



E' scaduto il tempo! Basta tagli, vanno garantite

SALUTE E SANITA'

Per una nuova stagione del lavoro e dei diritti e un Servizio Sanitario Nazionale forte, pubblico e universale

La pandemia ha ricordato a tutti il **valore fondamentale del sistema sanitario pubblico e universale: sistema da difendere, rafforzare e finanziare** adeguatamente a tutela del **diritto alla salute** dei cittadini e rispondere ai loro bisogni. Salute intesa nella sua globalità di benessere fisico, psichico e sociale, che abbia al centro l'autonomia delle persone, e cardine per un giusto modello sociale e di sviluppo.

Diritto alla salute delle persone e della comunità, come previsto dall'art. 32 della Costituzione. A distanza di 75 anni dalla sua entrata in vigore e 45 dalla Legge 833/78, dopo anni di tagli, sottofinanziamento, blocco delle assunzioni e tetti alla spesa per il personale, il **Servizio Sanitario Nazionale rischia il collasso**. Una situazione di grave crisi, aggravata dalla pandemia e dal progressivo invecchiamento della popolazione, che costringe i cittadini a fare i conti con interminabili tempi di attesa, disegualianze inaccettabili e mai raggiunte finora tra persone e territori, con l'aumento della migrazione sanitaria, della spesa privata dei cittadini, della rinuncia alle cure e con la riduzione dell'aspettativa di vita. Contesto e condizioni che mettono in discussione la tutela della salute, sempre più privatizzata, e tradiscono i principi fondamentali della SSN: universalità, uguaglianza ed equità.

Tutto ciò richiede una radicale inversione di rotta in termini di spesa pubblica, di valorizzazione, qualificazione e incremento del personale sanitario, di promozione dell'assistenza territoriale e di realizzazione dell'integrazione socio-sanitaria, a partire dalla piena attuazione del PNRR.

Il tema del **diritto alla salute, della difesa e del rilancio del sistema sanitario** sono alcuni dei nodi centrali della **mobilizzazione di CGIL CISL e UIL** delle prossime settimane dalle assemblee in tutti i luoghi di lavoro a quelle cittadine per arrivare alle prime **tre giornate di manifestazioni del 6, 13 e 20 maggio**.

Finché dal Governo non arriveranno le risposte ai bisogni delle persone, dei lavoratori, dei cittadini occorrerà andare avanti e mettere in campo tutto quello che è necessario per salvare e rilanciare il Servizio Sanitario Nazionale e rendere esigibile l'articolo 32 della Costituzione.

Il destino del SSN è da riscrivere e occorre farlo con il mondo del lavoro, con i pensionati, con l'associazionismo civico e con tutte le donne e gli uomini che si riconoscono nei principi fondanti di universalità, uguaglianza ed equità.

IL CONTESTO E LE CRITICITA'

Spesa sanitaria e risorse: dopo l'incremento per contrastare la pandemia che ha portato la spesa sanitaria pubblica al 7,3% del PIL nel 2020, già dall'anno successivo la spesa sanitaria torna a scendere con la drammatica prospettiva prefigurata nel DEF 2023 nel quale il Governo Meloni, dopo un taglio del 2,4% nel 2024 rispetto all'anno in corso, affossa il finanziamento del SSN al 6,2% del PIL a partire dal 2025: il valore più basso degli ultimi decenni. Il Governo sta quindi programmando e pianificando il collasso del sistema sanitario nazionale.

Spesa sanitaria 2019-2026

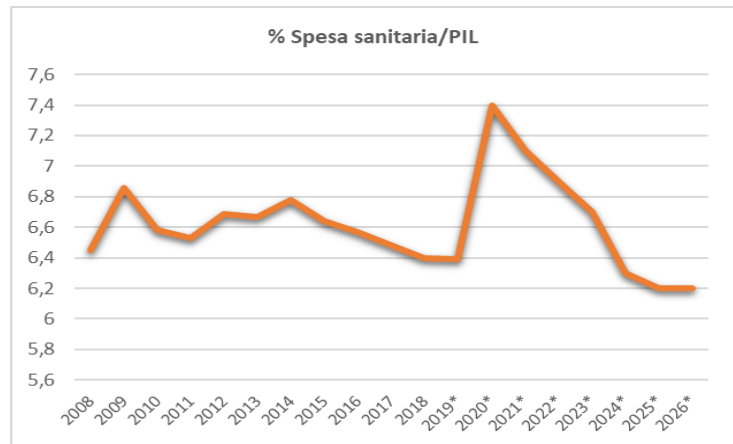
	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025	2026
Spesa sanitaria (mil. €)	115.663	122.665	127.451	131.103	136.043	132.737	135.034	138.399
tasso di variazione in %	-	6,1%	3,9%	2,9%	3,8%	-2,4%	1,7%	2,5%
in % di PIL	6,4%	7,4%	7,1%	6,9%	6,7%	6,3%	6,2%	6,2%

