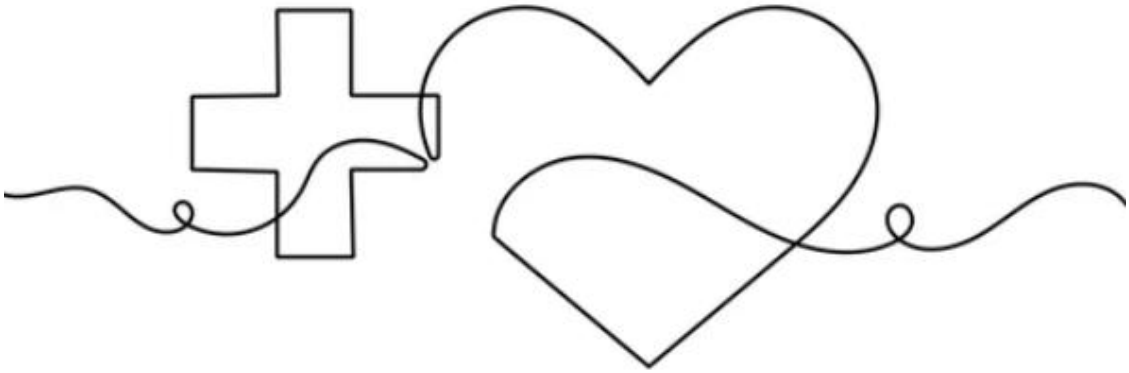
CGIL

SALUTE e SANITA'

L'impegno continua



Novembre 2026

Salute e sanità. L'impegno continua

«Occorre operare affinché quel presidio insostituibile di unità del Paese rappresentato dal Servizio sanitario nazionale si rafforzi, ponendo sempre più al centro la persona e i suoi bisogni concreti, nel territorio in cui vive.»

Sergio Mattarella
Presidente della Repubblica

Il *leitmotiv* della narrazione di Governo, a partire dalla Presidente del Consiglio e dal Ministro alla Salute, nel goffo e allo stesso tempo arrogante tentativo di mascherare la realtà è: "mai tante risorse per la sanità".

La dura verità è ben lontana dalla narrazione ed è certificata dei numeri di quattro anni di governo delle destre, fino ad arrivare a quelli contenuti nel disegno di legge di Bilancio 2027 che conferma l'arretramento dello Stato in termini di finanziamento della sanità pubblica e la scelta scellerata, ma coerente con le politiche liberiste, di smantellamento del Servizio Sanitario Nazionale.

Dietro a quei numeri ci sono le persone, lasciate sempre più sole di fronte ai crescenti bisogni di salute e i lavoratori e le lavoratrici del SSN sulle quali si scarica il peso sempre più insostenibile di dare risposte a quei bisogni.

Un Governo irresponsabile che si è dimostrato, ancora una volta, sordo agli accorati appelli delle Regioni, delle Organizzazioni Sindacali, della società civile e dello stesso Presidente della Repubblica che non perde occasione per rimarcare che *"c'è un campo di assoluta priorità, uno dei grandi patrimoni della Repubblica e uno dei sistemi universalistici di maggior valore: il Servizio sanitario nazionale".*

Se lo Stato arretra e si sottrae dagli obblighi che gli sono attribuiti dalla Costituzione, dall'art. 32 che tutela il fondamentale diritto alla salute, all'art. 3 che attribuisce il dovere di rimuovere le diseguaglianze, e dall'art. 53 sul fisco equo e progressivo chiamato a sostenere la spesa pubblica e a contribuire alla giustizia sociale, la salute e il benessere delle persone e delle comunità da priorità pubblica diventano sempre più affare privato, con le persone lasciate sole di fronte ai propri bisogni e parte del mondo del lavoro che vede come unica strada il baratto del salario con qualche prestazione sanitaria spesso del tutto inutile, quando non dannosa, incapace di garantire il diritto alla salute nell'approccio *One Health*.

È soprattutto l'idea di tutela della salute che deve essere declinata in termini di presa in carico complessiva dei bisogni che, lungi dall'essere garantita, viene messa in discussione lasciando sempre più il posto a una logica prestazionale verso la quale spinge un mercato privato sempre più aggressivo e che specula sulla malattia, mentre la tutela della salute, da obiettivo e priorità collettiva diventa sempre più condizione individuale.

Occorre continuare a costruire la consapevolezza che il sottofinanziamento del Servizio Sanitario Nazionale, la carenza di personale, le crescenti diseguaglianze e il ricorso sempre più frequente alla sanità privata non sono condizioni strutturali e inevitabili ma il frutto di precise scelte politiche volti a smontare il modello universalistico a garanzia del diritto alla salute.

E' proprio per contrastare questa deriva e per rivendicare un Servizio Sanitario Nazionale che sia davvero forte, pubblico e universale che, oltre alle tante mobilitazioni messe in campo in questi anni

a livello nazionale e nei territori, è nata la proposta di legge di iniziativa popolare promossa dalla CGIL assieme a un'ampia rete di associazioni recante le *"Disposizioni per rendere effettivo il diritto alla salute mediante il rafforzamento del Servizio Sanitario Nazionale e la valorizzazione del personale".*

Grazie all'instancabile impegno di tantissimi compagni e tantissime compagne delle strutture della CGIL, confederali e di categoria, con banchetti e iniziative promossi in tutto il Paese, sono state raccolte quasi 800 mila firme a sostegno di due proposte coraggiose, coerenti e basate su solide fondamenta valoriali che tengono assieme il rilancio del SSN e la tutela del lavoro nella filiera degli appalti

Si tratta di un risultato importante frutto di un lavoro collettivo, faticoso e impegnativo, ma entusiasmante, che ci riempie d'orgoglio e ci carica di responsabilità nel proseguire nell'impegno per la difesa e il rilancio del SSN.

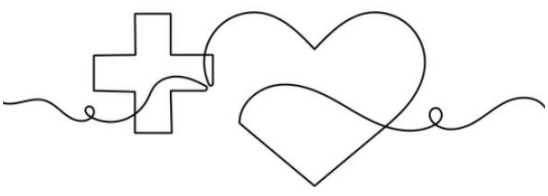
Quelle firme sono state consegnate in Senato: ora spetta alle forze parlamentari portare in discussione la proposta di legge. È soprattutto alle forze politiche che si candidano a interpretare e fare proprio il forte bisogno di cambiamento del Paese, che si chiede di assumersi la responsabilità di fare propri i contenuti di quella proposta legislativa dando concretezza a una diversa idea di società nella quale diritti e giustizia sociale siano reali e concreti, non solo narrazione.

Con queste poche pagine, si vuole mettere a disposizione un aggiornamento del rapporto su Salute e Sanità – Rafforziamo il SSN e rendiamo effettivo il diritto alla salute, pubblicato a maggio scorso in occasione dell'avvio della raccolta di firme a sostegno della proposta di legge, che crediamo possa essere utile anche alla luce della discussione in corso sul Disegno di Legge di Bilancio 2027, fornendo nuovi e ulteriori spunti di discussione, approfondimento e rivendicazione.

Soprattutto si vuole rimarcare che la difesa e il rilancio del SSN sono necessari e urgenti; rappresentano un obiettivo fondamentale che richiede una diffusione di conoscenza per alimentare l'indispensabile consapevolezza verso il valore della sanità pubblica come unico strumento in grado di garantire il diritto alla salute sancito dall'articolo 32 della Costituzione.

Per questo il nostro impegno deve continuare senza esitazioni.

