



**RIASSUNTO DEL 7° RAPPORTO GIMBE
SUL SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE**

PREMESSA

1978: approvata la 833 che istituiva il SSN in attuazione dell'art. 32 della Costituzione. Oggi la tenuta del SSN è prossima al punto di non ritorno e riguarda 60 milioni di persone: non a caso la Sanità è al primo posto nei sondaggi quale priorità del Paese.

Tutti i Governi negli ultimi 15 anni hanno contribuito al progressivo sgretolamento del SSN, svalutandone i principi fondanti ed erodendo il diritto costituzionale alla tutela della salute attraverso gravi azioni e omissioni:

- Sanità vista come un costo da tagliare ripetutamente e non come una priorità su cui investire
- Ridurre il perimetro delle tutele pubbliche (anche scuola) per aumentare il sussidio individuale con l'obiettivo di mantenere consenso elettorale ignorando che qualche decina di € in busta paga non compensa le centinaia di € da sborsare per un accertamento diagnostico
- Permettere alla politica di svilupparsi senza considerare le politiche sanitarie ma assecondandole a interessi di altra natura
- Prendere decisioni in contrasto con il principio dell'*health in all policies* che impone di considerare salute delle persone come prioritaria in ogni scelta di carattere industriale, ambientale, economico, sociale...

Il sistema è sostenibile quanto noi vogliamo che lo sia.

CAPITOLO 1: INTRODUZIONE

4 patologie compromettono lo stato di salute del SSN:

- 1) Definanziamento pubblico. Tra il 2010 e il 2019 sottratti 37 miliardi di €; il fabbisogno sanitario nazionale (FSN) è aumentato di soli 8,2 miliardi di € con un tasso di crescita inferiore a quello dell'inflazione. Formalmente il definanziamento si è concluso nel 2020 ma le ingenti risorse stanziare (+11,6 miliardi di € di FSN nel triennio rispetto agli 8,2 miliardi di € del decennio) sono state assorbite completamente dall'emergenza pandemica e da lì in poi assorbiti da costi energetici e rinnovi contrattuali insufficienti.
- 2) Ampliamento del paniere dei nuovi Livelli Essenziali di Assistenza (LEA); l'atteso aggiornamento degli elenchi delle prestazioni non è stato accompagnato dall'aggiornamento delle tariffe e delle prestazioni rendendo impossibile l'esigibilità dei nuovi LEA. Rinvio al 1 gennaio 2025.
- 3) Sprechi e inefficienza. Erodono preziose risorse: sovra-utilizzo di prestazioni sanitarie inefficaci, sottoutilizzo di prestazioni sanitarie efficaci e appropriate, inadeguato coordinamento dell'assistenza, acquisti a costi eccessivi, inefficienze amministrative, frodi e abusi
- 4) Espansione incontrollata del secondo pilastro: al posto di salvare il SSN ha aumentato la spesa sanitaria radicando disuguaglianze sociali e dirottando denaro pubblico verso imprese private, aumentando il consumismo sanitario e introducendo fenomeni di sovra-diagnosi e sovra-trattamento.

2 fattori ambientali ne compromettono ulteriormente lo stato di salute:

- 1) Un clima politico che contribuisce a favorire iniquità e disuguaglianze conseguente alla non sempre leale collaborazione tra Governo e Regioni
- 2) Socio-culturale: cittadini e pazienti con aspettative irrealistiche alimentate da analfabetismo scientifico ed eccessi di medicalizzazione che si mischiano con la mancanza di volontà di modificare stili di vita poco salubri.

La grave crisi di insostenibilità dovuta al sottofinanziamento e alle mancate riforme è stata ribadita dalla corte dei conti in almeno 4 occasioni nel solo 2024 nonostante gli interventi che si sono succeduti:

- 1) Decreto tariffe: rinviato al 1 gennaio 2025
- 2) Decreto anziani: tentativo di risposta a oltre 14 milioni di anziani. Unico finanziamento aggiuntivo di 250 milioni per 2025 e 2026; un assegno di assistenza coperto però con risorse già stanziato su altri capitoli di spesa pubblica. Dei complessivi 500 milioni di € stanziati 150 derivano da riduzione fondo non autosufficienze, 250 da capitolo "inclusione e lotta povertà" e 100 da missione 5 PNRR
- 3) Decreto liste attese: misure previste sono senza maggiori oneri per finanza pubblica, superamento del tetto di spesa per assunzione personale rinviato al 2025 dopo la definizione del personale da parte delle regioni, l'aliquota unica al 15% per le prestazioni straordinarie può non avere alcun effetto su personale già carente e logorato da turni massacranti e verrebbe assorbita in ogni caso da FSN già stanziato.

CAPITOLO 2: FINANZIAMENTO PUBBLICO

Il Fabbisogno Sanitario Nazionale (FSN) dal 2010 al 2024 è aumentato complessivamente di 28,4 miliardi di €, in media 2 miliardi all'anno, ma con trend molto diversi tra il periodo pandemico (2010-2019), gli anni della pandemia (2020-2022) e il periodo post-pandemico (2023-2024).

2010 -2019: Alla sanità pubblica sono stati sottratti oltre 37 miliardi di €; in termini assoluti il FSN è aumentato di 8,2 miliardi di €, crescendo dello 0,9% annuo con un tasso inferiore a quello dell'inflazione media annua (1,2%).

2020 – 2022: Il FSN è aumentato di 11,6 miliardi, crescendo in media del 3,4% annuo. Sono stati emanati 13 decreti legge che hanno stanziato risorse per emergenza e sostenere maggiori costi energetici (11,6 miliardi di cui 5,6 per incremento FSN e 6 per altre spese legate all'emergenza; non ci sono stati rafforzamenti strutturali).

2023 – 2024: FSN incrementato per 2023, 2024 e 2025 rispettivamente per 2,1 miliardi di € (1,4 per costi energetici), 2,3 e 2,6. La legge di bilancio 2024 ha incrementato il FSN di 3 miliardi di € (2,4 destinati a rinnovi contrattuali), 4 miliardi per il 2025 e 4,2 miliardi per il 2026. Di conseguenza il FSN sale a 134 miliardi per il 2024, 135,4 e 135,6 per i due anni successivi.

Nel 2022 l'aumento del FSN (+2,9%) è stato inferiore all'inflazione (8,1%); nel 2023 del 2,8% a fronte di un'inflazione al 5,7%.

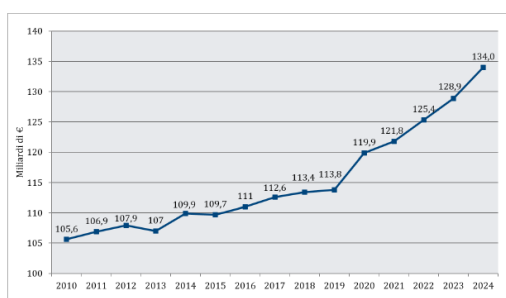


Figura 2.1. Fabbisogno Sanitario Nazionale: trend 2010-2024

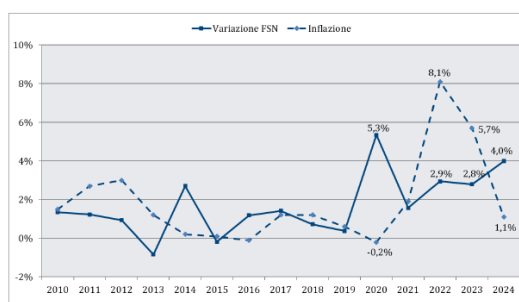


Figura 2.2. 2010-2024: variazione percentuale del FSN e dell'inflazione

2024 – 2027: nonostante l'incremento del FSN per il 2024, nella legge di bilancio non si intravede alcun rilancio progressivo del finanziamento pubblico.

Il mancato rilancio trova conferma nei documenti (DEF) del governo che mostrano come il rapporto spesa sanitaria/PIL continui con una progressiva riduzione.

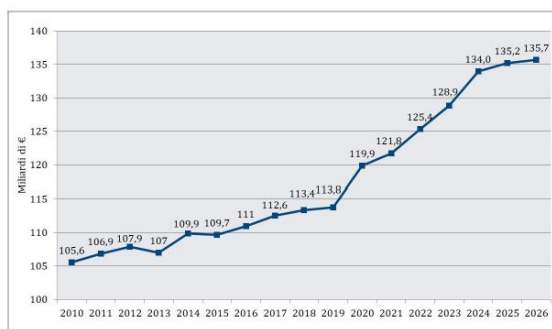


Figura 2.3. Fabbisogno Sanitario Nazionale: trend 2010-2026

	2023	2024	2025	2026	2027
Spesa sanitaria (milioni di €)	131.119	138.776	141.814	144.760	147.420
Spesa sanitaria (% PIL)	6,3%	6,4%	6,3%	6,3%	6,2%
Tasso di variazione in %	-0,4%	5,8%	2,2%	2,1%	1,8%

Tabella 2.5. DEF 2024: consuntivo 2023 e stime 2024-2027

Se nel periodo 2010-2015 il SSN si è fatto pesantemente carico della crisi finanziaria del Paese, la successiva ripresa economica non ha avuto un corrispondente positivo impatto sulla spesa sanitaria; l'incremento intervenuto era mirato alla gestione della pandemia e non al rafforzamento del SSN; se nelle fasi di crisi economica la spesa sanitaria è sempre stata usata come un "bancomat" perché più facile da "aggredire", nei periodi di crescita i benefici per il SSN non sono mai stati proporzionali.

Mentre si ribadisce l'impegno a "salvaguardare il livello di spesa per assicurare una crescita" i numeri mostrano una discesa del finanziamento passando al 6,2% del PIL.

CAPITOLO 3. LA SPESA SANITARIA

La spesa sanitaria si compone di due macro-categorie: spesa pubblica e spesa privata (intermediata da fondi sanitari, polizze assicurative, spesa *out-of-pocket* sostenuta direttamente dai cittadini). Questa situazione è coerente con l'impianto previsto dal DL 502/92 che ha implicitamente individuato tre pilastri su cui basa il sistema per garantire il diritto alla tutela della salute:

- 1) Sanità pubblica, basata sui principi di universalità, equità e solidarietà
- 2) La sanità collettiva integrata attraverso i fondi sanitari
- 3) La sanità individuale, attraverso polizze assicurative

Questo modello era basato su alcune assunzioni fondamentali: il finanziamento pubblico garantisce i LEA, la sanità collettiva integrativa copre le prestazioni extra-LEA e ogni cittadino può stipulare polizze assicurative individuali, oltre che acquistare direttamente beni e servizi sanitari, beneficiando di specifiche detrazioni fiscali.

La spesa sanitaria secondo ISTAT per il 2023 è pari a 176,15 miliardi di € di cui 130,3 di spesa pubblica, 45,9 di spesa privata (di cui 40,6 di spesa out of pocket pagata direttamente dalle famiglie e 5,3 di spesa intermediata, a sua volta divisa in 4 miliardi per assicurazioni sanitarie volontarie e il resto tra istituzioni senza scopo di lucro e imprese).