Dati DEF 2023

Una situazione davvero insostenibile e una prospettiva assolutamente da scongiurare, come peraltro hanno denunciato anche le Regioni che hanno lanciato un disperato allarme sull'insostenibilità economico-finanziaria dei loro bilanci sanitari già oggi fortemente compromessi per l'insufficiente livello di finanziamento del Servizio Sanitario Nazionale peraltro aggravata dalla mancata copertura di tutte le spese affrontate per la pandemia, per la campagna vaccinale, per il considerevole incremento dei costi energetici, per i continui rincari di materie prime e materiali.

Il taglio della spesa sanitaria previsto del DEF dal 2024 è inconcepibile e insostenibile a fronte della necessità di risorse che ha il nostro Servizio Sanitario Nazionale per garantire il diritto universale alla salute.

L'attestazione al 6,2% del PIL conferma la volontà di disinvestire e, quindi nei fatti, di proseguire lo smantellamento del SSN, indebolito dalla pandemia e dall'inflazione di questi anni, e di favorire la privatizzazione della salute.

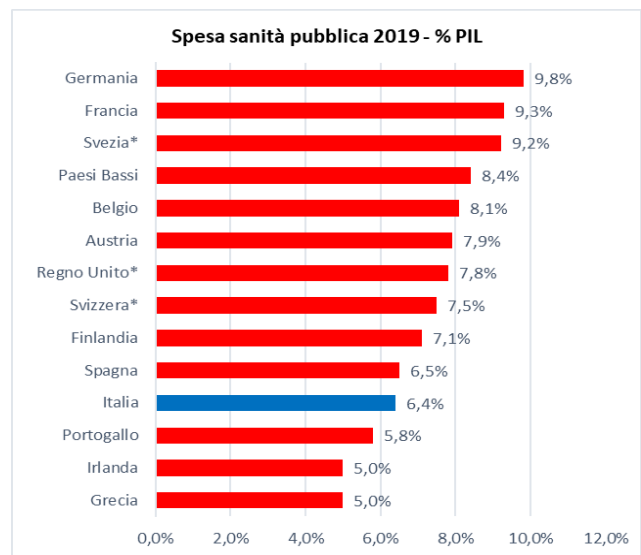
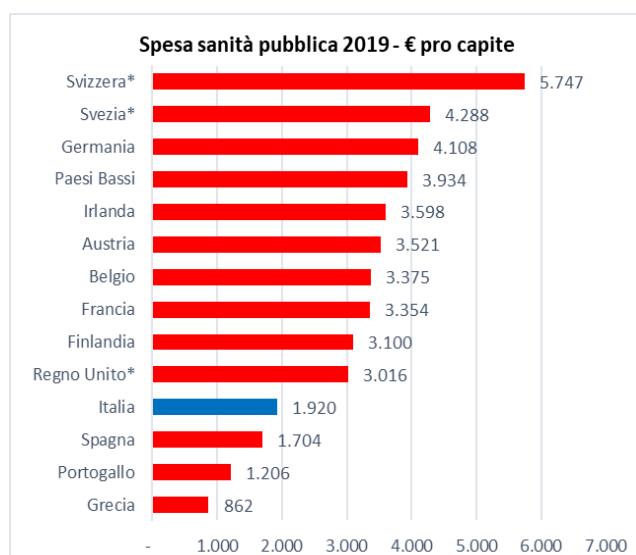


Dati Corte dei Conti - *DEF 2023

I principi fondamentali del servizio sanitario, universalità, uguaglianza ed equità, saranno inesorabilmente messi in discussione: un disastro sanitario, sociale ed economico senza precedenti. E' paradossale, oltre che inaccettabile, che mentre l'OMS individua l'uguaglianza del diritto alla salute come priorità per il mondo, l'Italia vada nella direzione esattamente opposta.