Novembre 2026



Salute e sanità. Verso la Legge di Bilancio 2027

Nel 2026, per il Fabbisogno Sanitario Nazionale sono previsti 142,9 miliardi di euro pari al 6,14% del PIL: ciò significa che il Governo Meloni, dal suo insediamento nel 2022 ha ridotto di quasi mezzo punto di PIL il finanziamento del Servizio Sanitario Nazionale.

Il **Disegno di Legge di Bilancio 2027** presentato al Parlamento dal Governo porta il Fabbisogno Sanitario Nazionale a soli 146,2 miliardi di euro, prevedendo un insufficiente incremento di 2,36 miliardi per il 2027, di 2,35 miliardi per il 2028 e 2,39 miliardi per il 2029. Risorse che, non coprendo i costi inflattivi e l'incremento di alcune voci di spesa, non possono che tradursi inevitabilmente in tagli ai servizi.

In rapporto al PIL, il Fabbisogno Sanitario Nazionale **scende ulteriormente** rispetto al già bassissimo livello dell'anno in corso per attestarsi nel 2027 al **6,11%.** Continua poi il crollo al 5,98% nel 2028 fino a **sprofondare al 5,87%** nel 2029: valori assolutamente insufficienti ad arginare il sottofinanziamento cronico del Servizio Sanitario Nazionale, a rispondere ai bisogni urgenti delle persone e a garantire il diritto alla salute.

Questa è la dura verità dei numeri. Numeri che avvicinano pericolosamente l'Italia ai Paesi europei più arretrati per finanziamento della sanità pubblica come Bulgaria, Estonia, Polonia e Lituania.

Si tratta di importi economici che non consentono **né la doverosa valorizzazione del personale, né le assunzioni** a partire da quelle necessarie a garantire l'assistenza territoriale e l'operatività delle Case della Comunità, degli Ospedali di Comunità, dell'assistenza domiciliare, ecc., su cui sono stati investiti oltre 10 miliardi di euro del PNRR.

Oltretutto, le risorse previste dal Disegno di Legge di Bilancio non sono destinate al sostegno e al rafforzamento dell'attività ordinaria del servizio pubblico ma **sono in gran parte vincolate**, a partire dall'innalzamento dei tetti del payback per la spesa farmaceutica, così come del tetto alla spesa per il privato accreditato, mentre continuano a permanere i tetti alla spesa sul personale che soffocano l'organizzazione del lavoro.

Come ha evidenziato l'Ufficio Parlamentare di Bilancio, in occasione dell'audizione sulla manovra nelle Commissioni di Camera e Senato, "*anche quest'anno, a fronte di quella che ormai viene definita «emergenza personale», le risorse rivolte a questo obiettivo appaiono contenute" e "una parte limitata delle risorse resta nella libera disponibilità delle Regioni".*

Analogamente la Corte dei Conti rimarca come "*la limitata disponibilità di risorse non vincolate assume particolare rilievo alla luce dell'andamento dei conti economici del SSN nell'ultimo biennio*", dunque, ne consegue che l'incremento del Fabbisogno Sanitario Nazionale "*non si traduce necessariamente in un corrispondente ampliamento dei margini a disposizione delle Regioni per fronteggiare la crescita dei costi ordinari di produzione".*

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 7,8 miliardi di euro per il 2027 e che arriverà a 14,2 miliardi di euro nel 2029.

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

Va evidenziato che, secondo i recenti dati della Ragioneria Generale dello Stato, i disavanzi dei servizi sanitari regionali, in forte crescita, hanno superato nel 2025 i 3,5 miliardi di euro (erano pari a 2,5 miliardi nel 2024 e 1,7 miliardi nel 2023).

Vergognoso il **bonus di 82 centesimi di euro al giorno,** ovvero il contributo di 300 euro per le spese sanitarie delle persone anziane ultra 75enni, a cui il Governo prevede di destinare 1,6 miliardi di euro: risorse che sarebbero state preziose per il finanziamento della sanità pubblica ma delle quali beneficerà prevalentemente la sanità privata.

Per usare le parole dell'Ufficio Parlamentare di Bilancio *"lo Stato finanzia inoltre ulteriori interventi, per lo più volti a sostenere le imprese produttrici di beni sanitari e la domanda di trattamenti per la salute soddisfatta attraverso il mercato".*

A nulla sono servite le richieste delle Regioni ad incrementare il Fabbisogno Sanitario Nazionale di 18 miliardi di euro nel prossimo triennio, di cui 6,8 miliardi per il 2027, soprattutto per assumere e valorizzare il personale che oggi è allo stremo.

Ora occorrerà attendere l'esito della discussione parlamentare e soprattutto l'esito dei numerosi emendamenti presentati al Disegno di Legge di Bilancio.

Per quanto riguarda la CGIL, dopo lo sciopero generale di venerdì 20 novembre contro la manovra finanziaria, se le scelte politiche ed economiche del Governo, in procinto di presentare un proprio maxi-emendamento, non dovessero cambiare radicalmente, a partire dalla necessità di garantire un adeguato finanziamento al Servizio Sanitario Nazionale, occorrerà proseguire nella mobilitazione.

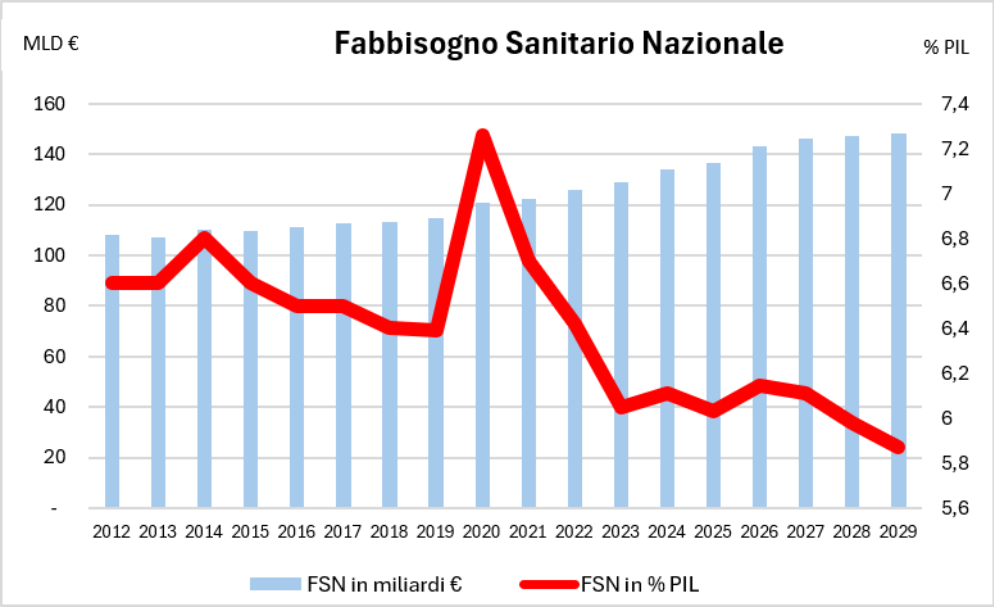
Utile ricordare che la necessità di assicurare adeguate risorse alla sanità pubblica è uno dei punti principali della **proposta di legge di iniziativa popolare** *"Disposizioni per rendere effettivo il diritto alla salute mediante il rafforzamento del Servizio Sanitario Nazionale e la valorizzazione del personale"* presentata dalla CGIL assieme a una vasta rete di associazioni, a sostegno della quale sono state raccolte quasi 400 mila firme che nelle settimane scorse sono state depositate in Senato.

In particolare, all'art. 2 della proposta di legge di iniziativa popolare si indica chiaramente che per garantire al SSN risorse adeguate occorre finanziarlo con un livello non inferiore al 7,5% del PIL e le maggiori risorse devono essere interamente destinate al potenziamento delle strutture pubbliche.