	2022	2023	Delta	Delta (%)
Totale spesa sanitaria	171.867	176.153	+4.286	+2,5%
Spesa pubblica	130.364	130.291	-73	-0,1%
Spesa privata	41.503	45.862	+4.359	+10,5%
Out-of-pocket	36.835	40.641	+3.806	+10,3%
Intermediata	4.668	5.221	+553	+11,8%

Tabella 3.1. Spesa sanitaria 2023 vs 2022 in milioni di euro (dati ISTAT-SHA)

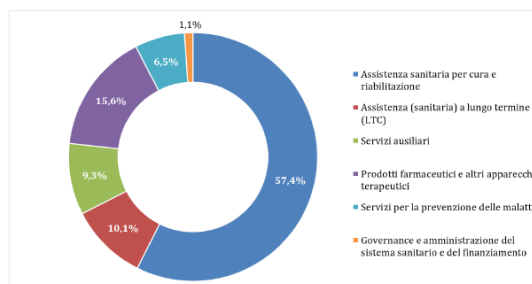


Figura 3.3. Spesa sanitaria pubblica per funzioni di assistenza sanitaria (dati ISTAT-SHA, anno 2023)

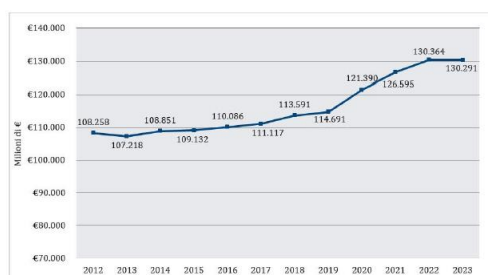


Figura 3.5. Trend spesa sanitaria pubblica 2012-2023 (dati ISTAT-SHA)

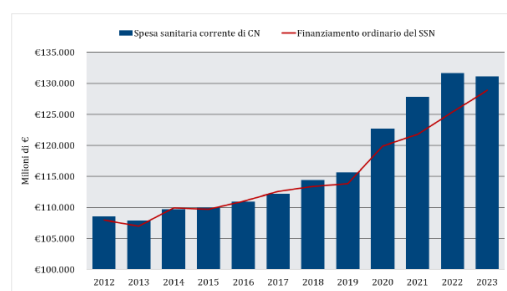


Figura 3.6. Trend spesa sanitaria corrente (dati ISTAT-CN) vs finanziamento ordinario del SSN 2012-2023 (elaborazione GIMBE)

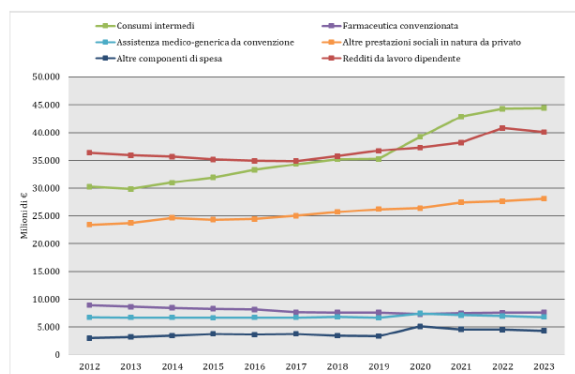


Figura 3.7. Trend aggregati di spesa sanitaria 2012-2023 in valore assoluto (dati ISTAT-CN)

Fonte	Metodi, aggregati e fonti	Categorie incluse	Stima
ISTAT SHA ^a	Spesa sanitaria privata della popolazione residente (spesa diretta delle famiglie + regimi di finanziamento volontari) stimata secondo il Sistema dei Conti per la Sanità (SHA 2011) ²⁵ , Classificazione: ICHA ⁶ . Fonti: ISTAT, Ministero della Salute, Banca d'Italia, Agenzia delle Entrate, AIFA.	Assicurazioni sanitarie volontarie (HF.2.1)	€ 3.988
		Istituzioni senza scopo di lucro (HF.2.2)	€ 445
		Imprese (HF.2.3)	€ 788
		Spesa delle famiglie (HF.3)	€ 40.641
		Totale	€ 45.862

Appare evidente il disinvestimento sul personale sanitario: la percentuale di spesa destinata al lavoro dipendente è passata dal 33,5% al 29,9% del 2021 per poi assestarsi al 30,6%. A crescere sono i costi per i consumi intermedi che salgono dal 27,9% al 33,8% della spesa.

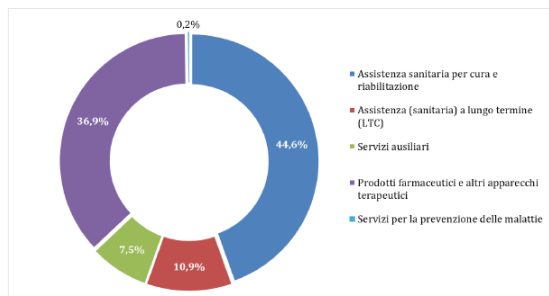


Figura 3.10. Spesa sanitaria delle famiglie per funzione di spesa (dati ISTAT-SHA, anno 2023)

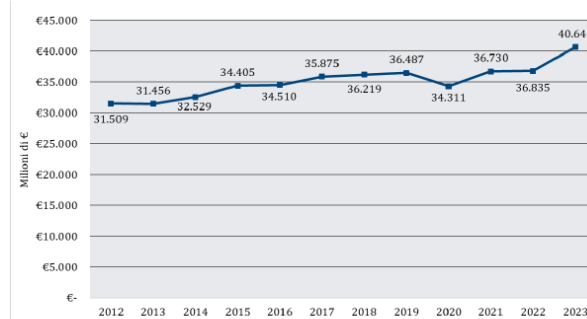


Figura 3.11. Trend spesa sanitaria privata 2012-2023 (dati ISTAT-SHA)

La spesa privata sostenuta dalle famiglie ha visto un incremento annuo dell'1,6% aumentando di 5,3 miliardi in 10 anni ma nel 2023 è esplosa con un incremento del 10,3% pari a 3,8 miliardi in più rispetto al 2022; l'incremento maggiore ha interessato la spesa per assistenza sanitaria per cura e riabilitazione (+2,7 miliardi) e quella per prodotti farmaceutici e apparecchi terapeutici (+2,5 miliardi).

Area geografica	2022	2023	Variazione	Variazione %
Nord	€ 1.473,12	€ 1.462,80	-€ 10,32	-0,7%
Centro	€ 1.397,52	€ 1.623,36	+€ 225,84	+16,2%
Sud	€ 1.175,16	€ 1.192,80	+€ 17,64	+1,5%
Italia	€ 1.362,24	€ 1.408,92	+€ 46,68	+3,4%

Tabella 3.5. Famiglie: spesa annuale per la salute (dati ISTAT sui consumi delle famiglie, 2022 e preliminari 2023)

La crescita più significativa ha interessato il centro Italia con oltre 200 € in più a famiglia.

Secondo gli ultimi dati ISTAT disponibili sul cambiamento delle abitudini di spesa, nel 2022 il 16,7% delle famiglie dichiara di aver limitato quantità e qualità della spesa in visite mediche e accertamenti periodici preventivi. La media è alzata dal mezzogiorno con quasi il 30%. Nel 2023 il 5,1% delle famiglie ha dichiarato di non avere risorse sufficienti per far fronte a spese relative alle malattie (quasi il 10% nel sud).

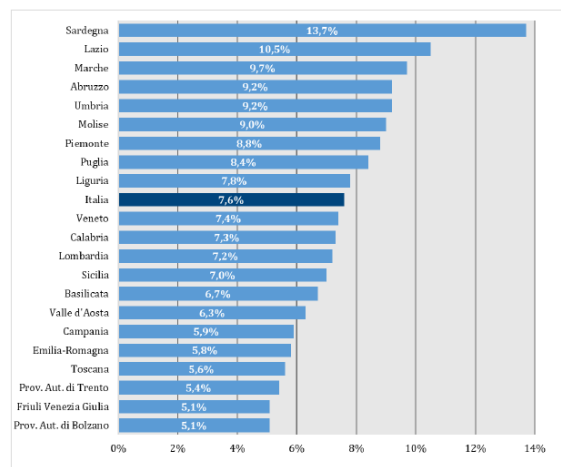


Figura 3.14. Famiglie che hanno rinunciato alle prestazioni sanitarie per Regione (dati provvisori ISTAT, anno 2023)

Regioni	2023	2022	Variazione (punti percentuali)
Lazio	10,5%	6,9%	+3,6
Molise	9,0%	5,6%	+3,4
Marche	9,7%	7,0%	+2,7
Liguria	7,8%	5,8%	+2,0
Abruzzo	9,2%	7,6%	+1,6
Sardegna	13,7%	12,3%	+1,4
Campania	5,9%	4,7%	+1,2
Umbria	9,2%	8,1%	+1,1
Veneto	7,4%	6,4%	+1,0
Puglia	8,4%	7,5%	+0,9
ITALIA	7,6%	7,0%	+0,6
Lombardia	7,2%	6,8%	+0,4
Prov. Aut. di Bolzano	5,1%	4,7%	+0,4
Calabria	7,3%	7,2%	+0,1
Valle d'Aosta	6,3%	6,4%	-0,1
Sicilia	7,0%	7,2%	-0,2
Prov. Aut. di Trento	5,4%	5,9%	-0,5
Emilia-Romagna	5,8%	6,4%	-0,6
Piemonte	8,8%	9,6%	-0,8
Basilicata	6,7%	7,5%	-0,8
Toscana	5,6%	6,8%	-1,2
Friuli Venezia Giulia	5,1%	7,7%	-2,6

Tabella 3.6. Famiglie che hanno rinunciato alle prestazioni sanitarie per Regione (dati ISTAT, provvisori anno 2023 vs 2022)

Spesa sanitaria intermedia: viene effettuata da terzi paganti che popolano un ecosistema complesso.

Box 3.2. L'ecosistema dei "terzi paganti"

Tipologia di soggetti

- Fondi sanitari
 - Tipo A (*doc*)
 - Tipo B (*non doc*)
 - Autoassicurati
 - Assicurati tramite una polizza collettiva
- Polizze assicurative (rami danni e vita)
 - Individuali
 - Collettive

Modalità di rimborso

- Diretto: il terzo pagante paga direttamente l'erogatore della prestazione e nulla è dovuto dall'iscritto/assicurato
- Indiretta: l'iscritto/assicurato paga l'erogatore e richiede al terzo pagante il rimborso (totale o parziale) secondo quanto previsto dal regolamento, statuto o contratto

Modelli di gestione (fondi sanitari)

- Fondo autogestito
- Fondo autogestito con servizi amministrativi esterni
- Fondo affidato in gestione ad una o più compagnie assicurative

Figura 3.16. Trend spesa sanitaria intermediata 2012-2023 (dati ISTAT-SHA)

Benchmark internazionali

Spesa sanitaria totale: osservata in dollari e in parità di potere di acquisto vede in Italia una spesa per cittadino di 4.832 \$, inferiore alla media OCSE (5.373\$) e EU (5.369 \$).