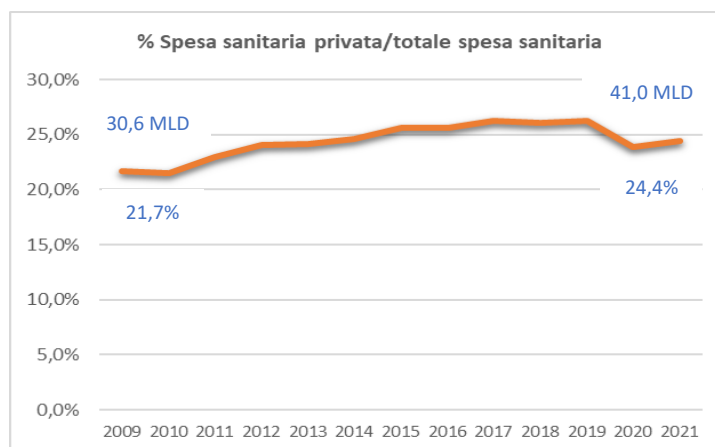
Già oggi è impietoso il raffronto della spesa sanitaria pubblica dell'Italia con quella gli altri Paesi Europei, spesa rispetto alla quale l'Italia è il fanalino di coda con gap sempre più incolmabili.

Nel 2019, il livello di finanziamento del SSN aveva un'incidenza rispetto al PIL del 6,4% di gran lunga inferiore a quello dei principali Paesi europei come la Germania che ha destinato il 9,8% del PIL al finanziamento della spesa sanitaria pubblica, la Francia il 9,3%, il Regno Unito il 7,8% (dati OCSE). Con il 6,4% del PIL, nel 2019 la spesa pubblica pro-capite nel nostro Paese è stata pari a



1.921 euro, a fronte di 4.108 euro in Germania, di 3.355 euro in Francia e di 3.017 nel Regno Unito, Paesi nei quali negli ultimi 10 anni la spesa sanitaria pubblica pro capite, a parità di potere d'acquisto, è notevolmente cresciuta. Per raggiungere i livelli del Regno Unito, al SSN italiano occorrerebbero almeno circa 20 mld di euro in più l'anno, mentre per arrivare ai livelli di Germania e Francia ce ne vorrebbero almeno 40.

Spesa privata: nel 2021 sono 41 i miliardi spesi direttamente dai cittadini per curarsi. Si tratta di 37 miliardi di spesa che proviene direttamente dalle loro tasche (che peraltro è pari ai 37 miliardi di tagli al Fondo sanitario nazionale negli ultimi 10 anni) e 4 miliardi per la sanità integrativa, senza contare tutta la spesa del *long term care*. Particolarmente rilevante il peso per le famiglie, con un livello medio pro-capite di 623 euro e con enormi differenze territoriali.



Dati OCSE

Diseguaglianze territoriali: l'erogazione dei LEA: le gravi diseguaglianze tra territori sono evidenti osservando il monitoraggio dei LEA (livelli essenziali assistenza) realizzato dal Ministero della Salute che prende in esame una serie di indicatori di valutazione dei servizi erogati nelle tre aree assistenziali: prevenzione, distrettuale, ospedaliera.

Nel decennio 2010-2019 solo 5 regioni superavano l'85% degli adempimenti (Emilia Romagna, Toscana, Veneto, Piemonte, Lombardia). Nel 2019 ben 7 regioni non hanno adempiuto ai LEA (Basilicata, Calabria, Campania, Molise, PA Bolzano, Sicilia, Valle d'Aosta).

Mobilità interregionale.

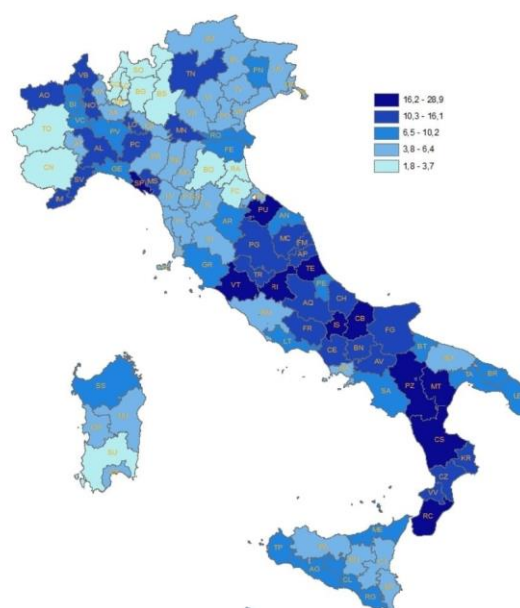
I rilevanti divari che riguardano la tutela della salute e la sanità contribuiscono ad aggravare la mobilità interregionale a partire dall'emigrazione ospedaliera. Nel 2020, le giornate di degenza di pazienti ricoverati in strutture ospedaliere in una regione diversa dalla propria sono state 351 mila (in calo a causa dell'impatto della pandemia rispetto al 2019 quando le giornate di degenza sono state ben 492 mila).