La dinamica del finanziamento del SSN

	2025	2026	2027	2028	2029
PIL nominale (DPFP 2026 in mil. €)	2.265.002	2.326.150	2.393.639	2.459.360	2.524.049
variazione in % rispetto all'anno precedente	2,97	2,70	2,90	2,75	2,63
Fabbisogno Sanitario Naz.le (LB 2026, in mil. €)	**136.540**	**142.889**	143.892	144.764	145.826
Incremento FSN (DDLB 2027, in mil €)			**2.365**	**2.352**	**2.399**
Fabbisogno Sanitario Naz.le (DDLB 2027, in mil. €)			**146.257**	**147.116**	**148.225**
variazione in % rispetto all'anno precedente			2,36	0,59	0,75
% PIL	**6,03**	**6,14**	**6,11**	**5,98**	**5,87**

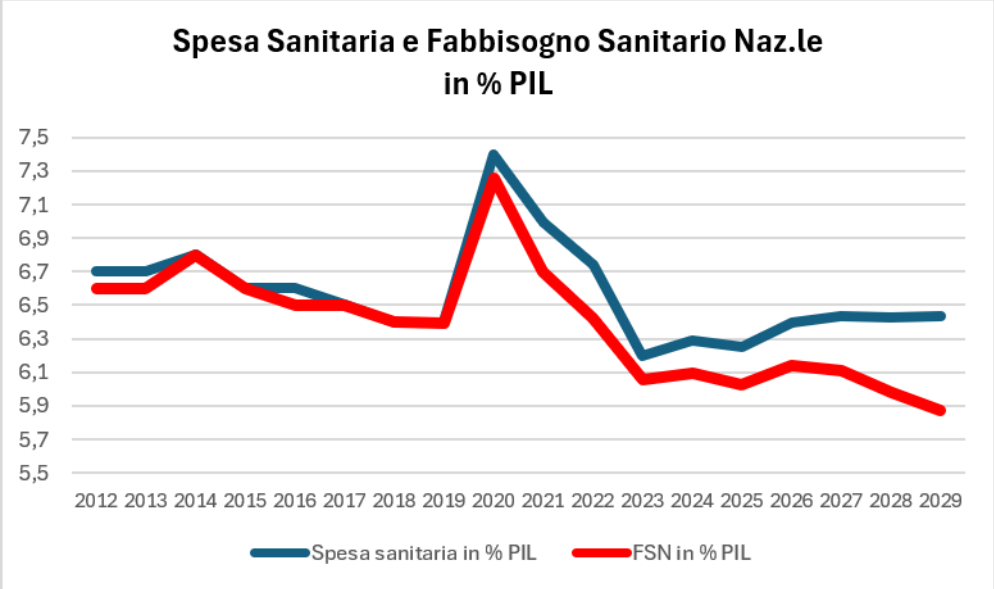
Elab. CGIL dati DDLB 2027, DPFP 2026 e Corte Conti-Ministero Salute

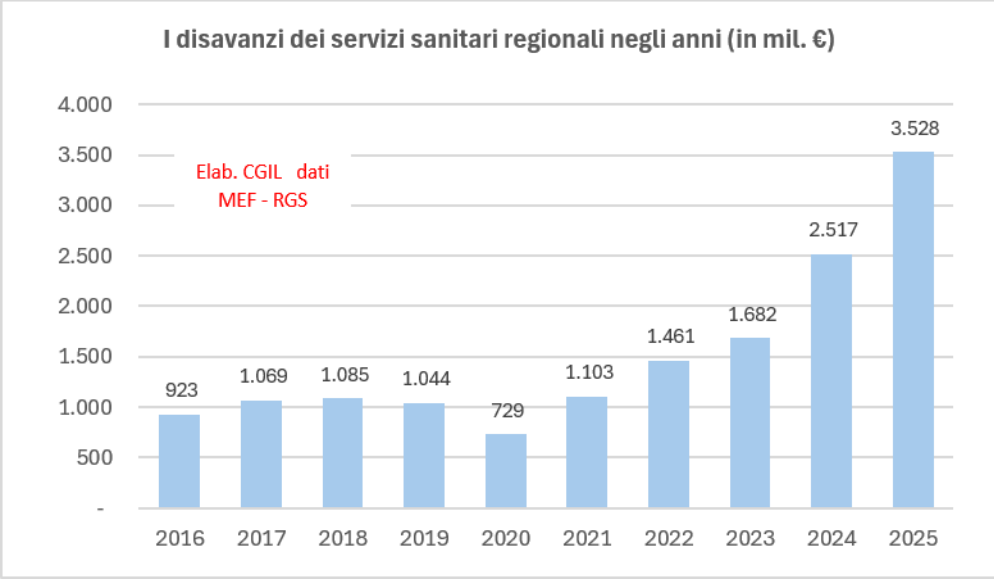


Spesa sanitaria e Fabbisogno sanitario naz.le negli anni

Anno	FSN in mil. €	FSN in % PIL	Spesa sanitaria in mil. €	Spesa san. in % PIL	Diff. Spesa sanitaria- FSN in mil. €
2019	114.474	6,39	114.936	6,42	462
2020	120.557	7,26	122.469	7,37	1.912
2021	122.061	6,70	128.393	7,05	6.332
2022	125.980	6,42	130.708	6,66	4.728
2023	128.874	6,05	131.842	6,17	2.968
2024	134.017	6,09	138.335	6,29	4.318
2025	136.540	6,04	141.539	6,25	4.999
2026	142.889	6,14	148.836	6,40	5.947
2027	**146.254**	**6,11**	**154.033**	**6,43**	**7.779**
2028	**147.116**	**5,98**	**157.999**	**6,42**	**10.883**
2029	**148.225**	**5,87**	**162.434**	**6,44**	**14.209**

Elab. CGIL dati DDLB 2027, DPFP 2026 e Corte Conti-Ministero Salute





Come già rimarcato, il Disegno di Legge di Bilancio prevede per il Fabbisogno Sanitario Nazionale un incremento di 2,36 miliardi per il 2027, di 2,35 miliardi per il 2028 e 2,39 miliardi per il 2029.

La quasi totalità di questo incremento, che comunque non copre neanche gli aumenti inflattivi, è vincolata a specifici obbiettivi e, come evidenzia anche la Corte dei Conti, *"tra questi, assumono particolare rilievo l'aggiornamento delle tariffe per le prestazioni ospedaliere per acuti (500 milioni annui), il finanziamento dell'assistenza ai malati di Alzheimer e di altre forme di demenza senile (100 milioni nel 2027), le misure per la riduzione delle liste d'attesa (300 milioni nel 2027), l'incremento delle indennità per il personale operante nei servizi di pronto soccorso (380 milioni annui), l'innalzamento del tetto di spesa per i dispositivi medici (146 milioni annui), il sostegno dei servizi psicologici e terapeutico-riabilitativi (15 milioni annui). Dal 2028 si aggiunge l'ulteriore incremento del tetto della spesa farmaceutica per acquisti diretti, con un onere pari a 292 milioni annui".*

"A tali misure si affiancano ulteriori interventi, la cui copertura è assicurata da autorizzazioni di spesa distinte dall'incremento del FSN, per 285 milioni nel 2027 e 535 milioni annui nel biennio successivo".

"Si tratta delle risorse destinate alla copertura degli oneri derivanti dalle controversie relative al servizio mensa e ai buoni pasto del personale sanitario (100 milioni nel 2027), degli interventi in materia di spesa farmaceutica (160 milioni annui), del concorso statale al ripiano degli scostamenti dai tetti di spesa per i dispositivi medici (350 milioni annui dal 2028) e delle misure per il contrasto alle dipendenze (25 milioni annui)".

