

# Perché rafforzare il Sistema Sanitario Nazionale?



Organizzazione, funzionamento e prospettive future

# Invecchiamento della popolazione in Veneto (2002 – 2022)

Negli ultimi vent'anni **l'età media nel Veneto è aumentata di quasi 4 anni**. La popolazione over 65 è cresciuta di oltre il 36%, mentre gli ultraottantenni sono quasi raddoppiati.

Questo trend di invecchiamento richiede una riorganizzazione del sistema sanitario (e non solo) verso modelli di assistenza territoriale e integrata.

# Invecchiamento della popolazione in Veneto (2002 – 2022)

Anno	Media giovani	≥65 anni	≥80 anni	Indice di vecchiaia
2002	42,1	872.000 (17%)	210.000 (4%)	142 anziani / 100
2012	44,3	1.015.000 (19%)	306.000 (5,7%)	165 anziani / 100
2022	46,0	1.142.000 (21%)	383.000 (7,6%)	189 anziani / 100

\*Fonte: ISTAT – Regione Veneto, elaborazione 2025

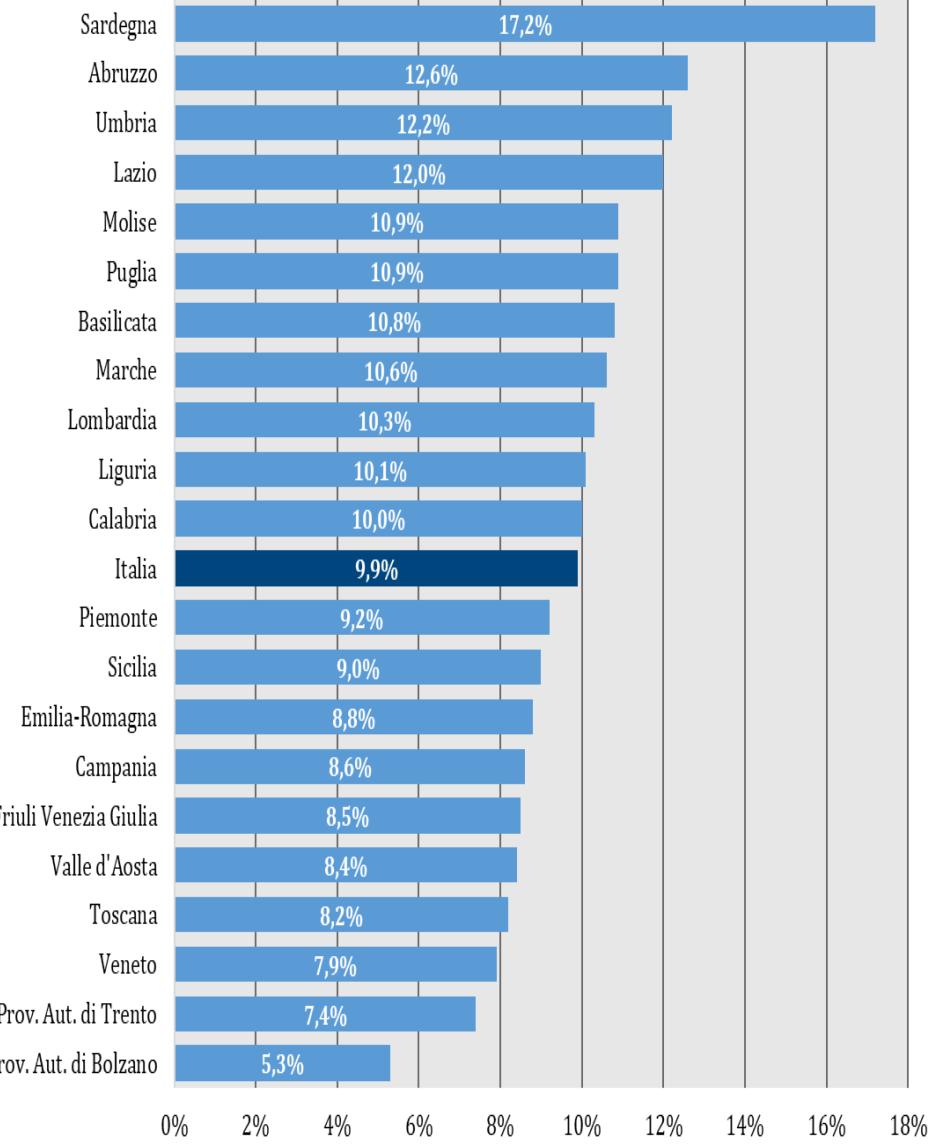
# La povertà in Italia - Anno 2024

Nel 2024, si stima in oltre **2,2 milioni le famiglie** in condizione di **povertà assoluta** – l'8,4% delle famiglie residenti – per un totale di **5,7 milioni di individui**, il 9,8% dei residenti.

L'incidenza di **povertà relativa** tra le famiglie, pari al **10,9%**, coinvolgendo oltre **2,8 milioni di famiglie**.

In lieve crescita è l'incidenza di povertà relativa tra gli individui, che sale al 14,9% coinvolgendo oltre 8,7 milioni di individui.

# Rinuncia alle cure



# Art. 32 della Costituzione

La Repubblica tutela la salute come fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività, e garantisce cure gratuite agli indigenti.