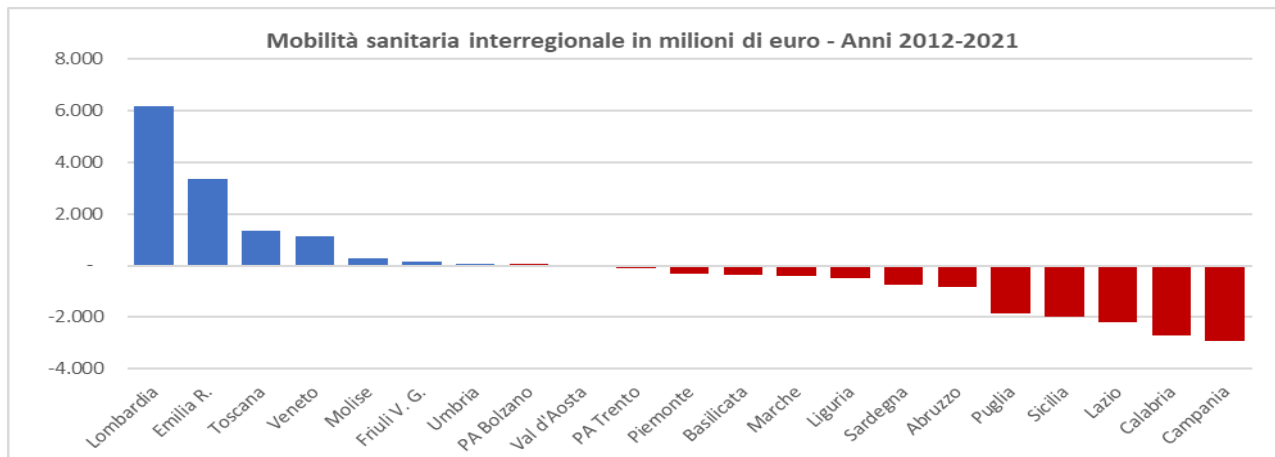
Nelle regioni del Sud un terzo della popolazione vive in contesti con una elevata mobilità extra regionale e un abitante su dieci risiede in aree considerate critiche (ISTAT).

Negli ultimi 10 anni, le regioni del Mezzogiorno hanno versato 14 miliardi di euro (saldo tra mobilità attiva e passiva) a quelle del Nord per far curare i propri cittadini: risorse preziose perse dal Sud.

Una mobilità interregionale che ha un flusso soprattutto verso quattro regioni (Lombardia, Emilia Romagna, Toscana e Veneto) a cui va la quasi totalità della mobilità attiva. C'è un Paese sostanzialmente spaccato in due che va a tradire quelli che sono i principi di universalità, equità, uguaglianza fondanti del SSN.

Emigrazione ospedaliera 2020 (dati Istat in %)