"La destinazione vincolata di una quota così rilevante delle risorse non ne esclude, naturalmente, la ricaduta sul finanziamento dei servizi sanitari regionali, ma ne limita la possibilità di utilizzo autonomo da parte delle Regioni".

In sostanza, anche la Corte dei Conti ribadisce che l'incremento previsto nel Disegno di Legge di Bilancio non è sufficiente a coprire le necessità urgenti del Servizio Sanitario Nazionale.

DDLB 2027 - Fabbisogno sanitario nazionale standard e singole misure

Articoli	Tema	2027	2028	2029
art. 69, c. 1	**Rifinanziamento SSN**	**2.365**	**2.352**	**2.399**
art. 69, c. 1	Quota destinata agli incrementi dei tetti automatici relativi a specifiche finalità	479	476	486
art. 69, c. 1	Quota destinata ad assunzione del personale da parte delle regioni	307	307	307
art. 69, c. 2	Aggiornamento tariffe massime per la remunerazione di prestazioni di assistenza ospedaliera acuti	500	500	500
art. 69, c. 3	Spese per assistenza di malati di Alzheimer e altre forme di demenza senile	100		
art. 69, c. 4	Spese per prestazioni aggiuntive personale finalizzate alla riduzione liste d'attesa	300		
art. 69, c. 6	Indennità per riconoscimento particolari condizioni di lavoro del personale dei Pronto Soccorso	380	380	380
art. 69, c. 7	Risorse libere da assegnare alle Regioni per far fronte all'inflazione	138	236	273
art. 71, c. 1	Incremento tetto alla spesa farmaceutica per acquisti diretti		292	292
art. 73, c. 1	Incremento tetto alla spesa farmaceutica per dispositivi medici	146	146	146
art. 75, c. 1	Sostegno all'erogazione di prestazioni sanitarie offerte dai servizi psicologici e terapeutico-riabilit.	15	15	15
	Totale a valere su incremento FSN 2027-2029	**2.365**	**2.352**	**2.399**
art. 69, c. 5	Copertura oneri derivanti da sentenze transattivi relativi a servizio mensa e buoni pasto personale	100		
art. 71, c. 2	Contributo statale sforamento spesa farmaceutica per acquisti diretti	160	160	160
art. 73, c. 2	Ripiano dello sforamento spesa per dispositivi medici (anni 2029-2023)		350	350
art. 75, c. 2	Incremento fondo naz.le interventi per la lotta alla droga	5	5	5
art. 75, c. 3	Incremento fondo detenzione domiciliare per il recupero di detenuti tossicodipendenti o alcoldip.	20	20	20
	Totale a valere su ulteriori autorizzazioni di spesa	**285**	**535**	**535**
	Totale complessivo	**2.650**	**2.887**	**2.934**

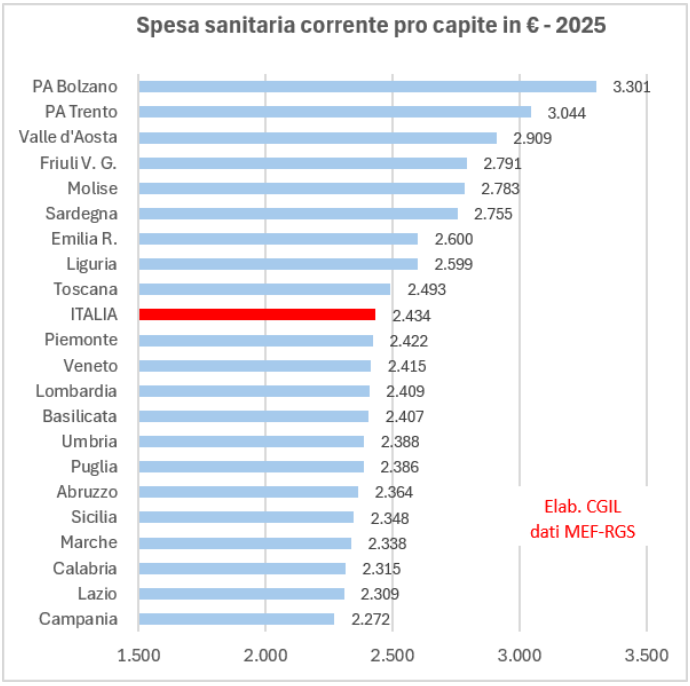
Elab. CGIL dati DDLB 2027, Corte dei Conti - Ministero Salute - Valori in milioni di euro.

Nelle Regioni

Spesa sanitaria pro capite – 2025

Secondo i dati MEF - Ragioneria Generale dello Stato, nel 2025, la **spesa sanitaria pro-capite** è stata pari a **2.434 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 i diversi modelli di produzione dell'assistenza a livello regionale.



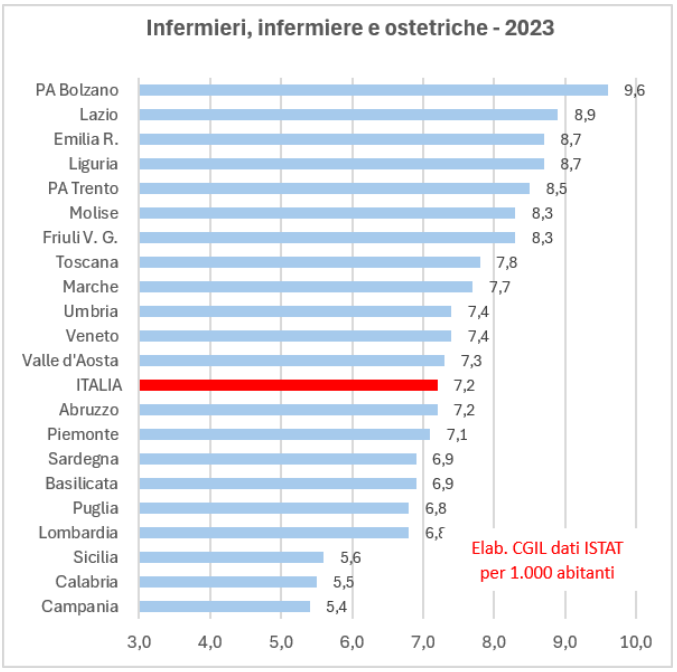
Il personale sanitario - 2024

Nel 2024, il personale del servizio sanitario italiano e delle strutture equiparate ammonta complessivamente a **751.146 unità** (dati Ministero Salute).

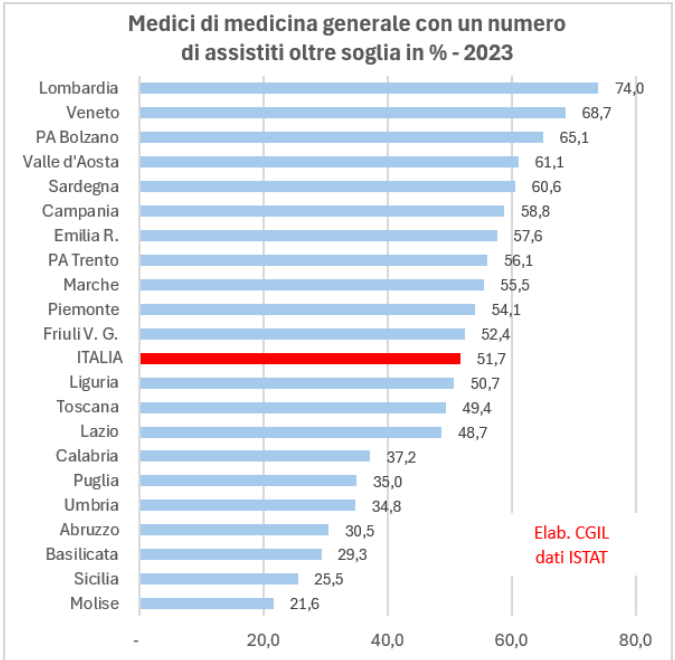
In particolare, lavorano nel Servizio sanitario 116.672 medici, 297.983 unità di personale infermieristico, 25.571 unità di personale con funzioni riabilitative, 41.298 unità di personale tecnico sanitario e 9.346 unità di personale sanitario della prevenzione che operano nei vari livelli di assistenza: medicina primaria, riabilitazione, ospedaliera, ambulatoriale.