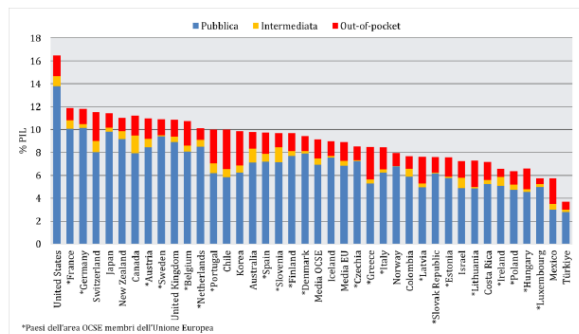


Figura 3.14. Spesa sanitaria nei paesi OCSE in percentuale del PIL (dati OCSE, anno 2023 o più recente disponibile)

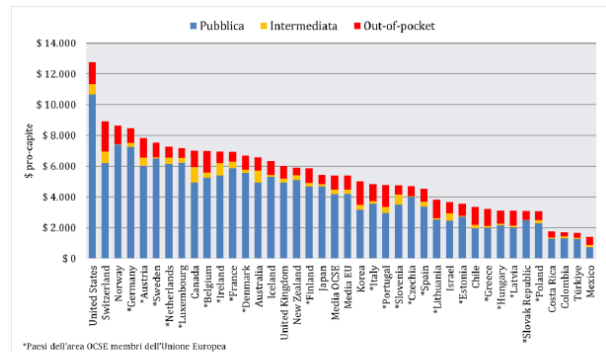


Figura 3.15. Spesa sanitaria nei paesi OCSE in \$ pro-capite (dati OCSE, anno 2023 o più recente disponibile)

Spesa pubblica

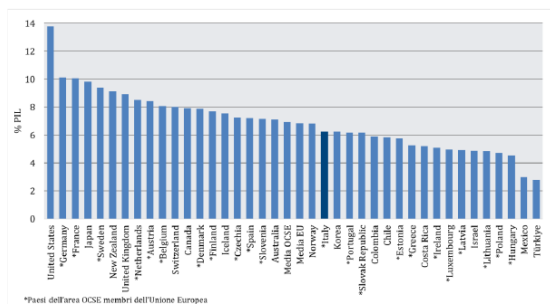


Figura 3.16. Spesa sanitaria pubblica nei paesi OCSE in percentuale del PIL (dati OCSE, anno 2022 o più recente disponibile)

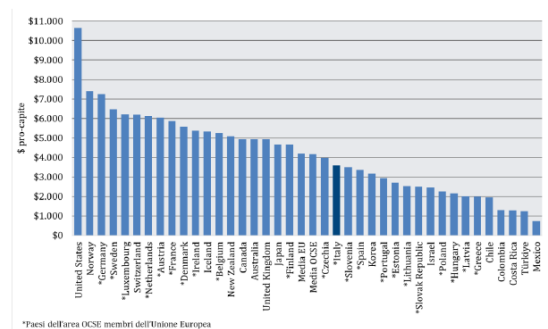


Figura 3.17. Spesa sanitaria pubblica pro-capite nei paesi OCSE (dati OCSE, anno 2023 o più recente disponibile)

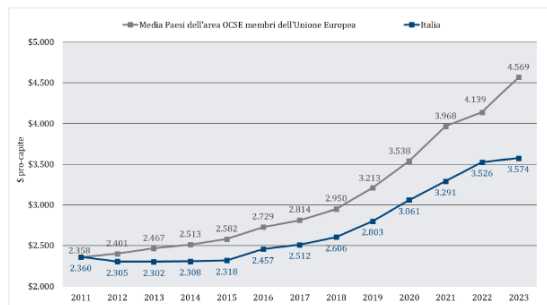


Figura 3.19. Trend spesa pubblica pro-capite 2008-2023: media paesi europei area OCSE vs Italia (dati OCSE)

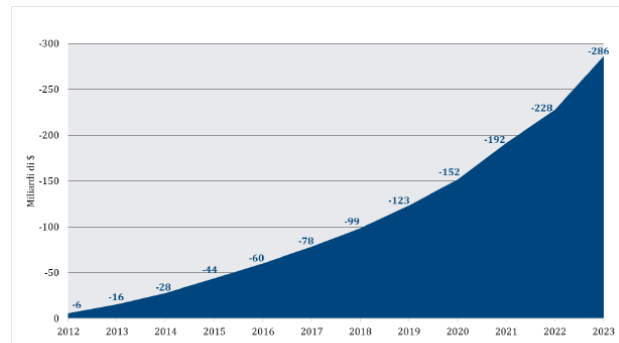


Figura 3.21. Gap cumulativo della spesa sanitaria pubblica totale 2011-2023 dell'Italia vs media dei paesi EU (elaborazione GIMBE su dati OCSE)

Spesa sanitaria privata

La spesa sanitaria privata pro-capite è stata pari a 1.258 \$, superiore alla media OCSE (1.199 \$) e a quella EU (1.170 \$). Di questa, quella out of pocket pro capite è di 1.115 \$ in Italia; superiore a OCSE (899 \$) e EU (902 \$).

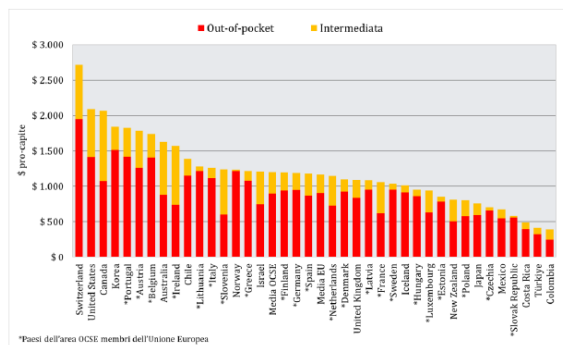


Figura 3.22. Spesa sanitaria privata totale pro-capite nei paesi OCSE (dati OCSE, anno 2023 o più recente disponibile)

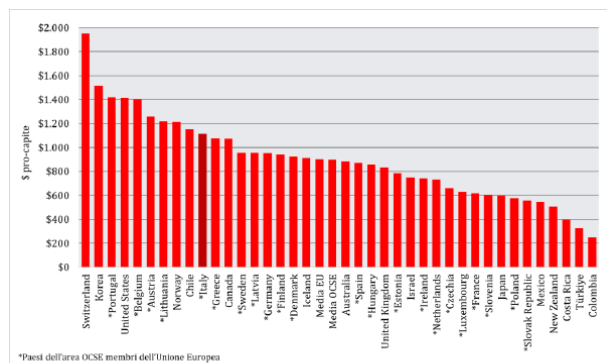


Figura 3.23. Spesa sanitaria out-of-pocket pro-capite nei paesi OCSE (dati OCSE, anno 2023 o più recente disponibile)

CAPITOLO 4. SPRECHI E INEFFICIENZA

Sei categorie di sprechi:

- 1) Sovra-utilizzo: prescrizione ed erogazione di interventi sanitari i cui potenziali rischi superano i benefici, i benefici sono minimi rispetto ai costi sostenuti oppure i benefici non sono noti
- 2) Sotto-utilizzo: costi generati dal peggioramento degli esiti di salute a causa del sotto utilizzo di interventi sanitari (preventivi, diagnostici, terapeutici...) dal valore elevato: efficaci, appropriati e dal costo adeguato rispetto alle alternative.
- 3) Inadeguato coordinamento dell'assistenza: scarsa integrazione
- 4) Acquisti a costi eccessivi: costi superiori al valore di mercato e con differenze regionali e locali
- 5) Inefficienze amministrative: processi non clinici che assorbono troppe risorse in relazione al valore generato
- 6) Frodi e abusi: risorse erose direttamente o indirettamente da fenomeni corruttivi e da comportamenti opportunistici condizionati da conflitti di interesse

CAPITOLO 5. I LEA

I livelli essenziali di assistenza sono le prestazioni e i servizi che il SSN è tenuto a fornire a tutti i cittadini, gratuitamente o dietro pagamento di una quota di compartecipazione (ticket) con le risorse pubbliche raccolte attraverso la fiscalità generale.

Il DPCM 12 gennaio 2017 sui nuovi LEA lascia invariati i 3 macro-livelli di assistenza.

- 1) Prevenzione collettiva e sanità pubblica. In particolare sorveglianza, prevenzione, controllo delle malattie infettive e parassitarie (incluse campagne vaccinali); tutela salute e sicurezza su luoghi di lavoro e su ambienti aperti, salute animale e igiene urbana veterinaria, sicurezza alimentare, promozione stili di vita sani e programmi di screening, attività medico-legali per finalità pubbliche.
- 2) Assistenza distrettuale. Assistenza sanitaria di base, emergenza sanitaria territoriale, assistenza farmaceutica, integrativa, specialistica ambulatoriale, protesica, termale, sociosanitaria domiciliare e territoriale, residenziale e semiresidenziale.
- 3) Assistenza ospedaliera. Pronto soccorso, ricovero ordinario per acuti, day surgery, day hospital, riabilitazione e lungodegenza, trasfusioni e trapianti di cellule, organi e tessuti, centri antiveleni.

I LEA dovrebbero essere integralmente coperti dalla spesa pubblica e da quella privata solo per i ticket.

L'intervento della politica ha puntato nel tempo esclusivamente ad aggiornare le prestazioni in relazione al progresso scientifico e tecnologico senza considerarne le implicazioni economiche, quelle professionali e sociali.

Una commissione nazionale persegue l'obiettivo di aggiornare continuamente i LEA proponendo l'esclusione di prestazioni, servizi o attività divenuti obsoleti e suggerendo l'inclusione di prestazioni innovative ed efficaci al fine di mantenere allineati i LEA all'evoluzione delle conoscenze scientifiche.

Criticità.

- 1) Da un lato il paniere delle prestazioni è stato ampliato sottostimando la copertura finanziaria, dall'altro non è stata prevista alcuna metodologia per inserire le prestazioni; di conseguenza, senza un metodo rigoroso per favorire il trasferimento delle migliori evidenze scientifiche nella definizione e aggiornamento dei LEA, incappiamo nello spreco di una quota consistente di denaro pubblico per l'erogazione di prestazione dal valore basso o addirittura negativo (prestazioni per le quali i rischi superano i benefici).
- 2) Nel DPCM 2017 i nomenclatori della specialistica ambulatoriale e della protesica sono stati pubblicati senza tariffe.
- 3) In assenza di copertura economica e di conseguente intesa tra Governo e Regioni il Decreto Tariffe è stato pubblicato dopo oltre 6 anni e mezzo compromettendo l'esigibilità dei nuovi LEA e introducendo un ulteriore elemento di disuguaglianza (nuovi LEA solo per regioni che non hanno in essere un piano di rientro).
- 4) Nonostante il decreto tariffe di agosto 2023 le disposizioni entreranno in vigore dal 1 gennaio 2025 sia per la specialistica ambulatoriale che per l'assistenza protesica.