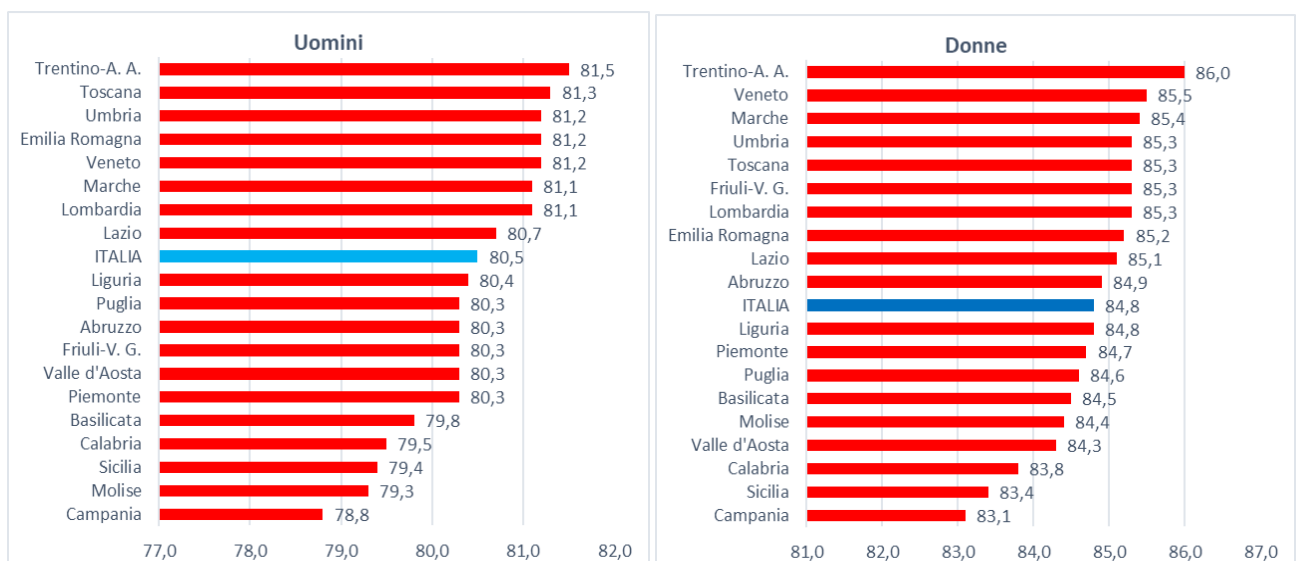


Dati Corte dei Conti

Liste d'attesa. I tempi di attesa per l'accesso alle prestazioni sono diventati ormai insostenibili; tempi che vanno ben oltre quelli che sono accettabili rispetto a un percorso diagnostico terapeutico di un paziente e spesso le liste sono addirittura bloccate. Dietro a questo problema ci sono criticità di varia natura, a partire dalla grave carenza di personale, oltre all'impatto della pandemia che ha causato rinvii e sospensioni delle prestazioni per patologie diverse dal Covid, a partire da visite, esami e ricoveri ospedalieri.

Rinuncia alle cure: secondo i dati dell'ISTAT, nel 2020 il 7,0% della popolazione ha rinunciato a prestazioni sanitarie ritenute necessarie: si tratta di 4 milioni di persone. Un valore ancora superiore a quelli del 2019 quando rinunciava alle cure il 6,3% della popolazione. Quando le persone devono aspettare troppo tempo e non hanno i soldi per le cure, semplicemente sono costrette a rinunciare. Una situazione inaccettabile per un Paese civile.

Aspettative di vita: le disuguaglianze nell'accesso ai servizi e i problemi del SSN incidono nell'aspettative di vita alla nascita (gap di 3 anni tra la provincia di Trento e la Campania). Una differenza che la politica non può più ignorare. Arretrare nella garanzia dei servizi porta a risultati di questo tipo che sono destinati a peggiorare se non si affrontano rapidamente i problemi.



Dati ISTAT

Personale: i tagli alle risorse, il tetto alla spesa per il personale, il blocco al turn over hanno avuto effetti devastanti sul personale sanitario su cui si è scaricato un peso reso ancor più insostenibile dalla pandemia. Ciò obbliga ad una urgente riflessione per il futuro del SSN pubblico e universale:

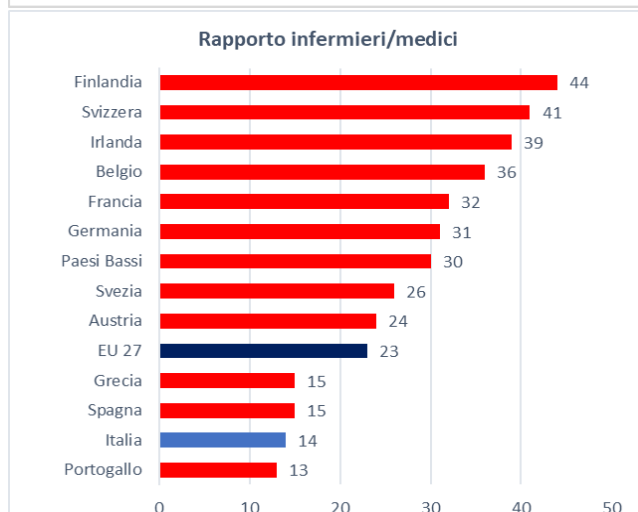
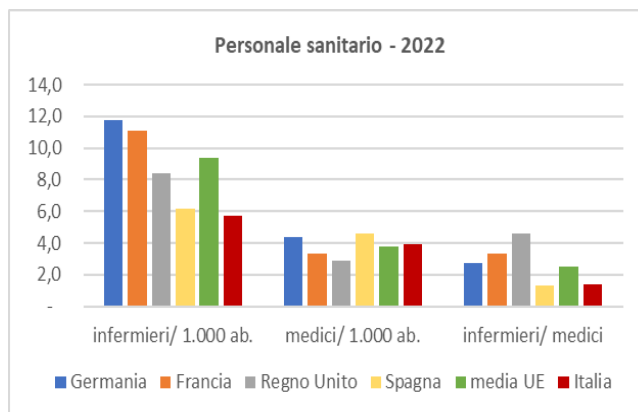
- le ricadute che l'elevata età di medici e infermieri determinerà sulla sostenibilità del sistema visto che saranno 30 mila i medici in età pensionabile nei prossimi 4 anni e oltre 20 mila infermieri (90 mila nei prossimi 10 anni);
- il *gap* salariale (-23% media OCED per gli infermieri) che sta determinando almeno 4 effetti negativi per la tenuta del SSN:
 - Aumento dell'emigrazione: giovani formati dalle nostre università che già per la prima occupazione cercano impiego all'estero (spesa pubblica italiana al servizio di altri Stati); nel triennio 2019-2021 risultano all'estero 21 mila medici e 18 mila infermieri italiani.
 - Assenza di immigrazione: scarsa attrattività del nostro Paese per i professionisti sanitari stranieri;
 - Insufficiente interesse dei giovani per le professioni sanitarie. Il 2021 ha registrato 9 mila laureati in scienze infermieristiche, 11mila iscrizioni su circa 17mila posti disponibili. Il dato ci colloca al quart'ultimo posto tra i Paesi OECD-37. Senza misure correttive questa tendenza diviene premessa certa per l'insuccesso della riforma dell'Assistenza territoriale e con essa viene messa seriamente in discussione la sopravvivenza del SSN.