Il personale dipendente a tempo indeterminato è pari a 694.765 unità, di cui il 69,8% composto da donne, corrispondenti a 117,9 unità ogni 100 mila abitanti.

Secondo i dati ISTAT – BES 2026, nel 2023 ci sono 7,2 infermieri, infermiere e ostetriche ogni 1.000 abitanti un valore notevolmente inferiore alla media europea (v. CGIL – Salute e sanità in Europa) e con forti differenze territoriali.



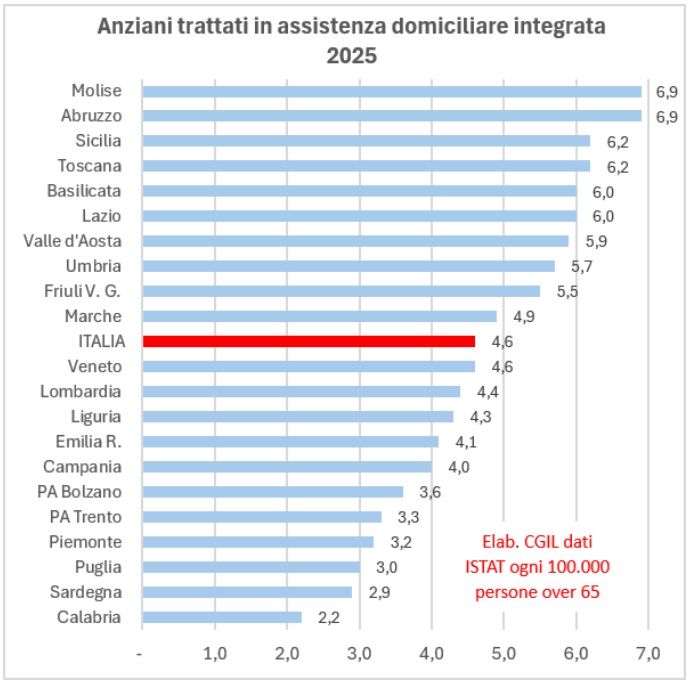
Il contratto dei **medici di medicina generale** (ACN – Accordo Collettivo Nazionale) prevede, salvo eccezioni, che ciascun MMG assista al massimo 1.500 pazienti adulti (di età superiore ai 13 anni).
Secondo l'ISTAT, nel 2023 i medici di medicina generale che presentano un numero di assistiti oltre la soglia rappresentano il 51,7% del totale, in peggioramento e con punte particolarmente elevate in alcune regioni.



Assistenza domiciliare integrata – ADI

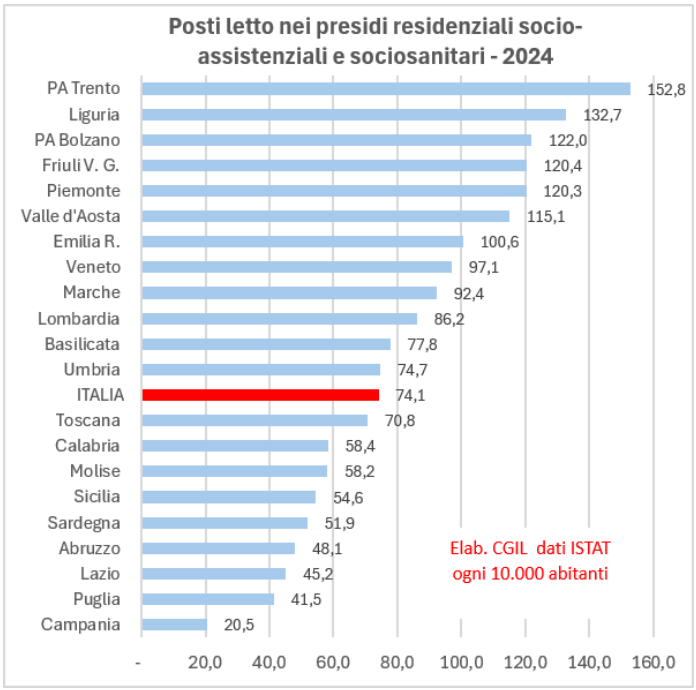
Secondo i dati del Ministero della Salute, nel 2023 **l'assistenza domiciliare integrata** è stata garantita a 1,6 milioni di pazienti dei quali il 74,9% è rappresentato da **anziani** (over 65).

In rapporto alla popolazione anziana, nel 2025 sono stati trattatati in Assistenza Domiciliare Integrata il 4,6% degli anziani over 65 (dati ISTAT). Un valore in crescita rispetto al 2023 (3,8%) ma ancora lontano dall'obiettivo del 10% previsto dal PNRR (per approfondire v. CGIL – PNRR Missione Salute).



Strutture sanitarie residenziali e semiresidenziali

Per quanto riguarda l'assistenza agli anziani, i posti letto nelle strutture residenziali socio-assistenziali e socio-sanitarie per 10.000 abitanti sono pari a 74,1 con differenze che vanno da 152,8 posti nella PA di Trento a 20,5 posti in Campania (ISTAT – BES 2026).



Sistema di Garanzia dei LEA - 2024

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.

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 2024 ben **3 regioni non hanno garantito i LEA**: Sicilia, Calabria e PA di Bolzano (Ministero Salute). Ad esse di aggiungono regioni come Campania, Molise e altre con valori di poco superiori alla soglia minima.

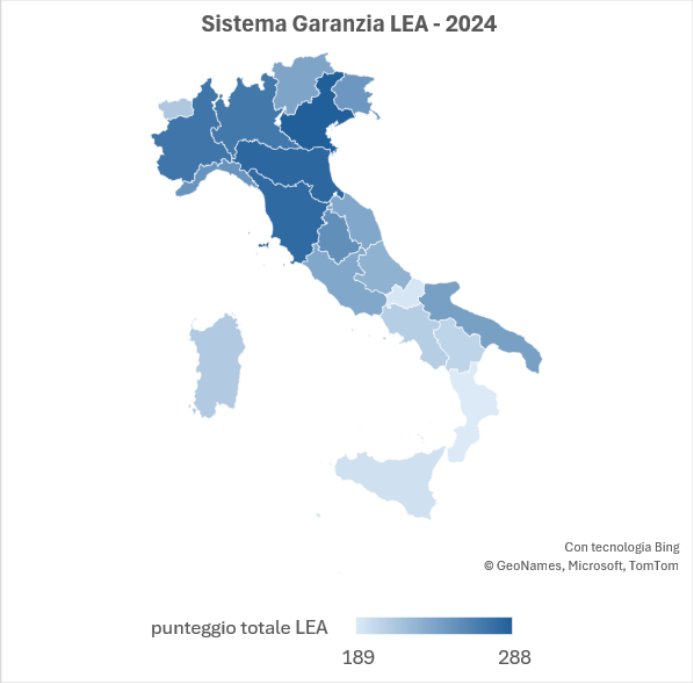
Sistema di Garanzia dei LEA (core) - 2024

