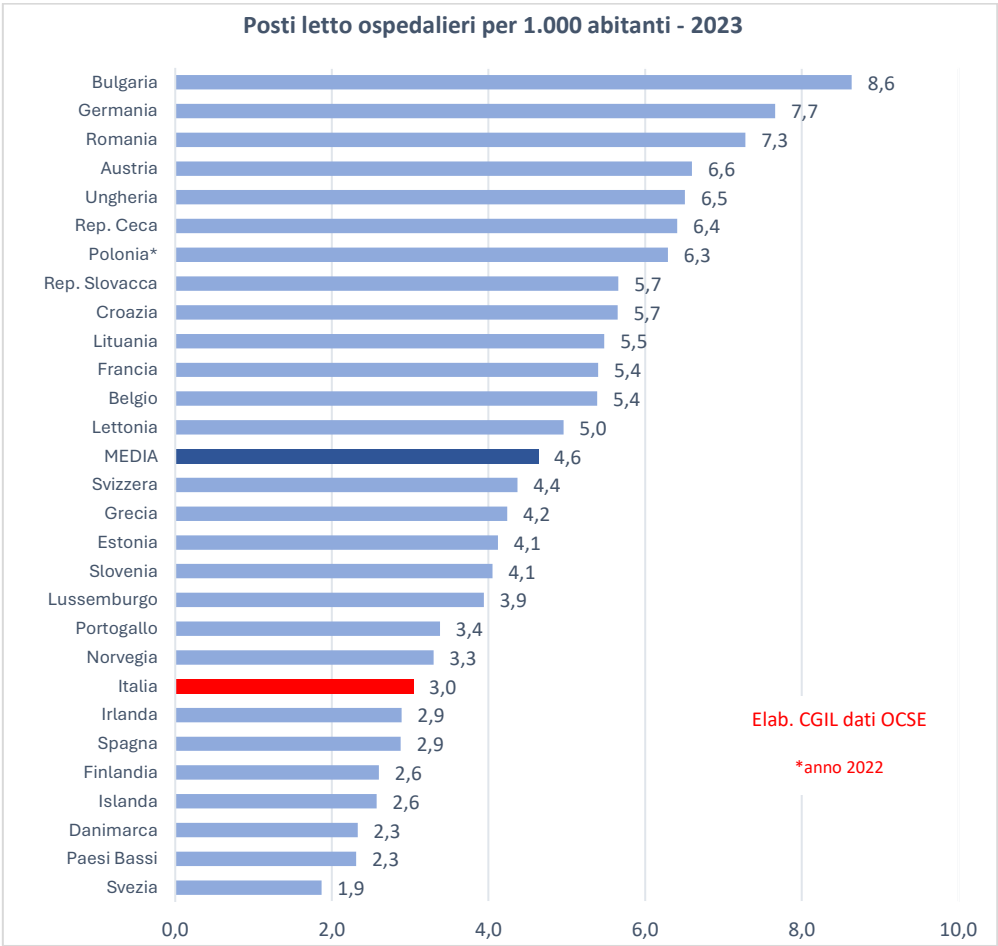
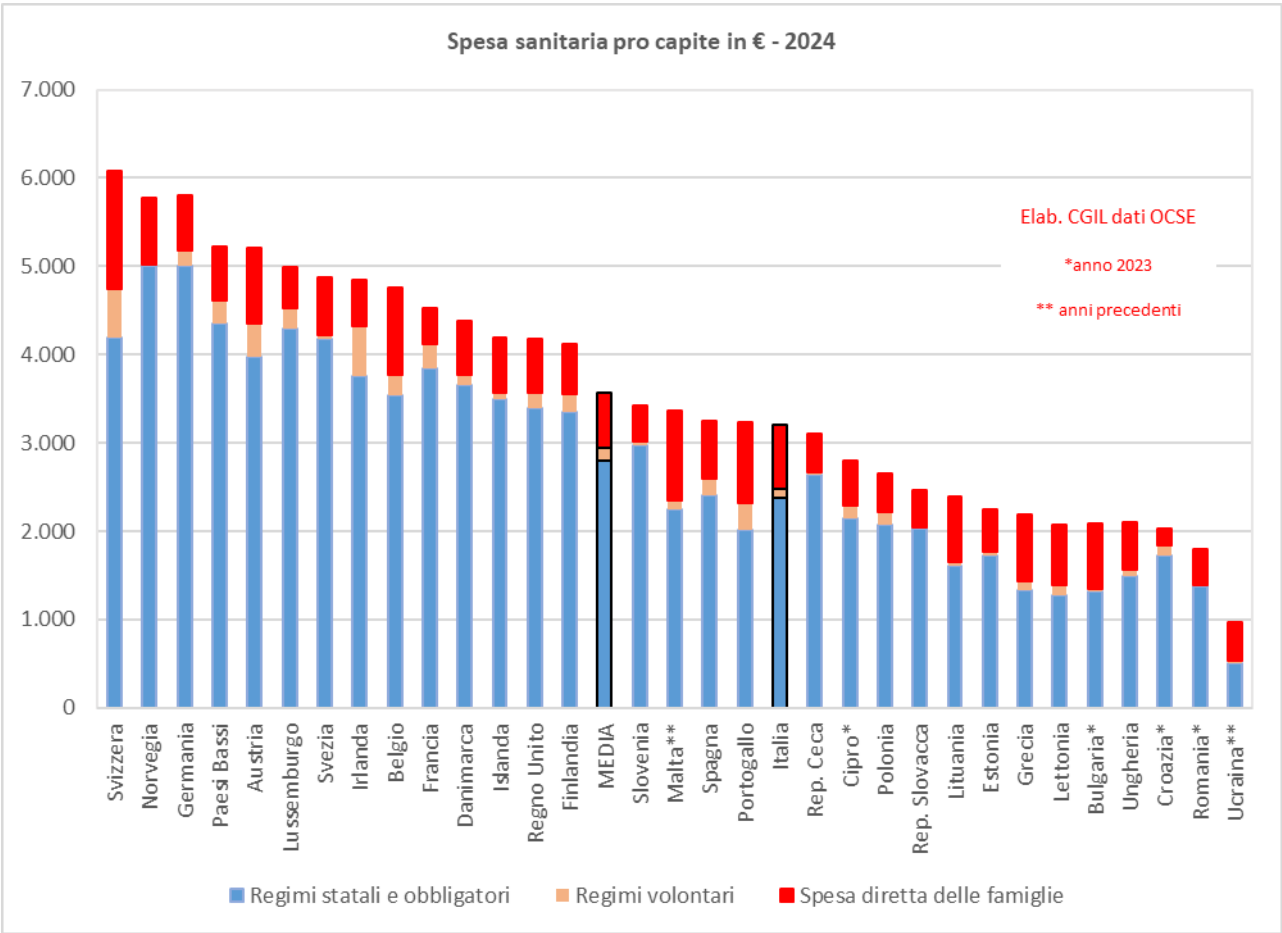
Posti letto ospedalieri. Nel 2022 ci sono in Italia **3,0 posti letto ospedalieri** ogni 1.000 abitanti a fronte di una media europea di 4,6 posti letto. Un dato notevolmente inferiore a quello di Paesi come la Germania (7,7 posti letto) o la Francia (5,4 posti letto). Ci sono poi 12,1 posti letto ogni 100 mila abitanti nelle **terapie intensive** (31,8 in Francia e 31,7 posti letto in Germania).