Nessuno può essere obbligato a un determinato trattamento sanitario se non per disposizione di legge. La legge non può in nessun caso violare i limiti imposti dal rispetto della persona umana.

# Le fonti giuridiche che costituiscono il quadro normativo del SSN italiano, ne definiscono i principi, gli obiettivi e le regole per la gestione del sistema.

[\*\*Legge 23 dicembre 1978, n. 833: \*istituisce il Servizio Sanitario Nazionale\*\*\*](#) (SSN) e definisce i principi e gli obiettivi del sistema sanitario italiano.

[\*\*Decreto Legislativo 30 dicembre 1992, n. 502\*\*](#): riforma il SSN e introduce il concetto di ***aziendalizzazione delle strutture sanitarie***.

[\*\*Decreto Legislativo 19 giugno 1999, n. 229\*\*](#): modifica e integra il D.Lgs. 502/1992, introducendo il concetto di ***autonomia delle aziende sanitarie***.

[\*\*Legge 16 novembre 2001, n. 405\*\*](#): modifica la legge 833/1978 e introduce il concetto di ***"Livelli Essenziali di Assistenza"*** (LEA).

**Le fonti giuridiche che costituiscono il quadro normativo del SSN italiano, ne definiscono i principi, gli obiettivi e le regole per la gestione del sistema.**

**Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 29 novembre 2001:**  
***definisce i LEA*** e le relative prestazioni sanitarie.

**Decreto Legislativo 6 novembre 2007, n. 191:** attua la riforma del SSN e introduce il ***concetto di "Piano Sanitario Nazionale"*** (PSN).