Area prevenzione	
PA Trento	98
Emilia R.	97
Lombardia	96
Veneto	96
Toscana	96
Piemonte	95
Umbria	95
Liguria	93
Friuli V. G.	88
Valle d'Aosta	86
Puglia	85
Lazio	81
Sardegna	81
Abruzzo	80
Molise	70
Basilicata	70
Calabria	66
Marche	65
Campania	61
PA Bolzano	59
Sicilia	49

Area distrettuale	
Veneto	95
Emilia R.	94
Toscana	94
Piemonte	90
Lombardia	89
Friuli V. G.	85
Marche	85
Liguria	84
PA Bolzano	83
Umbria	82
Campania	80
PA Trento	79
Puglia	76
Lazio	75
Abruzzo	74
Sicilia	73
Sardegna	65
Valle d'Aosta	64
Basilicata	64
Molise	62
Calabria	52

Area ospedaliera	
Veneto	97
PA Trento	94
Emilia R.	91
Toscana	90
Piemonte	87
Marche	87
Lombardia	85
Lazio	81
Puglia	81
Umbria	77
Friuli V. G.	75
Abruzzo	75
Sicilia	74
Liguria	73
Basilicata	71
Calabria	71
Campania	68
Sardegna	66
PA Bolzano	64
Valle d'Aosta	63
Molise	60

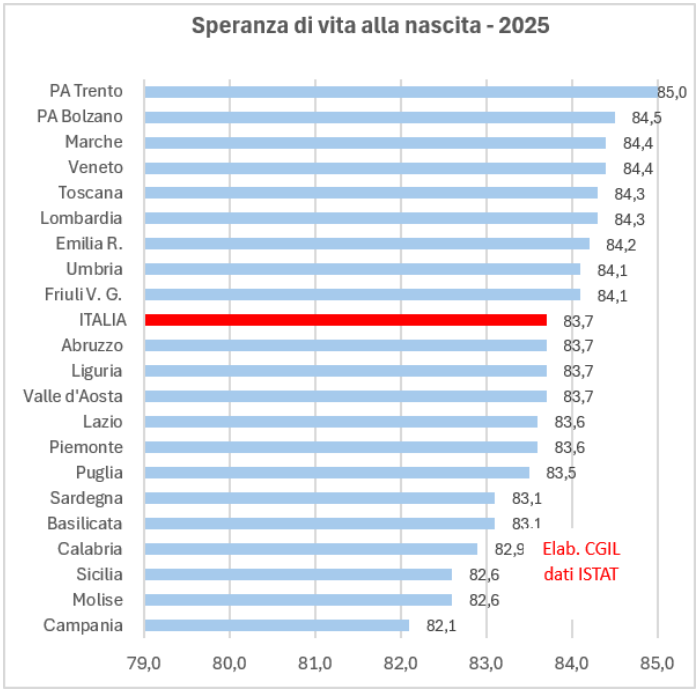
Dati Ministero Salute



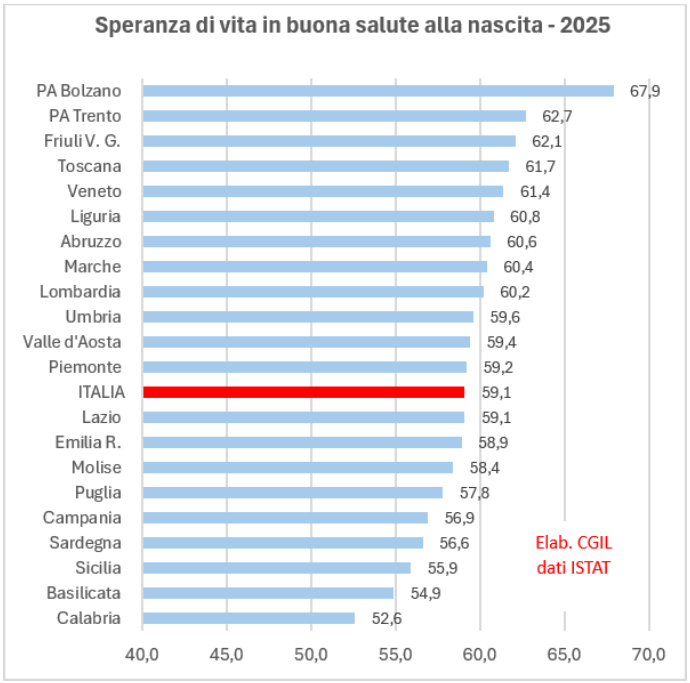
Speranza di vita e condizioni di salute – 2025

Nel 2025 la **speranza di vita alla nascita** è di 83,7 anni, in crescita rispetto all'anno precedente (83,4 anni) ma con significative differenze territoriali (ISTAT – BES 2026).

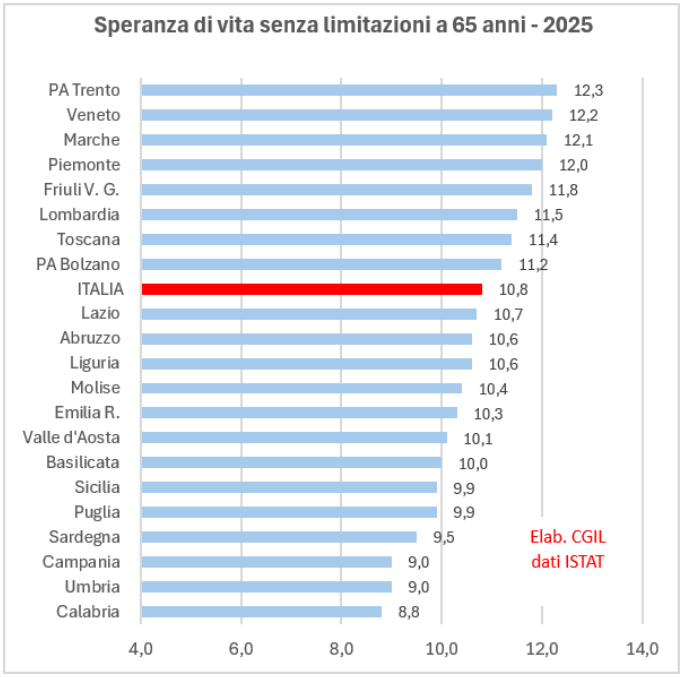
Le diseguaglianze nell'accesso ai servizi e alle cure incidono nelle **speranze di vita alla nascita** con un gap che nel 2025 arriva a 3 anni tra la PA di Trento e la Campania.



Sono profonde le diseguaglianze soprattutto nella **speranza di vita in buona salute** che mediamente è di 59,1 anni, in crescita rispetto all'anno precedente (58,1 anni) ma ancora inferiore ai valori degli anni passasti e con notevoli differenze territoriali, con un gap che tra la PA di Bolzano e la Calabria arriva a superare 15 anni.