Griglia LEA (34 indicatori ripartiti)

Regione	Adempimento cumulativo 2010-2019 (%)	Totale punti ottenuti 2010-2019
Emilia-Romagna	93,4%	2.101
Toscana	91,3%	2.055
Veneto	89,1%	2.005
Piemonte	87,6%	1.970
Lombardia	87,4%	1.966
Umbria	85,9%	1.932
Marche	84,1%	1.893
Liguria	82,8%	1.862
Friuli Venezia Giulia*	81,5%	1.833
Prov. Aut. di Trento*	78,8%	1.773
Abruzzo	76,6%	1.724
Basilicata	76,4%	1.718
Lazio	75,1%	1.689
Sicilia	69,6%	1.567
Molise	68,0%	1.530
Puglia	67,5%	1.518
Valle d'Aosta*	63,8%	1.436
Calabria	59,9%	1.347
Campania	58,2%	1.309
Prov. Aut. di Bolzano*	57,6%	1.296
Sardegna*	56,3%	1.267

*Friuli Venezia Giulia, Valle d'Aosta, Sardegna e le Province autonome di Trento e Bolzano non sono sottoposte a verifica degli adempimenti LEA.

Quartili delle percentuali di adempimento	93,4 - 86,0	85,9 - 76,7	76,6 - 67,6	67,5 - 56,3
---	-------------	-------------	-------------	-------------

Tabella 5.2. Griglia LEA: percentuale di adempimento cumulativo 2010-2019 e totale dei punti ottenuti (dati Mds)

Regione	Area Prevenzione	Area Distrettuale	Area Ospedaliera	Media (±DS)
Emilia-Romagna	1	3	2	2 (±0,8)
Veneto	3	2	4	3 (±0,8)
Toscana	6	1	3	3 (±2,1)
Prov. Aut. di Trento	2	10	1	4 (±4,0)
Lombardia	4	4	7	5 (±1,4)
Piemonte	5	7	6	6 (±0,8)
Umbria	7	8	8	8 (±0,5)
Marche	14	5	5	8 (±4,2)
Lazio	9	12	9	10 (±1,4)
Puglia	8	13	10	10 (±2,1)
Liguria	13	6	13	11 (±3,3)
Friuli Venezia Giulia	10	11	14	12 (±1,7)
Basilicata	12	15	12	13 (±1,4)
Prov. Aut. di Bolzano	15	9	15	13 (±2,8)
Abruzzo	17	14	16	16 (±1,2)
Campania	11	18	18	16 (±3,3)
Sicilia	19	17	11	16 (±3,4)
Molise	16	16	19	17 (±1,4)
Sardegna	20	19	17	19 (±1,2)
Valle d'Aosta	18	20	21	20 (±1,2)
Calabria	21	21	20	21 (±0,5)

Tabella 5.7. Nuovo Sistema di Garanzia 2022: posizioni delle Regioni in classifica nelle tre aree

Dal 2020 la griglia LEA è stata sostituita dal sottoinsieme di indicatori CORE del nuovo sistema di garanzia che permette di misurare secondo equità, efficacia e appropriatezza delle prestazioni che rientrano nei LEA e che vengono erogate dalle regioni.

88 indicatori relativi a macro livelli di assistenza (prevenzione collettiva e sanità pubblica, assistenza distrettuale, assistenza ospedaliera); contesto per la stima del bisogno sanitario, equità sociale, monitoraggio e valutazione dei percorsi diagnostico terapeutici assistenziali relativi a patologie specifiche.

CAPITOLO 6. AUTONOMIA DIFFERENZIATA

Criticità.

- 1) Non si entra in alcun modo nel merito delle motivazioni sulla base delle quali le regioni possono richiedere maggiori autonomie sulle 23 materie.
- 2) I negoziati saranno condotti tra Presidente Consiglio e gli esecutivi delle regioni. Le intese possono essere solo approvate dalle camere senza poter discutere o emendare.
- 3) I LEP saranno definiti con decreti legislativi ma – nel mentre – determinati attraverso DPCM da apposita commissione tecnica le cui deliberazioni potranno essere impugnate solo davanti al TAR e non alla Corte Costituzionale.
- 4) Il trasferimento delle materie oggetto di LEP alle regioni potrà essere effettuato ancora prima di una definizione del loro finanziamento. Le differenze territoriali ne usciranno ampliate anche alla luce della trattenuta delle risorse da parte delle regioni che hanno residuo fiscale.
- 5) Si inserisce modifica in contesto caratterizzato da grave crisi sostenibilità generale e da enormi disuguaglianze territoriali in termini di adempimento LEA.

Non è ammissibile violare il principio costituzionale di uguaglianza dei cittadini nell'esercizio del diritto alla tutela della salute ma questo è quanto dobbiamo aspettarci in quanto:

- 1) Il SSN attraversa una gravissima crisi di sostenibilità costringendo a tagli di servizi anche le regioni virtuose del NORD; ad oggi non si intravedono risorse in grado di intravedere il rilancio sanitario e l'autonomia differenziata impedirebbe di poter redistribuire il gettito fiscale per sopperire alle disuguaglianze
- 2) Il comitato di definizione dei livelli essenziali delle prestazioni (CLEP) non ha ritenuto necessario assolvere il compito per quanto riguarda la tutela della salute esistendo già i LEA ai quali però non corrisponde il fabbisogno finanziario. Infatti il riparto del FSN è indipendente dal raggiungimento dei LEA e avviene in base alla popolazione residente, in parte pesata per l'età = una pericolosa scorciatoia.
- 3) Il gap tra nord e sud configura ormai una frattura strutturale; ai residenti del SUD non sono garantiti nemmeno i LEA alimentando il fenomeno della mobilità sanitaria

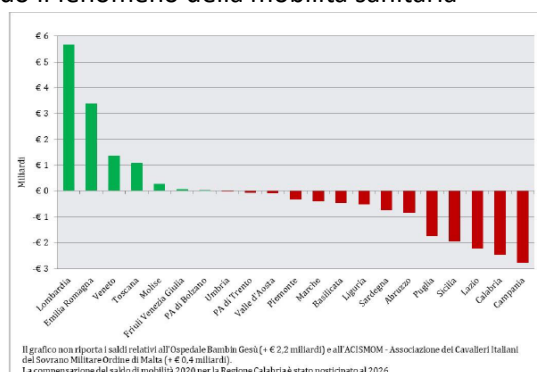


Figura 5.10. Saldi mobilità interregionale 2012-2021 (riparto FSN 2014-2023)

- 4) Maggiore autonomia per regioni che hanno residuo fiscale porterà a concorrenza esterna e fuga di professionisti da regioni più povere impoverendo ulteriormente il capitale umano delle regioni in difficoltà
- 5) Ulteriore crollo del SSN in meridione rischia di trasformarsi in boomerang portando a maggiore mobilità sanitaria verso le regioni del nord e incapacità ricettiva da parte di queste ultime
- 6) Paralisi nella riorganizzazione dei servizi visto che tutte le regioni del mezzogiorno si trovano in piano di rientro con Calabria e Molise addirittura commissariate
- 7) Il PNRR persegue il riequilibrio territoriale e il rilancio del SUD come priorità trasversale; in questo caso si persegue obiettivo diverso andando a bloccare ogni possibile convergenza.

CAPITOLO 7. PERSONALE SANITARIO

Macro-categoria	N°
Personale non dirigente	548.283
Dirigenti sanitari*	127.663
Dirigenti Professionali, Tecnici e Amministrativi	5.040
Altro personale	869
Totale	681.855
*Medici, odontoiatri, veterinari	

Tabella 7.1. **Personale dipendente per macro-categoria** (dati RGS, anno 2022)

Categoria professionale	N°
Personale infermieristico	283.939
Profili ruolo tecnico	126.695
Medici	107.772
Profili ruolo amministrativo	65.330
Personale tecnico sanitario	38.289
Personale funzioni riabilitative	21.286
Personale vigilanza e ispezione	10.809
Psicologi	5.306
Veterinari	4.980
Biologi	4.277
Farmacisti	3.291
Dir. ruolo amministrativo	2.637
Profili ruolo ricerca sanitaria	1.649
Dir. ruolo professionale	1.446
Dir. ruolo tecnico	957
Fisici	811
Direttori generali	788
Dirigenti professioni sanitarie	703
Chimici	376
Profili ruolo professionale	286
Odontoiatri	147
Personale contrattista	81
Totale	681.855

Tabella 7.3. **Personale dipendente per categoria professionale** (dati RGS, anno 2022)

Tipologia Istituzione	N°
Aziende Sanitarie	615.978
Istituti di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico	31.804
Policlinici Universitari	15.243
Agenzie per la Protezione dell'Ambiente	8.226
Istituti Zooprofilattici Sperimentali	3.766
Ex IPAB*	3.376
Altri Enti	1.725
Altri Enti regionali	1.411
Consorzi, associazioni, comprensori	184
Agenzie	142
Totale	681.855
*Istituzioni Pubbliche di Assistenza e Beneficenza	

Tabella 7.2. **Personale dipendente per tipologia di istituzione** (dati RGS, anno 2022)

Regione	Personale
Lombardia	104.495
Emilia-Romagna	67.949
Veneto	63.292
Piemonte	55.136
Toscana	54.976
Lazio	48.502
Campania	47.404
Sicilia	43.262
Puglia	38.892
Liguria	23.825
Sardegna	21.084
Friuli Venezia Giulia	20.609
Marche	19.700
Calabria	17.841
Abruzzo	14.400
Umbria	11.787
Prov. Aut. di Bolzano	8.991
Prov. Aut. di Trento	8.326
Basilicata	6.452
Molise	2.794
Valle D'Aosta	2.138

Tabella 7.4. **Personale dipendente per Regione** (dati RGS, anno 2022)