Particolarmente elevato il divario dell'Italia dagli altri Paesi rispetto al personale infermieristico con 5,7 infermieri ogni mille abitanti: un dato di gran lunga inferiore alla media europea di 9,4, per non parlare dei valori di Francia e Germania, con un rapporto infermieri/medici tra i più bassi d'Europa. L'Italia risulta poi all'ultimo posto per numero di medici rapportato alla popolazione over 75 con 34,4 medici rispetto alla media di 38,5. Essendo l'Italia tra i Paesi più vecchi questo comporta un ulteriore squilibrio nella presa in carico tra le fasce della popolazione. La stessa Ragioneria generale dello Stato rimarca come negli ultimi 10 anni si sia fortemente disinvestito nel personale sanitario mentre è aumentata la spesa in beni e servizi; le regioni hanno finito per reclutare personale altra forma e modalità (cooperative, gettonisti). Il problema si deve risolvere a monte eliminando i tetti di spesa sul personale. La carenza di personale riguarda tutti i professionisti dell'assistenza ospedaliera così come i medici di medicina generale e gli infermieri che dovrebbero ricoprire un ruolo fondamentale nella riforma dell'assistenza territoriale: senza un piano straordinario di assunzioni e di valorizzazione del personale sarà impossibile realizzare quanto previsto dal PNRR.

Sul fronte del personale, nel DEF del Governo Meloni non c'è assolutamente nulla, confermando la sudditanza del Ministero della Salute da quello dell'Economia. Nulla per i rinnovi dei contratti, né per un piano straordinario di assunzioni né per dare risposte ai professionisti sanitari che hanno mandato avanti il sistema con sacrifici enormi, come non è previsto il superamento

Personale sanitario - 2022

	infermieri/ 1.000 ab.	medici/ 1.000 ab.	infermieri/ medici
Germania	11,8	4,4	2,7
Francia	11,1	3,3	3,3
Regno Unito	8,4	2,9	4,6
Spagna	6,2	4,6	1,3
media UE	9,4	3,8	2,5
Italia	5,7	3,9	1,4



del blocco della spesa per il personale. Non si affrontano due enormi emergenze: la prima è quella di formare e assumere personale, la seconda è evitare la fuga di medici e infermieri che dopo anni difficilissimi non ce la fanno più a sopportare condizioni di lavoro pesantissime causate da mancati investimenti, innovazione tecnologica e organizzativa, sommate a retribuzioni tra le più basse d'Europa: un insostenibile circolo vizioso che si scarica sulle spalle di lavoratori e lavoratrici.

Assistenza territoriale e DM 77/2022: le Missioni 5 e 6 del PNRR prevedono interventi importanti in ambito sanitario e socio-sanitario, in particolare per realizzare la riforma dell'assistenza territoriale (DM 77/2022), per garantire l'assistenza per gli anziani non autosufficienti e la promozione della vita autonoma per le persone con disabilità.