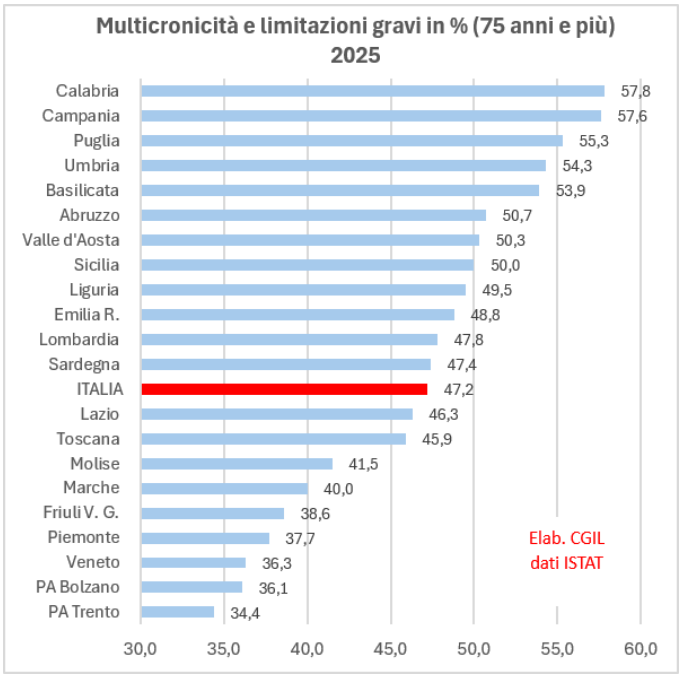


Forti divari anche nella **speranza di vita senza limitazioni a 65 anni** che mediamente è di 10,8 anni (10,6 anni nel 2024), con un gap che arriva fino a 3 anni e mezzo tra la PA di Trento e la Calabria).

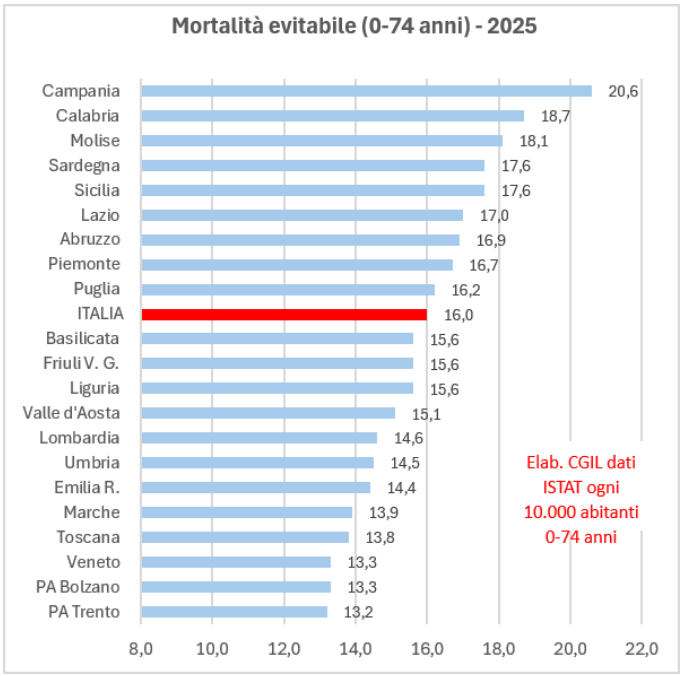


Le persone con 75 anni e più che presentano una condizione di **multicronicità**, ovvero che dichiarano di essere affette da 3 o più patologie croniche e/o di avere **gravi limitazioni** nel compiere le attività abituali a causa di problemi di salute sono il 47,2% delle persone over 75.

Notevoli i divari tra le regioni dove si passa dal 34,4% della PA di Trento al 57,8% della Calabria.



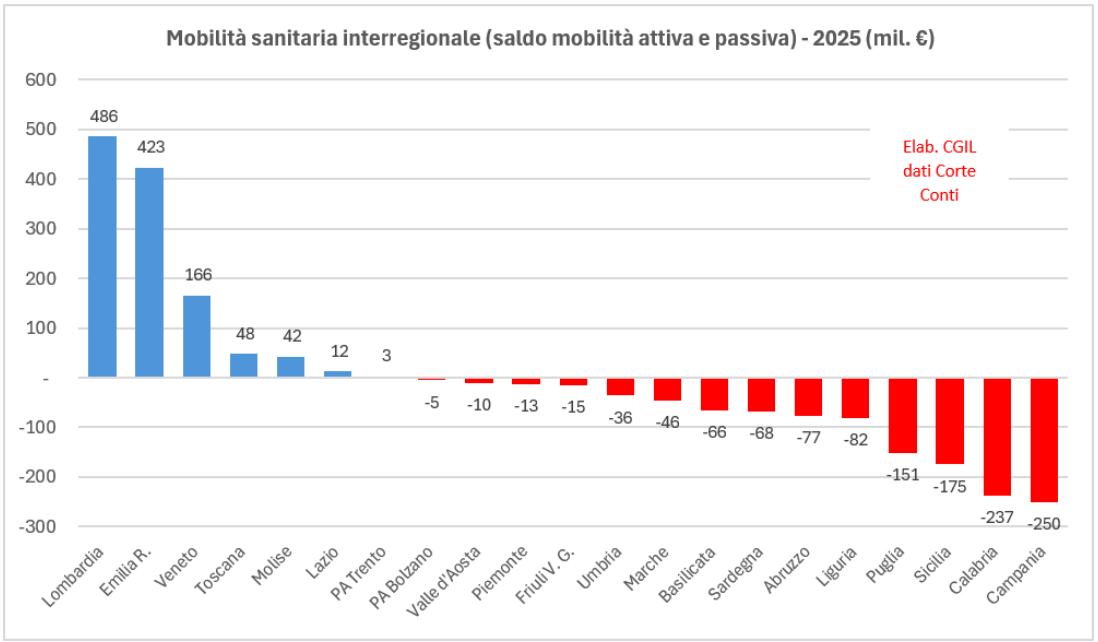
La **mortalità evitabile**, ovvero i decessi di persone di 0-74 anni la cui causa di morte è identificabile come trattabile (che potrebbe essere evitata con un'assistenza sanitaria tempestiva ed efficace, che include la prevenzione secondaria e i trattamenti) o prevenibile (che potrebbe essere evitata con efficaci interventi di prevenzione primaria e di salute pubblica) è pari a 16,0 casi ogni 10.000 abitanti. Sono valori notevolmente al di sotto della media europea, a riprova dei buoni esiti del SSN (v. CGIL – Salute e sanità in Europa).



Mobilità interregionale - 2025

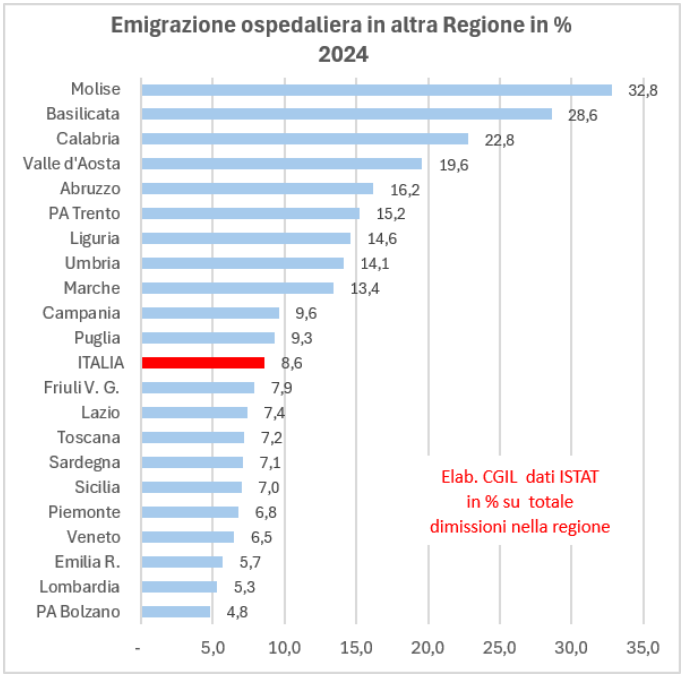
I divari che riguardano la tutela della salute e l'offerta sanitaria contribuiscono ad aggravare la **mobilità interregionale** a partire dall'emigrazione ospedaliera. Una mobilità che ha un flusso soprattutto dal Sud e verso tre regioni (Lombardia, Emilia-Romagna e Veneto) a cui va la quasi totalità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

Nel 2025, il valore complessivo dei flussi fuori regione ha raggiunto 3,62 miliardi di euro tra ricoveri ospedalieri e specialistica ambulatoriale. I ricoveri ospedalieri fuori regione sono stati 670.519, per 2,9 miliardi di euro, mentre le prestazioni di specialistica ambulatoriale fuori regione sono state 19,2 milioni (visite ed esami) per 665,4 milioni di euro (dati Agenas)



Nel 2024 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 (stesso valore dell'anno precedente) con un'articolazione territoriale che riflette anche le diseguaglianze nell'offerta di servizi sanitari tra le varie regioni (ISTAT – BES 2026).