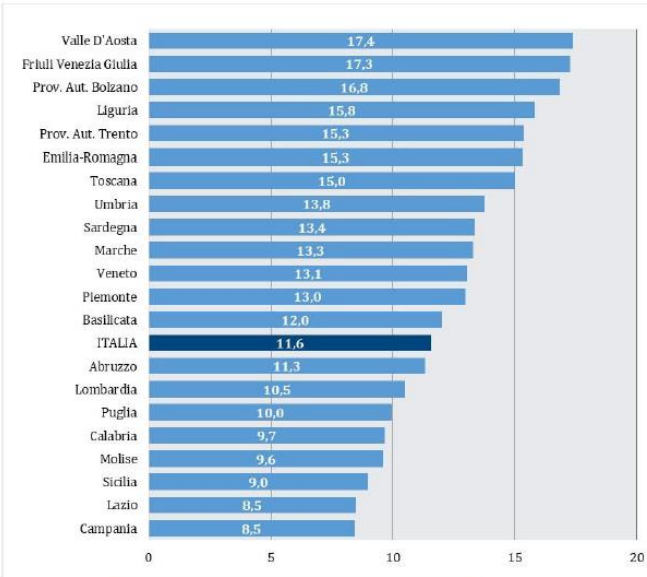


Figura 7.1. **Personale dipendente per 1.000 abitanti per Regione** (dati RGS, anno 2022)

Cod.	Struttura	Totale	Dipendenti SSN	Dipendenti strutture equiparate	Universitari	Alt. rapp. di lav.
S1	Aziende sanitarie locali (ASL)	412.163	411.673	-	490	-
A	Strutture di ricovero pubbliche ed equiparate					
A.1	Aziende Ospedaliere	141.689	140.421	-	1.268	-
A.2	Ospedali a gestione diretta delle ASL*	-	-	-	-	-
A.3	Aziende Ospedaliere-Universitarie (AOU) e policlinici universitari privati					
A.3.1	AOU integrate con il SSN	22.479	17.336	-	5.143	-
A.3.2	AO integrate con l'Università	57.790	55.852	-	1.938	-
A.3.3	Policlinici universitari privati	6.240	-	6.044	-	19
A.4	Strutture di ricovero equiparate alle pubbliche					
A.4.1.1	IRCCS ^b privati	32.109	-	26.769	-	5.340
A.4.1.2	IRCCS ^b pubblici	32.155	-	31.521	-	634
A.4.2	Ospedali classificati	16.020	-	14.446	-	1.574
A.4.3	Istituti qualificati presidi delle ASL	5.428	-	4.647	-	781
A.4.4	Enti di ricerca	1.096	-	1.025	-	71
Totale		727.169	625.282	84.452	8.839	8.514

*Le 249.357 unità di personale sono ricomprese nella voce S1 "Aziende sanitarie locali"

^bIstituti di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico

Tabella 7.5. **Unità di personale secondo la classificazione del Ministero della Salute (anno 2022)**

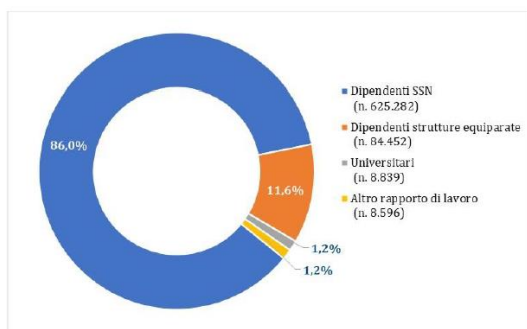


Figura 7.2. Unità di personale secondo la classificazione del Ministero della Salute (anno 2022)

ISTAT

Professione	N°
Medici	249.869
Medici specialisti ^a	202.616
Medici generalisti	47.253
Medici di medicina generale (MMG)	39.366
Altri medici generalisti (esclusi MMG)	7.887
Odontoiatri	52.559
Ostetriche	17.863
Professioni infermieristiche	384.882
Farmacisti	80.018
^a Di cui 6.962 PLS	

Tabella 7.6. Personale in attività nel sistema sanitario pubblico e privato per professione e specialità (dati ISTAT, anno 2022)

Medici	OCSE	MdS	RGS	ISTAT	SISAC	AIOP
Medici specialisti ^{a,b}	202.616	-	-	202.616	-	-
Medici di Medicina Generale (MMG)	39.366	-	-	39.366	37.860	-
Altri medici generalisti	7.887	-	-	7.887	-	-
Dipendenti con CCNL sanità	-	-	107.772	-	-	-
Dipendenti del SSN	-	101.827	-	-	-	-
Dipendenti delle strutture equiparate al SSN	-	22.469	-	-	-	-
Specialisti convenzionati con il SSN	-	-	-	-	14.197	-
Pediatrati di libera scelta (PLS) ^b	-	-	-	-	6.681	-
Dipendenti strutture associate AIOP	-	-	-	-	-	4.878
Personale non dipendente strutture associate AIOP	-	-	-	-	-	7.517
TOTALE	249.869	124.296	107.772	249.869	58.738	12.395

^aI medici iscritti alle scuole di specializzazione sono inclusi tra gli specialisti
^b6.962 PLS sono inclusi da OCSE e ISTAT tra i Medici specialisti

Tabella 7.7. Medici: confronto tra le fonti analizzate (anno 2022)

Infermieri	OCSE	MdS	RGS	ISTAT	AIOP
Infermieri	384.882	-	-	384.882	-
Dipendenti con CCNL sanità	-	-	283.939	-	-
Dipendenti del SSN	-	268.013	-	-	-
Dipendenti delle strutture equiparate al SSN	-	34.828	-	-	-
Dipendenti di strutture associate AIOP	-	-	-	-	21.422
Personale non dipendente strutture associate AIOP ^a	-	-	-	-	4.951
TOTALE	384.882	302.841	283.939	384.882	26.373

^aIl dato include tutto il personale non medico

Tabella 7.8. Infermieri: confronto tra le fonti analizzate (anno 2022)

Emerge gap importante tra numero medici riportato dall'OCSE (249.869) e la reale forza lavoro del SSN (195.429): medici dipendenti, convenzionati che lavorano nelle strutture private accreditate. La differenza di 54.440 medici (21,8%) è da ascrivere preventivamente a medici iscritti a scuole di specializzazione; gli altri sono giovani medici non ancora iscritti alle scuole di specializzazione e liberi professionisti: privato non convenzionato, cooperative, studi individuali, altro.

Relativamente agli infermieri, il gap tra dato OCSE (384.882) e i dipendenti del SSN e delle strutture private convenzionate (324.263) è superiore in valore assoluto (60.619) ma percentualmente inferiore (15,8% del totale).

PERSONALE DIPENDENTE

Il personale dipendente ammonta a 727.169 unità.

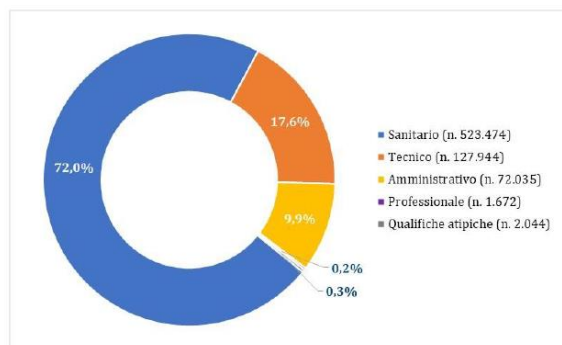


Figura 7.4. Personale dipendente per ruolo (dati MdS, anno 2022)

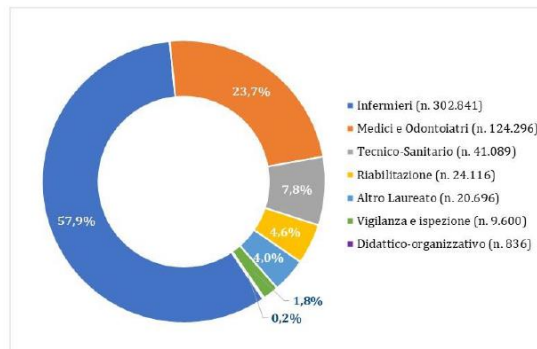


Figura 7.5. Personale dipendente per ruolo sanitario (dati MdS, anno 2022)

Dal 2012 al 2016 la sanità ha registrato un calo costante di personale, perdendo quasi 25mila addetti per poi stabilizzarsi poco al di sotto dei 650mila dipendenti. Una dinamica che riflette le misure di contenimento della spesa di personale che si sono succedute a partire dal triennio 2005-2007. Tra il 2019 e il 2022 si osserva aumento occupati conseguentemente a una nuova disciplina di assunzione legata a decreti per emergenza COVID che hanno previsto misure straordinarie di reclutamento.

Medici

Secondo il ministero della salute nel 2022 sono complessivamente 124.296 i medici che lavorano nelle strutture sanitarie 101.827 dipendenti del SSN e 22.469 dipendenti di strutture equiparate; media nazionale di 2,11 medici per 1.000 abitanti

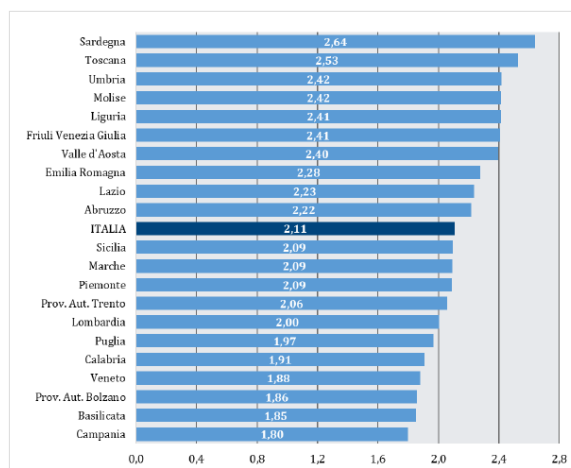


Figura 7.7. Medici dipendenti per 1.000 abitanti per Regione (dati MdS, anno 2022)

Infermieri

Sono complessivamente 302.841 gli infermieri che lavorano nelle strutture sanitarie. 268.013 dipendenti del SSN e 34.828 dipendenti strutture equiparate. La media è di 5,13 ogni 1.000 abitanti.