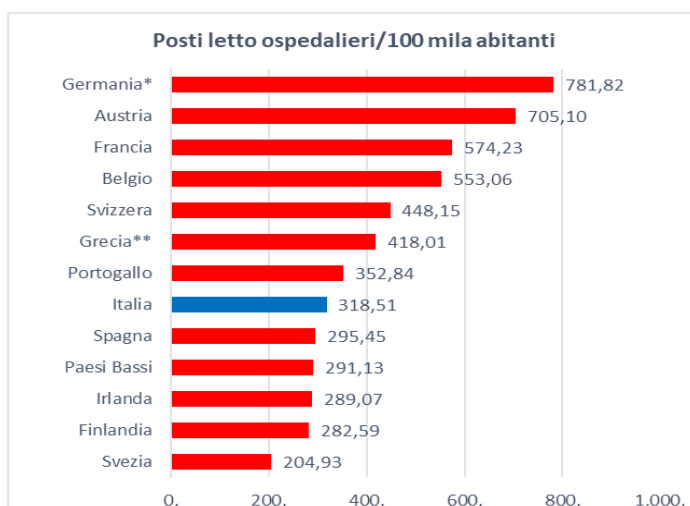
Il DM 77/2022 prevede importanti investimenti e individua gli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi per l'attuazione dell'assistenza territoriale. Medici di medicina generale e infermieri avranno un ruolo centrale soprattutto nelle Case della comunità (1.350 strutture), negli Ospedali di comunità (400), nelle Centrali Operative territoriali (600), nelle Unità di continuità assistenziale (UCA 600) e nell'assistenza domiciliare integrata che ha l'obiettivo di una presa in carico del 10% della popolazione over 65.

Rilevante la figura degli infermieri di famiglia (1 ogni 3 mila abitanti). Per attuare la riforma servirà un'integrazione di un numero di infermieri che potrà variare tra i 40 mila e gli oltre 80 mila per una spesa stimata tra i 2 e i 4 miliardi all'anno: oggi questi infermieri non ci sono e nemmeno sono previsti investimenti. Servono politiche che aumentino di almeno 4 volte i laureati in scienze infermieristiche già dal prossimo anno per scongiurare il rischio del collasso.

Tuttavia, nonostante i roboanti annunci sull'attuazione del PNRR da parte del Governo, nel DEF non ci sono risorse per il funzionamento dell'attuale sistema, figuriamoci per far camminare la sanità che dovrebbe nascere con la progettualità del PNRR: c'è da chiedersi come si potrà garantire il funzionamento delle Case e degli Ospedali di comunità o l'assistenza domiciliare senza personale.

Non solo, in questo momento è fortemente rallentata la stessa realizzazione delle strutture a causa dei rincari e dell'impossibilità di dar seguito ai progetti (oltre a pagare a caro prezzo i tagli sulle professionalità necessarie alla progettazione nella PA).

Quindi si rischia davvero di mettere in discussione la realizzazione di un sistema di assistenza territoriale indispensabile per dare risposte importanti, alle persone che oggi in molti casi sono lasciate sole.



Posti letto ospedalieri: nel 2020 la dotazione di posti letto ospedalieri era di 189 mila unità, pari a 3,18 posti ogni mille abitanti, uno dei valori tra i più bassi in Europa mentre Paesi come la Germania, l'Austria e la Francia mantengono livelli di posti letto per abitante molto elevati fino ad arrivare anche al doppio di quelli dell'Italia ([Dati Eurostat](#)). I tagli alla sanità hanno colpito pesantemente anche l'assistenza ospedaliera: negli ultimi 20 anni sono stati tagliati 80 mila posti letto (di cui 27 mila dal 2010).

Autonomia differenziata: le criticità legate alla mancanza di risorse economiche, organizzative e professionali, e le disuguaglianze tra persone e territori già oggi gravi e insopportabili sono destinate a cristallizzarsi ed aggravarsi ulteriormente nel caso in cui dovesse concretizzarsi il nefasto progetto di autonomia differenziata.