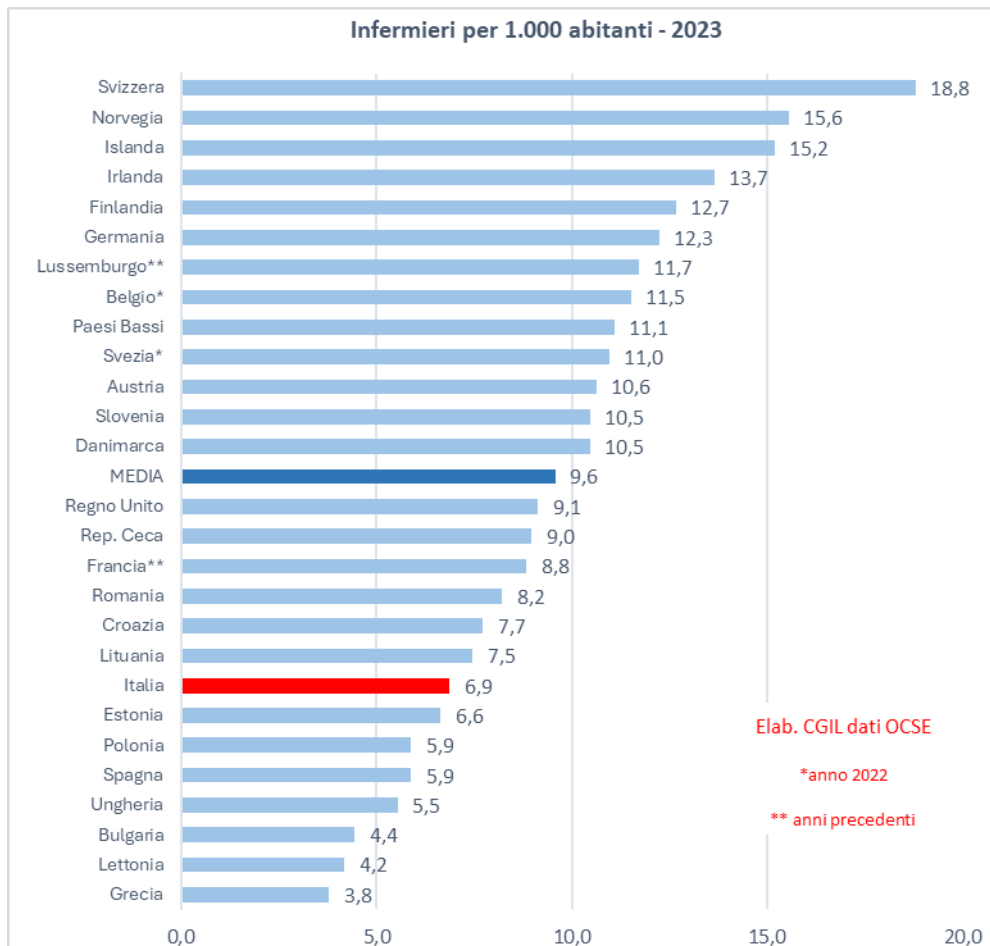
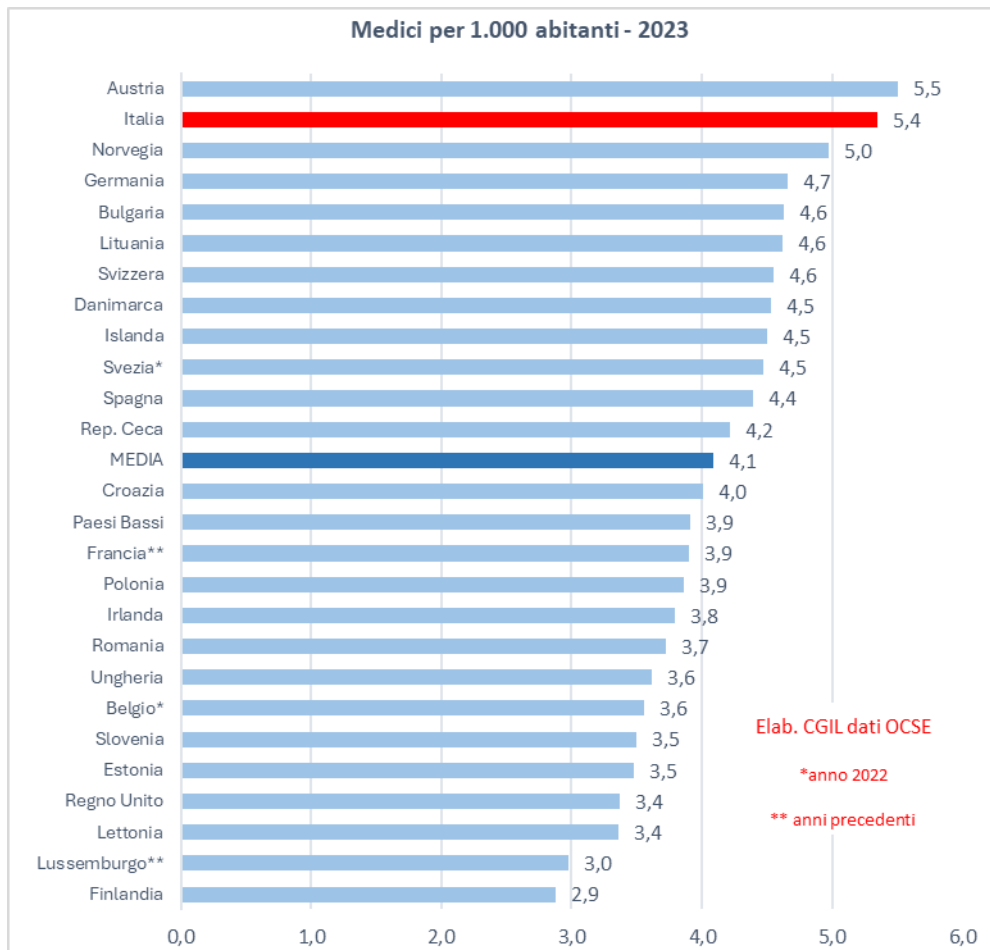
Aspettative di vita e mortalità evitabile. Le **aspettative di vita in Italia** rimangono comunque tra le più alte d'Europa. Nel 2023, la speranza di vita alla nascita in Italia era di **83,5 anni**, la terza più alta del continente, superiore di 2,9 anni rispetto alla media europea (80,6 anni).