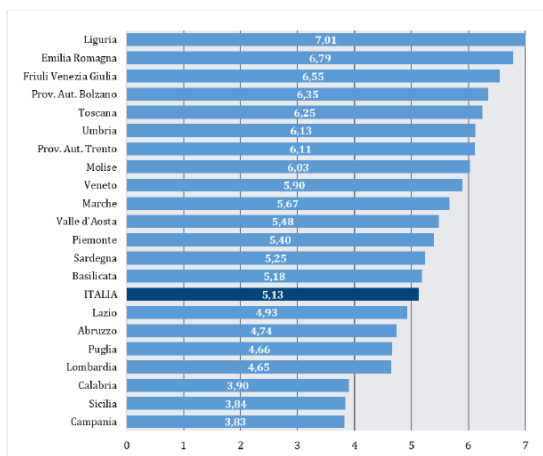


Figura 7.8. Infermieri dipendenti per 1.000 abitanti per Regione (dati Mds, anno 2022)

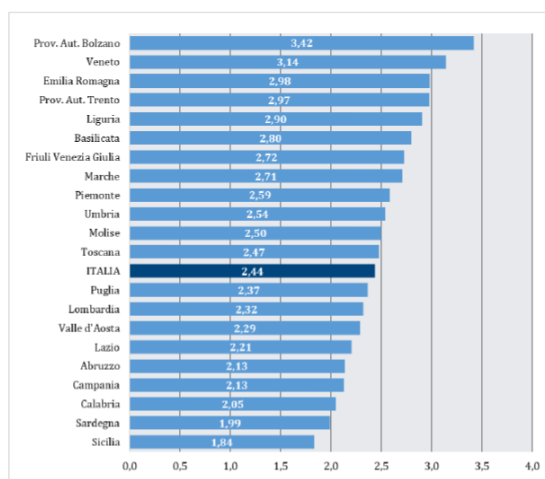


Figura 7.9. Rapporto infermieri/medici dipendenti per Regione (dati Mds, anno 2022)

Confronti internazionali

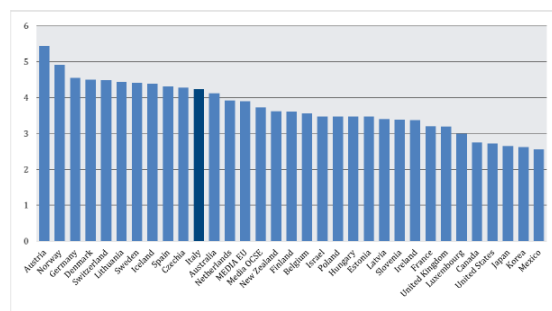


Figura 7.10. Medici per 1.000 abitanti (dati OCSE, anno 2022 o più recente disponibile)

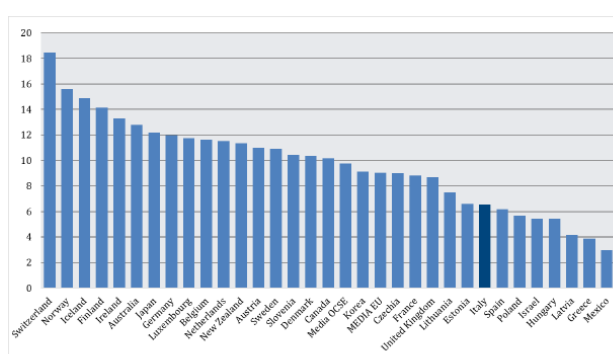


Figura 7.11. Infermieri per 1.000 abitanti (dati OCSE, anno 2022 o più recente disponibile)

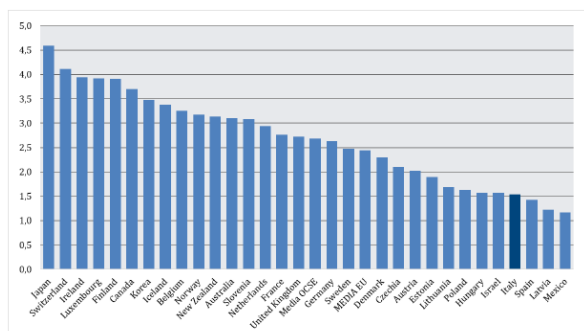


Figura 7.12. Rapporto infermieri/medici anno 2022 (o più recente disponibile)

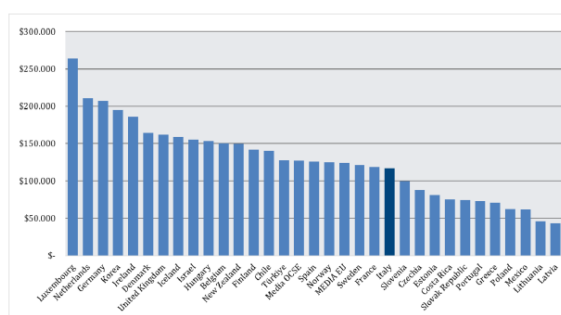


Figura 7.13. Retribuzione dei medici specialisti in \$ a parità di potere di acquisto per consumi privati (dati OCSE, anno 2022 o più recente disponibile)

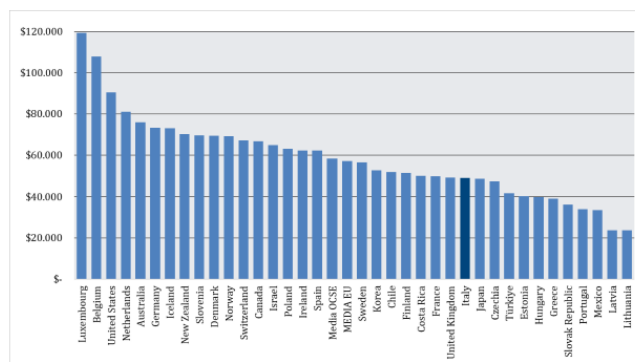


Figura 7.14. Retribuzione degli infermieri dipendenti ospedalieri in \$ a parità di potere di acquisto per consumi privati (dati OCSE, anno 2022 o più recente disponibile)

MMG: ogni persona iscritta al SSN ha diritto a un medico di medicina generale – c.d. medico di famiglia – attraverso il quale può accedere a tutti i servizi e prestazioni inclusi nei livelli essenziali di assistenza (LEA). Il MMG non è un dipendente del SSN ma opera in convenzione con l'ASL: il suo rapporto di lavoro è regolamentato dall'accordo collettivo nazionale (ACN), dagli Accordi Integrativi Regionali e dagli Accordi Attuativi Aziendali a livello di singole ASL.

La carenza dei MMG riguarda oggi tutte le regioni e riconosce ragioni diverse: mancata programmazione, pensionamenti anticipati, numeri esorbitanti di assistiti per singolo medico e desertificazione nelle aree disagiate. Questi fattori rendono spesso impossibile trovare un MMG nei pressi del proprio domicilio con conseguenti disagi.

Criticità

- 1) Massimale di assistiti. Numero massimo fissato in 1.500, in casi particolari incrementato fino a 1.800 in alcuni casi derogato. Nel 2022: su 39.366 MMG il 47,6% ha più di 1.500 assistiti; il 33% tra 1.001 e 1.500; il 12,1% da 501 a 1.000; il 7,2% meno.

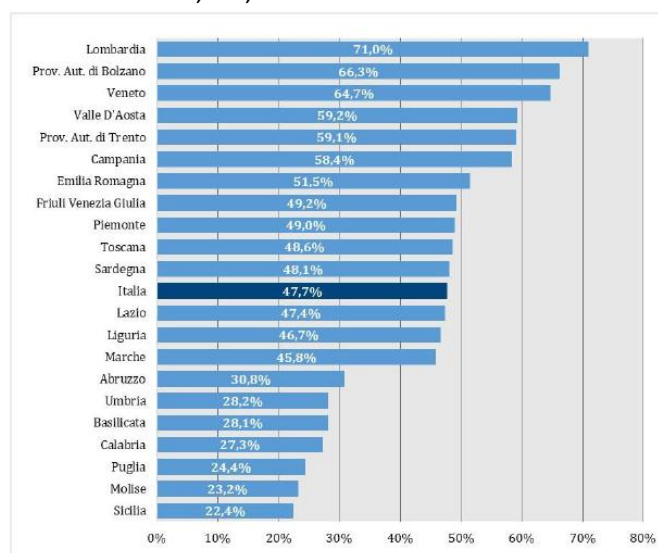


Figura 7.18. MMG con oltre 1.500 assistiti: percentuale sul totale (dati MdS, anno 2022)

- 2) Ambiti territoriali carenti. I nuovi MMG inseriti previa identificazione da parte della regione nelle zone carenti.
- 3) Pensionamenti. Tra il 2023 e il 2026 sono 11.439 gli MMG che hanno compiuto/compiranno 70 anni raggiungendo l'età massima per la pensione, deroghe a parte.
- 4) Nuovi MMG. Il numero di borse di studio sono aumentate fino ad arrivare dalle 1.000 borse annue alle 4.500 circa del 2021 per poi ridiscendere.

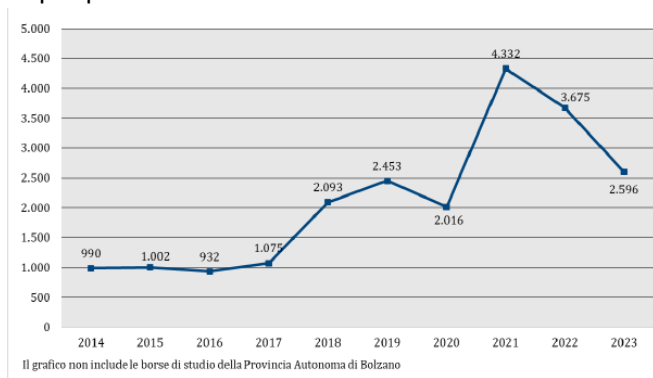


Figura 7.19. Numero di borse di studio ministeriali per il Corso di Formazione Specifica in Medicina Generale

Stima carenza medici

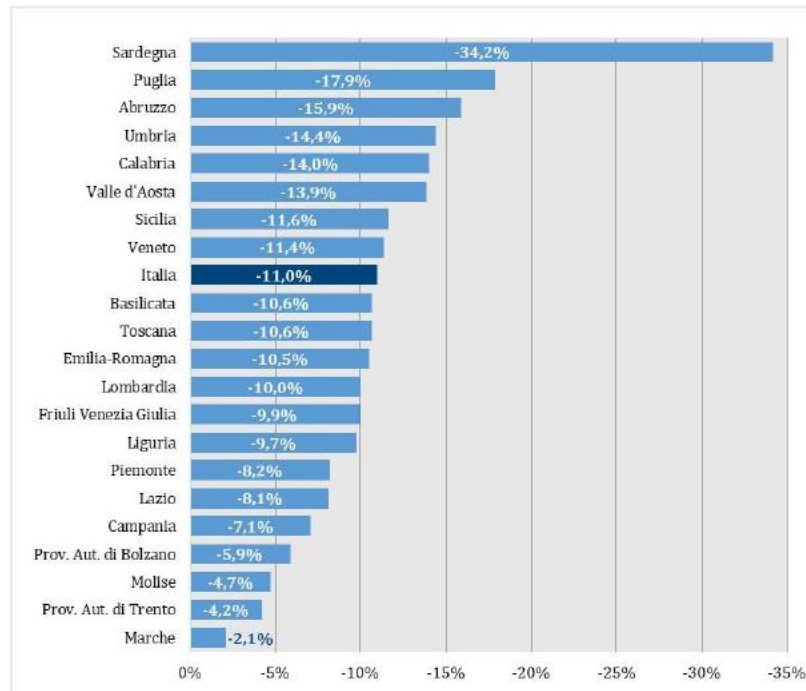


Figura 7.20. Riduzione percentuale del numero di MMG nel 2022 rispetto al 2019 (elaborazione GIMBE su dati SISAC)