LE MISURE NECESSARIE E URGENTI

- 1. Garantire un forte investimento al Servizio Sanitario Nazionale** in termini economici e organizzativi. **Aumentare il finanziamento del SSN, sia in termini assoluti che in rapporto al PIL** in maniera consistente e stabile per allineare l'Italia entro il 2030 ai Paesi europei. **Aumentare il finanziamento pubblico di almeno 5 miliardi l'anno per i prossimi 10 anni** per garantire il potenziamento dei necessari servizi di prevenzione, ospedalieri e territoriali al fine di garantire l'erogazione uniforme dei LEA, l'accesso equo alle innovazioni e il rilancio delle politiche del personale sanitario che è quello che sta soffrendo di più.
- 2. Investire sul personale con un piano straordinario pluriennale di assunzioni** che vada oltre le stabilizzazioni e il turnover, superi la precarietà e investa nella formazione e valorizzazione delle professionalità del SSN. Occorre superare i tetti alla spesa del personale e al salario accessorio e garantire un piano pluriennale per rendere attrattiva la formazione nelle professioni sanitarie.
- 3. Rilanciare e riadeguare la rete ospedaliera**, rafforzando le dotazioni organiche, per favorire accessibilità, sicurezza, qualità, a partire dai **Pronto Soccorso**, sempre più al collasso. Prevedere un adeguato numero di posti letto in linea con la media Ocse. Serve investire nella rete ospedaliera per superare le differenze strutturali e di prestazioni sanitarie tra le regioni del sud, del centro e del nord e contrastare la mobilità passiva e garantire il **diritto a curarsi nel territorio in cui si vive**.
- 4. Dare risposta agli inaccettabili tempi d'attesa** che negano il diritto alla salute e favoriscono il ricorso a prestazioni private.
- 5. Attuare e completare la Riforma per lo sviluppo dell'Assistenza Territoriale:** realizzare una **rete capillare di servizi sanitari e socio-sanitari territoriali** in un'ottica di forte integrazione. Realizzare e rendere operativi strutture e presidi territoriali come le **Case della Comunità e gli Ospedali di Comunità**, a gestione pubblica, garantendone la piena attività con tutte le figure professionali necessarie anche con un piano straordinario di assunzioni e con risorse strutturali. **Investire sui distretti** per la gestione, il coordinamento e l'assistenza della rete dei servizi sanitari e sociosanitari territoriali. **Definire una riforma della medicina generale**, a partire dalla formazione dei Medici di Medicina Generale (MMG) e dei Pediatri di Libera Scelta (PLS) che regoli anche la partecipazione nelle Case della comunità. Va previsto un piano di assunzioni di MMG, PLS e specialisti ambulatoriali anche nell'ottica di un progressivo passaggio alle dipendenze del SSN. **Potenziare l'assistenza domiciliare** quale pilastro della Riforma dell'Assistenza Territoriale, garantendone la gestione pubblica con personale dipendente dei SSR. Dare attuazione al piano di sviluppo e potenziamento dell'utilizzo delle tecnologie digitali per la **teleassistenza e la telemedicina** e definire un piano di alfabetizzazione di tutta la popolazione per evitare la marginalizzazione sociale. **Potenziare i servizi di salute mentale** sia per utenti adulti che per utenti nell'età dello sviluppo, prevedendo potenziamenti dei servizi per garantire la continuità della presa in carico, e i **dipartimenti per le dipendenze (e dei Ser.D)**.
- 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 e le conseguenti condizioni di lavoro** 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 alla **specifico legge** e con adeguate risorse a carico della fiscalità generale, e promuovere **politiche per l'invecchiamento attivo** per realizzare un nuovo sistema di sostegno alla vita autonoma, un nuovo equilibrio a favore delle soluzioni di vita e di assistenza a domicilio. Necessario dare seguito alle disposizioni della Legge 234/2021 per la definizione dei LEPS sulla Non Autosufficienza e allo schema di Piano Nazionale sulla Non Autosufficienza 2022-2024. **Promuovere politiche per la piena inclusione sociale delle persone con disabilità** e sostegno per le famiglie che se ne fanno carico.

Art. 32 Costituzione: *“La Repubblica tutela la salute come fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività, e garantisce cure gratuite agli indigenti”.*

Si sono dovuti aspettare 30 anni per una legge che garantisce la tutela del diritto alla salute, la **Legge 833/78** che ha istituito il **Servizio Sanitario Nazionale** fondato su tre principi: **universalità**, estensione delle prestazioni sanitarie a tutta la popolazione, **uguaglianza**, accesso alle prestazioni senza nessuna distinzione di condizioni individuali, sociali ed economiche, **equità**, parità di accesso in rapporto a uguali bisogni di salute. Su questi principi fondanti è nato il SSN istituito per attuare quello che è uno dei valori della Costituzione: il diritto alla salute.

Occorre intervenire rapidamente per mettere in sicurezza e rilanciare il SSN, conquista sociale irrinunciabile e pilastro di democrazia e giustizia sociale, ripartendo da quelli che sono i suoi principi fondanti.

“La salute è un diritto costituzionale. Occorre operare perché il SSN, presidio insostituibile di unità del Paese, si rafforzi, ponendo al centro la persona e i suoi bisogni nel territorio in cui vive. Le differenze tra territori creano disuguaglianze”.

Sergio Mattarella
Presidente della Repubblica