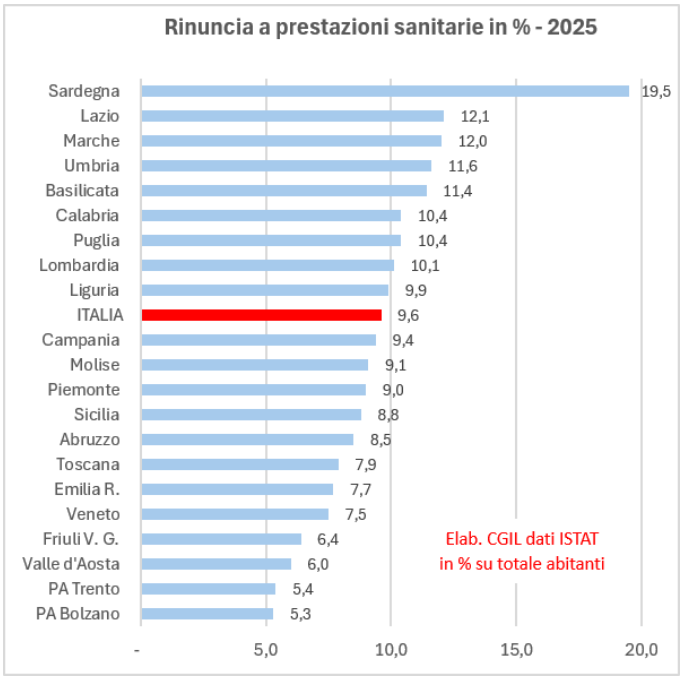
.



Rinuncia a prestazioni sanitarie e cure - 2025

Nel 2025 hanno **rinunciato a prestazioni sanitarie e cure**, pur avendone bisogno, per motivi economici, lista d'attesa lunga, mancanza di servizi o difficoltà di accesso, **5,7 milioni di persone**, pari al **9,6% della popolazione** (ISTAT), praticamente una persona su dieci, un dato sostanzialmente stabile rispetto all'anno precedente (9,9%).

Pesanti i divari tra i territori dove coloro che rinunciano a cure e prestazioni sanitarie vanno dal 5,3% della popolazione nella PA di Bolzano al 19,5% in Sardegna.



Spesa sanitaria privata sostenuta dai cittadini - 2025

Nel 2025, la **spesa sanitaria privata** ammonta **a 49,2 miliardi di euro**, in forte crescita (+6,1% rispetto all'anno precedente).

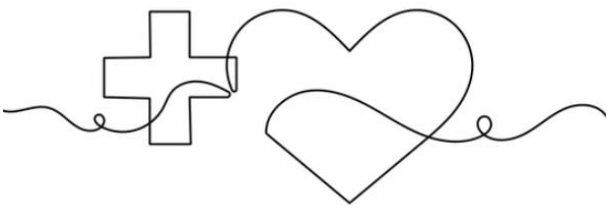
Si tratta delle spese sanitarie sostenute dai cittadini come risultano dal Sistema TS per la dichiarazione dei redditi precompilata (dati MEF - RGS)

Le spese riguardano il pagamento dei ticket, la spesa privata sostenuta nelle strutture accreditate del SSN, incluse le farmacie convenzionate, i medici iscritti all'albo dei medici chirurghi e degli odontoiatri, le strutture sanitarie autorizzate dal SSN, le parafarmacie, gli ottici e ~~ad~~ alcune categorie di professionisti quali tecnici sanitari di radiologia, gli infermieri, gli psicologi, le ostetriche/ci, i veterinari, ecc.

In termini pro capite, la **spesa media sostenuta dai cittadini** nel 2025 è stata di **835 euro**, in forte crescita rispetto all'anno precedente (quando era di 787 euro) e con forti differenze tra le regioni.

La voce di spesa più rilevante riguarda le farmacie (13,4 miliardi di euro), seguita da quella per medici compresi gli odontoiatri (9,1 miliardi), per strutture private autorizzate (9,08 miliardi), per strutture accreditate (8,6 miliardi), per altri operatori sanitari come ottici e psicologi e altro (5,3 miliardi).



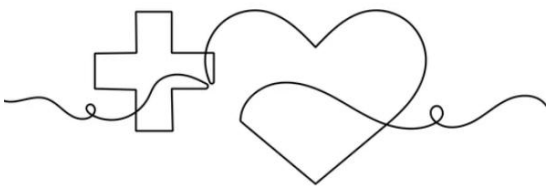


Appunti

Le fonti

Le fonti utilizzate sono le seguenti:

- Ministero Salute – Monitoraggio dei LEA attraverso il Nuovo Sistema di Garanzia – Relazione 2024
- MEF - Ragioneria Generale dello Stato - Il monitoraggio della spesa sanitaria 2026
- Corte dei Conti – Audizione sul Documento Programmatico di Finanza Pubblica 2026
- Corte dei Conti - Audizione sul Disegno di Legge recante "Bilancio di Previsione dello Stato per l'anno finanziario 2027 e Bilancio pluriennale per l triennio 2027-2029 - 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 2027 e bilancio pluriennale per il triennio 2027-2029" - Commissioni congiunte Camera e Senato
- Agenas - Portale statistico
- Agenas – La mobilità sanitaria interregionale – dati 2025
- OCSE – Spesa sanitaria e finanziamenti
- ISTAT – Il benessere equo e sostenibile 2026
- Ministero Salute – Il personale del Servizio Sanitario Nazionale – Anno 2024
- CGIL - Salute e Sanità – Rafforziamo il SSN e rendiamo effettivo il diritto alla salute,
- CGIL – Salute e Sanità in Europa
- CGIL – PNRR. Missione Salute



“Una delle offese più gravi che in questi anni si sta perpetuando nei confronti del Servizio Sanitario Nazionale, e più in generale delle politiche per la tutela della salute, è l’indifferenza. Un’indifferenza che in realtà serve a mascherare una implicita adesione al luogo comune più diffuso nel dibattito italiano: il Servizio Sanitario Nazionale deve essere superato perché non più sostenibile. Un luogo comune che può nuocere gravemente alla salute degli italiani e per questo dobbiamo attrezzarci per contrastarlo, senza pregiudizi ma anche senza timidezze”

Nerina Dirindin

“Le grandi istituzioni sociali tra cui il SSN non crollano improvvisamente con il fragore delle valanghe ma si esauriscono lentamente all’avvizzire delle capacità o possibilità di esercitare la loro funzione, come lo scivolamento silenzioso dei ghiacciai. Non è riducendo ulteriormente il perimetro di azione del SSN ma, al contrario, colmando lo scarto fra l’immobilismo delle politiche e la dinamicità dei bisogni, che vanno individuati i rimedi alla crisi in corso”

Francesco Taroni