L'Italia ha anche registrato uno dei **tassi di mortalità evitabile** più bassi d'Europa con 145 decessi ogni 100 mila abitanti. La media europea è di 230 decessi.

Per approfondire, vedi anche il report della [CGIL "Verso il G7 della Salute"](#).









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 ai Paesi europei più avanzati. **Aumentare il finanziamento pubblico, oltre a quanto già previsto, di almeno 42 miliardi di euro in più all'anno (raggiungere almeno il 7,5% 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 a partire da retribuzioni adeguate. 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. 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. Dare piena attuazione agli **investimenti del PNRR**, recuperando rapidamente i ritardi, 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)**.

4. **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. 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**.
5. **Dare risposta agli inaccettabili tempi d'attesa** che negano il diritto alla salute e favoriscono il ricorso a prestazioni private.
6. **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**.
7. **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.
8. **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.
9. **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.
10. **Sostenere le persone non autosufficienti**, dando attuazione alle **specifiche leggi già vigenti** e con **adequate risorse** a carico della fiscalità generale, 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. Promuovere politiche per la **piena inclusione sociale delle persone con disabilità** e sostegno per le famiglie che se ne fanno carico. Su non autosufficienza e disabilità, **mettere fine alle fallimentari sperimentazioni** che stanno negando diritti alle persone.



SALUTE e SANITA'

Le fonti

Le fonti utilizzate sono le seguenti:

- [Appello - Non possiamo restare in silenzio. La società civile per la sanità pubblica](#)
- [CGIL – PNRR M6. Missione Salute. Lo stato di attuazione dei progetti di edilizia sanitaria](#)
- [CGIL – Verso il G7 della Salute](#)
- [CGIL- FP - Consulitori familiari, dove la cura incontra i diritti](#)
- [CGIL – I consulitori familiari in Italia](#)
- [Ministero della Salute - Annuario Statistico del Servizio Sanitario Nazionale – Anno 2023](#)
- [Ministero Salute – Monitoraggio dei LEA attraverso il Nuovo Sistema di Garanzia – Relazione 2023](#)
- [Ministero della Salute - Relazione Ministro Salute attuazione Legge 194/78 tutela sociale maternità e interruzione volontaria di gravidanza - dati 2022](#)
- [Ragioneria Generale dello Stato – Il monitoraggio della spesa sanitaria 2024](#)
- [Corte dei Conti - La Sanità in cammino per il cambiamento - 2025](#)
- [Corte dei Conti – Giudizio di parificazione del rendiconto generale dello Stato del 2024 - Memoria del Procuratore generale Pio Silvestri](#)
- [Corte dei Conti - Giudizio di parificazione del rendiconto generale dello Stato del 2024 – Requisitoria orale del Procuratore Generale Pio Silvestri](#)
- [Corte dei Conti – Relazione al Parlamento sulla gestione dei servizi sanitari regionali. Esercizi 2022-2023](#)
- [Corte dei Conti – Rapporto 2023 sul coordinamento della finanza pubblica](#)
- [Corte dei Conti - Audizione sul Disegno di Legge recante “Bilancio di Previsione dello Stato per l’anno finanziario 2026 e Bilancio pluriennale per l triennio 2026-2028 - Commissioni congiunte Camera e Senato](#)
- [UPB — Audizione della Presidente dell’Ufficio parlamentare di bilancio nell’ambito delle audizioni preliminari all’esame del disegno di legge recante “Bilancio di previsione dello Stato per l’anno finanziario 2026 e bilancio pluriennale per il triennio 2026-2028” - Commissioni congiunte Camera e Senato](#)
- [Istituto Superiore di Sanità - Indagine nazionale sui consulitori familiari 2018-2019](#)
- [Agenas - Portale statistico](#)
- [Agenas – Il personale del SSN – dati 2023](#)
- [AIFA – Monitoraggio spesa farmaceutica](#)
- [OCSE – Spesa sanitaria e finanziamenti](#)
- [OCSE – Italia: Profilo della Sanità 2023](#)
- [ISTAT – Rapporto annuale 2025. La situazione del Paese](#)
- [ISTAT – I divari territoriali nel PNRR: dieci obiettivi per il Mezzogiorno](#)
- [ISTAT – Il benessere equo e sostenibile 2023](#)
- [ISTAT – Il BES dei territori - dati](#)
- [ISTAT – Salute e welfare – Sanità e salute](#)
- [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](#)

*“È la garanzia dei diritti incompressibili ad incidere sul bilancio,
e non l'equilibrio di questo a condizionarne la doverosa erogazione”*

Corte Costituzionale, Sentenza n. 275/2016