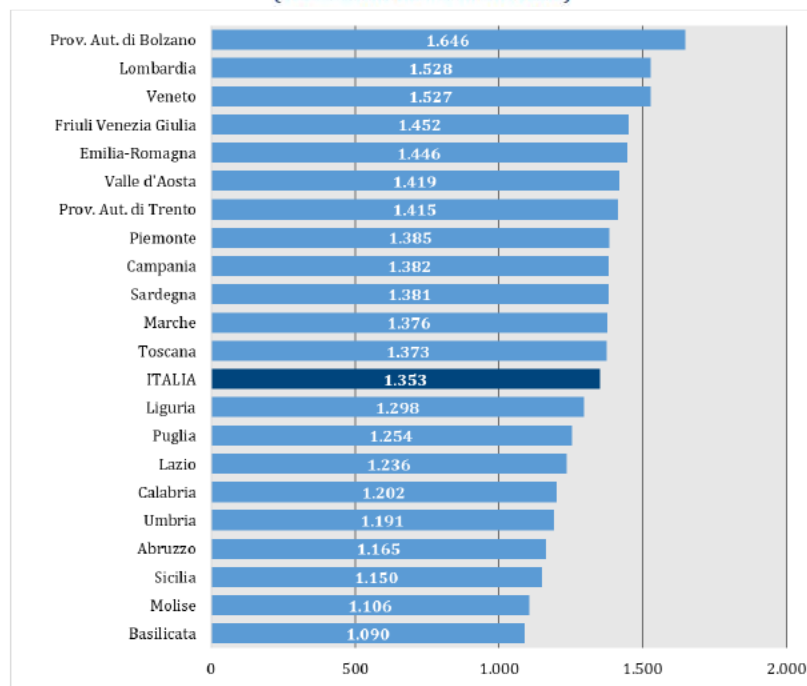


Figura 7.22. Numero medio di assistiti per MMG al 1° gennaio 2023 (elaborazione GIMBE su dati SISAC)

Pediatri di libera scelta: sono i medici preposti alla tutela della salute di bambini e ragazzi tra gli 0 e i 14 anni. Ad ogni bambino, sin dalla nascita, deve essere assegnato un PLS per accedere ai servizi e alle prestazioni inclusi nei LEA e garantiti dal SSN.

Le stime sulle carenze dei PLS sono state effettuate a livello regionale perché la loro necessità viene definita dalle ASL in base agli ambiti territoriali carenti. Le stime sul ricambio generazionale sono ostacolate dall'incertezza su quanti nuovi specialisti in pediatria sceglieranno la carriera di PLS.

Criticità.

- 1) Fasce di età. Fino al 6° anno di età i bambini devono essere assistiti per legge da un PLS mentre dai 6 ai 13 i genitori possono scegliere tra PLS e MMG. Al compimento dei 14 anni la revoca del PLS avviene in maniera automatica (tranne per pazienti con documentate patologie che possono ottenere proroga fino al 16° anno).
- 2) Massimale di assistiti. Numero massimo fissato a 880 con deroga nazionale a 1.000. Il 73% supera il numero soglia.

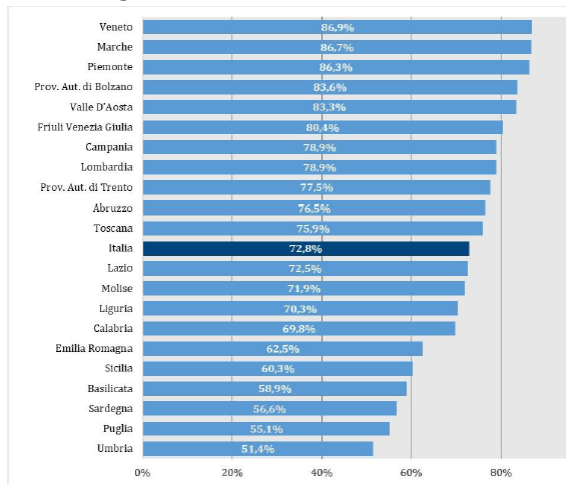


Figura 7.27. PLS con oltre 800 assistiti: percentuale sul totale (dati Mds, anno 2022)

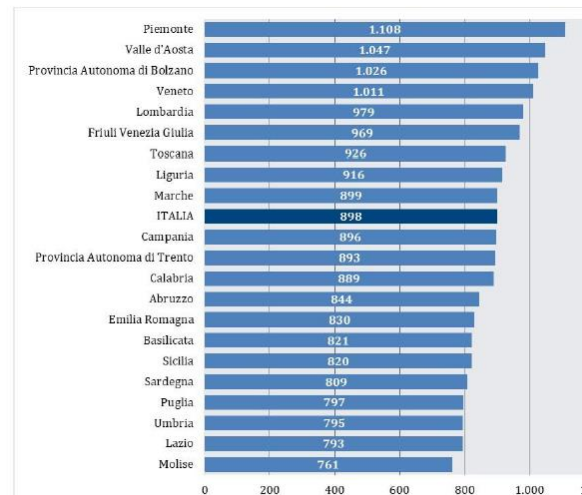


Figura 7.31. Numero medio di assistiti per PLS al 1° gennaio 2023 (elaborazione GIMBE su dati Mds)

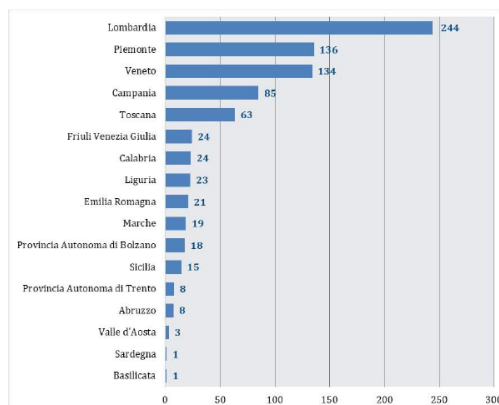


Figura 7.32. Stima del numero PLS mancanti al 1° gennaio 2023 (elaborazione GIMBE su dati SI)

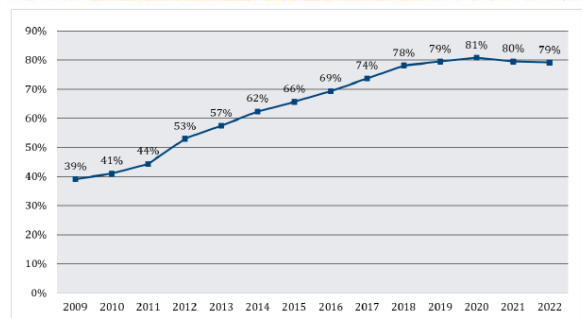


Figura 7.29. PLS con oltre 23 anni di specializzazione (percentuale sul totale) per anno (dati Mds)

- 3) Pensionamenti. 1738 PLS avranno 70 anni tra il 2023 e il 2026 raggiungendo l'età massima per la pensione (deroghe a parte).
- 4) Nuovi pediatri. Numero borse di studio aumentate dalle 286 del 2010 alle 885 del 2023
- 5) Invecchiamento

CAPITOLO 8. MISSIONE SALUTE PNRR

Il PNRR si articola in 16 componenti raggruppate in 6 missioni. 191,5 miliardi tra sovvenzioni e prestiti di cui l'8,16%, pari a 15,63 miliardi, destinato alla missione 6 "salute" a cui si aggiungono altre risorse per un totale di 20,9 miliardi di €.

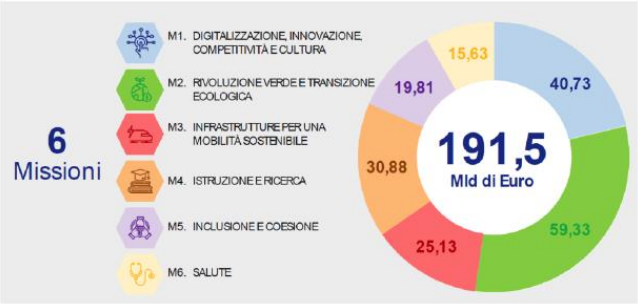


Figura 8.1. Missioni e risorse del PNRR209

Investimento	Miliardi
Missione Salute	€ 15,63
Componente 1	€ 7,75
Componente 2	€ 7,87
Piano Nazionale per gli investimenti Complementari (PNC)	€ 2,89
Programma "Salute, ambiente, biodiversità e clima" ^a	€ 0,50
Programma "Verso un nuovo ospedale sicuro e sostenibile" ^a	€ 1,45
Ecosistema innovativo della salute ^a	€ 0,44
Ricerca per tecnologie e percorsi innovativi in ambito sanitario e assistenziale ^b	€ 0,50
Recovery Assistance for Cohesion and the Territories of Europe (REACT-EU)	€ 1,71
Spese straordinarie relative all'assunzione a tempo determinato di personale sanitario impegnato nel contrasto della pandemia	€ 1,10
Acquisto di vaccini anti SARS-CoV-2 e di farmaci per la cura dei pazienti con COVID-19	€ 0,40
Aumento dei contratti di formazione dei medici specializzandi	€ 0,21
Programma Nazionale Equità nella Salute destinato a potenziare la salute in sette Regioni del Mezzogiorno	€ 0,63
TOTALE	€ 20,90

^aMinistero della Salute - ^bMinistero dell'Università e della Ricerca

Tabella 8.1. Risorse del PNRR e altri finanziamenti nazionali ed europei

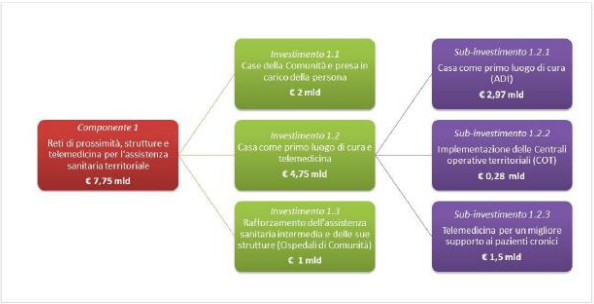


Figura 8.2. Missione Salute: investimenti e sub-investimenti della Componente 1



Figura 8.3. Missione Salute: investimenti e sub-investimenti della Componente 2a

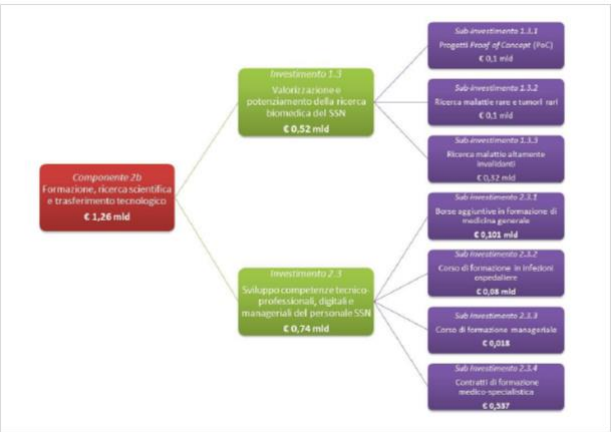


Figura 8.4. Missione 6: investimenti e sub-investimenti della Componente 2b

Piano di rimodulazione: intervenuto durante l'evoluzione del PNRR ha comportato:

- Riduzione delle case della comunità (-312), centrali operative territoriali (-120) ospedali di comunità (-93) interventi di antisismica (-25).
- Riduzione dei posti letto in terapia intensiva (-808) e semi intensiva (-995)

- Aumento degli over 65 da prendere in carico in assistenza domiciliare (da 800mila a 842mila) e dei pazienti assistiti in telemedicina (da 200mila a 300mila)

Investimento	Target originale	Nuovo target	Differenza	Note sulle risorse economiche
Case della Comunità	1.350	1.038	-312	Uso di risorse alternative*
Centrali Operative Territoriali	600	480	-120	Uso di risorse alternative*
Ospedali di Comunità	400	307	-93	Uso di risorse alternative*
Over 65 in assistenza domiciliare	800.000	842.000	+42.000	Aumento della dotazione finanziaria di € 250 milioni
Pazienti assistiti in telemedicina	200.000	300.000	+100.000	Aumento della dotazione finanziaria di € 500 milioni
Posti terapia intensiva	3.500	2.692	-808	Nessun riferimento a risorse alternative per realizzare i posti letto espuntif
Posti terapia sub-intensiva	4.225 ^b	3.230	-995	
Interventi antisismica	109	84	-25	Riduzione della dotazione di € 750 milioni Uso di risorse alternative*

*Per garantire la realizzazione di tutte le strutture e di tutti gli interventi inizialmente programmati, è previsto l'utilizzo di fondi alternativi quali le risorse da Accordo di Programma ex art. 20 L. 67/1988 ed eventuali risorse alternative, nonché le risorse addizionali del Fondo Opere Indifferibili, istituito per fronteggiare l'eccezionale aumento dei costi dei materiali da costruzione negli appalti pubblici e risorse derivanti dai bilanci regionali/provinciali.
^bTarget originale riportato nella prima versione del PNRR. La rimodulazione riporta, invece, il numero di 4.200.
^cRisorse assegnate dal DL 34/2020

Tabella 8.6. **Missione 6: rimodulazione delle strutture/interventi**

Avanzamento

Missione	Importo assegnato* (A)	Misure attivate* (B)	Misure attivate/Importo assegnato (A/B)	Spesa PNRR sostenuta* (C)	Percentuale spesa su misure attivate (C/B)
M1	€ 41,34	€ 37,49	91%	€ 18,33	49%
M2	€ 55,53	€ 49,65	89%	€ 16,48	33%
M3	€ 23,74	€ 23,12	99%	€ 6,61	29%
M4	€ 30,08	€ 25,58	84%	€ 6,73	26%
M5	€ 16,92	€ 14,17	84%	€ 1,39	10%
M6	€ 15,63	€ 14,78	95%	€ 1,82	12%
M7	€ 11,18	€ 0,00	0%	€ 0,00	0%
Italia	€ 192,42	164,79	85%	€ 51,36	31%

* Milia di euro

Tabella 8.9. **Avanzamento procedurale e finanziario del PNRR per Missione**
(dati Ministero dell'Economia e delle Finanze al 30 giugno 2024)

Regione	CdC previste	CdC dichiarate attive	%
Lombardia	196	129	66%
Veneto	95	59	62%
Emilia-Romagna	85	44	52%
Molise	13	5	38%
Piemonte	82	17	21%
Toscana	76	8	11%
Marche	29	3	10%
Liguria	32	1	3%
Sicilia	155	2	1%
Abruzzo	40	0	0%
Basilicata	19	0	0%
Calabria	61	0	0%
Campania	172	0	0%
Friuli Venezia Giulia	23	0	0%
Lazio	131	0	0%
Prov. Aut. di Bolzano	10	0	0%
Prov. Aut. di Trento	10	0	0%
Puglia	121	0	0%
Sardegna	50	0	0%
Umbria	17	0	0%
Valle D'Aosta	4	0	0%
Italia	1.421	268	19%

Tabella 8.10. **CdC previste e dichiarate attive dalle Regioni** (dati Agenas)

Regione	COT previste	COT pienamento funzionanti	%
Abruzzo	13	13	100%
Marche	15	15	100%
Prov. Aut. di Bolzano	5	5	100%
Umbria	9	9	100%
Valle D'Aosta	1	1	100%
Veneto	49	48	98%
Emilia-Romagna	45	44	98%
Toscana	37	35	95%
Sardegna	16	14	88%
Lombardia	101	85	84%
Lazio	59	45	76%
Liguria	16	12	75%
Piemonte	43	27	63%
Sicilia	50	9	18%
Basilicata	6	0	0%
Calabria	21	0	0%
Campania	65	0	0%
Friuli Venezia Giulia	12	0	0%
Molise	3	0	0%
Prov. Aut. di Trento	5	0	0%
Puglia	40	0	0%
Italia	611	362	59%

Tabella 8.11. **COT previste e attive già verificate** (dati Agenas)

Regione	OdC previsti	OdC dichiarati attivi	%
Molise	2	2	100%
Veneto	35	15	43%
Lombardia	63	21	33%
Puglia	38	7	18%
Abruzzo	11	2	18%
Liguria	11	2	18%
Emilia-Romagna	27	4	15%
Marche	9	1	11%
Sardegna	13	1	8%
Campania	48	1	2%
Basilicata	5	0	0%
Calabria	20	0	0%
Friuli Venezia Giulia	7	0	0%
Lazio	35	0	0%
Piemonte	27	0	0%
Prov. Aut. di Bolzano	3	0	0%
Prov. Aut. di Trento	3	0	0%
Sicilia	43	0	0%
Toscana	23	0	0%
Umbria	5	0	0%
Valle D'Aosta	1	0	0%
Italia	429	56	13%

Tabella 8.12. OdC previsti, attivi e percentuale di OdC Attivi sul totale (dati Agenas)

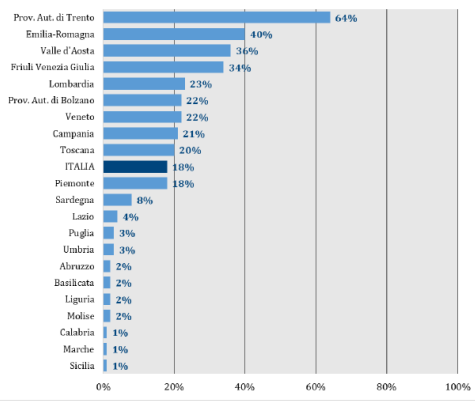


Figura 8.8. Cittadini che hanno utilizzato il FSE nel periodo gennaio-marzo 2024 (dati MdS e Dipartimento per la Trasformazione Digitale)

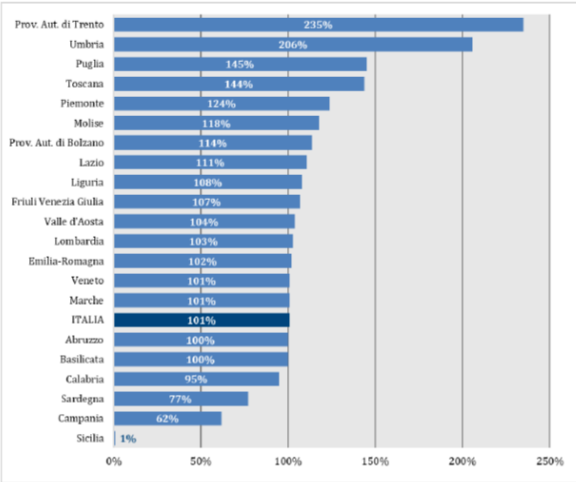


Figura 8.5. Percentuale d'incremento dei pazienti over 65 in ADI (dati Agenas al 31 dicembre 2023)

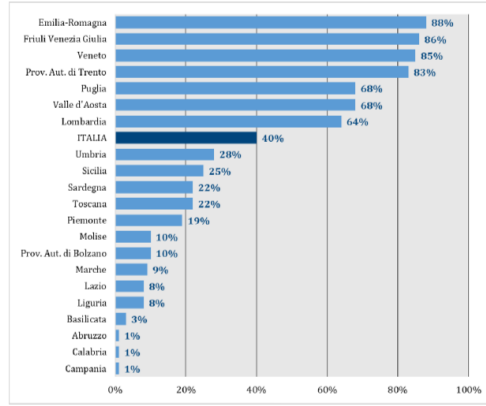


Figura 8.9. Cittadini che hanno espresso il consenso alla consultazione dei propri documenti al 31 marzo 2024 (dati MdS e Dipartimento per la Trasformazione Digitale)

CAPITOLO 9. PIANO DI RILANCIO SSN

Occorre presa di coscienza.

- 1) Perdita SSN rischia di portare a disastro sociale ed economico senza precedenti nella storia della repubblica
- 2) Italia ha spesa sanitaria allineata a quella dei Paesi dell'Europa meridionale; il GAP rispetto alla media dei Paesi europei è diventato incolmabile
- 3) Servono visione politica, investimenti rilevanti, riforme coraggiose
- 4) Convergenza politica necessaria perché non può essere visto come un valore di parte
- 5) Tutti gli stakeholder della sanità devono essere pronti a rinunciare a parte dei privilegi per bene comune
- 6) Rilanciare progressivamente finanziamento pubblico, rivalutare il perimetro dei LEA riducendo sprechi e inefficienze, potenziare ruolo di Stato su regioni impedendo autonomia differenziata.

EXTRA: FOCUS PIEMONTE

LEA

Piemonte si posiziona tra le altre regioni 5° per area prevenzione, 7° distrettuale, 6° ospedaliero.

PERSONALE

55.136 dipendenti

13 dipendenti ogni 1.000 abitanti (media IT 11,6)

2,09 medici ogni 1.000 abitanti (media IT 2,11)

5,4 infermieri ogni 1.000 abitanti (media IT 5,13)

2,59 infermieri per ogni medico (media IT 2,44)

49% di medici medicina generale con oltre i 1.500 pazienti come soglia (media IT 47,7%)

-8,2% riduzione medici medicina generale (media IT -11%)

1.385 numero medio assistiti per MMG (media IT 1.353)

86% pediatri con oltre gli 800 assistiti come valore soglia (media IT 72%)

1.108 assistiti per pediatria (media IT 898)

136 pediatri mancanti

PNRR

82 Cdc previste – 17 attive

43 COT previsti – 27 attivi

27 OdC previsti – 0 attivi

124% incremento over 65 in ADI

19% consenso all'utilizzo del Fascicolo Sanitario Elettronico (media IT 40%)

Riassunto per "ECCOCI" da Gigi Bacchetta. Segnalazione errori: gigi.bacchetta@cgilpiemonte.it .

Rapporto scaricabile qui: <https://salviamo-ssn.it/attivita/rapporto/7-rapporto-gimbe.it-IT.html>

Trova altro materiale formativo su www.cgilnovaravco.it/eccoci