**Legge 11 dicembre 2016, n. 232:** approva il PSN 2017-2019 e introduce ***misure per la sostenibilità del SSN.***

# Finanziamento vs Spesa sanitaria

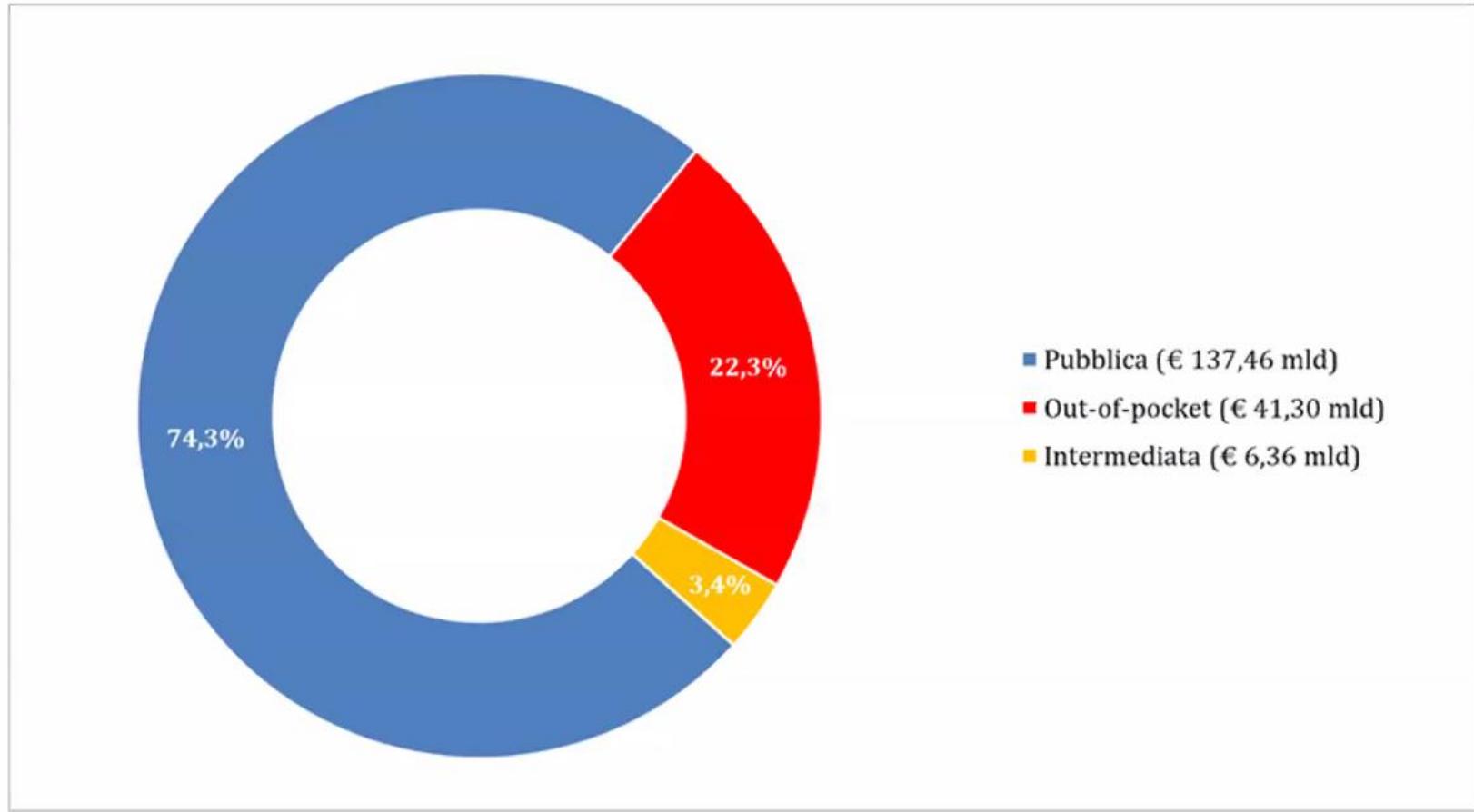
## FINANZIAMENTO

Il **Fabbisogno Sanitario Nazionale (FSN)** è il livello del finanziamento del Servizio sanitario nazionale (SSN) al quale ordinariamente concorre lo Stato. **Viene fissato con legge statale** (normalmente la legge di bilancio) **e tramite intese tra Stato e Regioni**. Il finanziamento è successivamente **ripartito tra le Regioni**.

## SPESA SANITARIA PUBBLICA

La spesa sanitaria pubblica si riferisce alla **spesa effettivamente sostenuta** dalle amministrazioni pubbliche per **soddisfare i bisogni di salute** delle persone.

## Spesa sanitaria 2024: € 185,12 miliardi



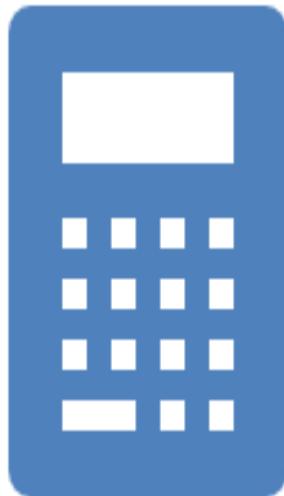


# Le risorse e il finanziamento del SSN (e Regionale)

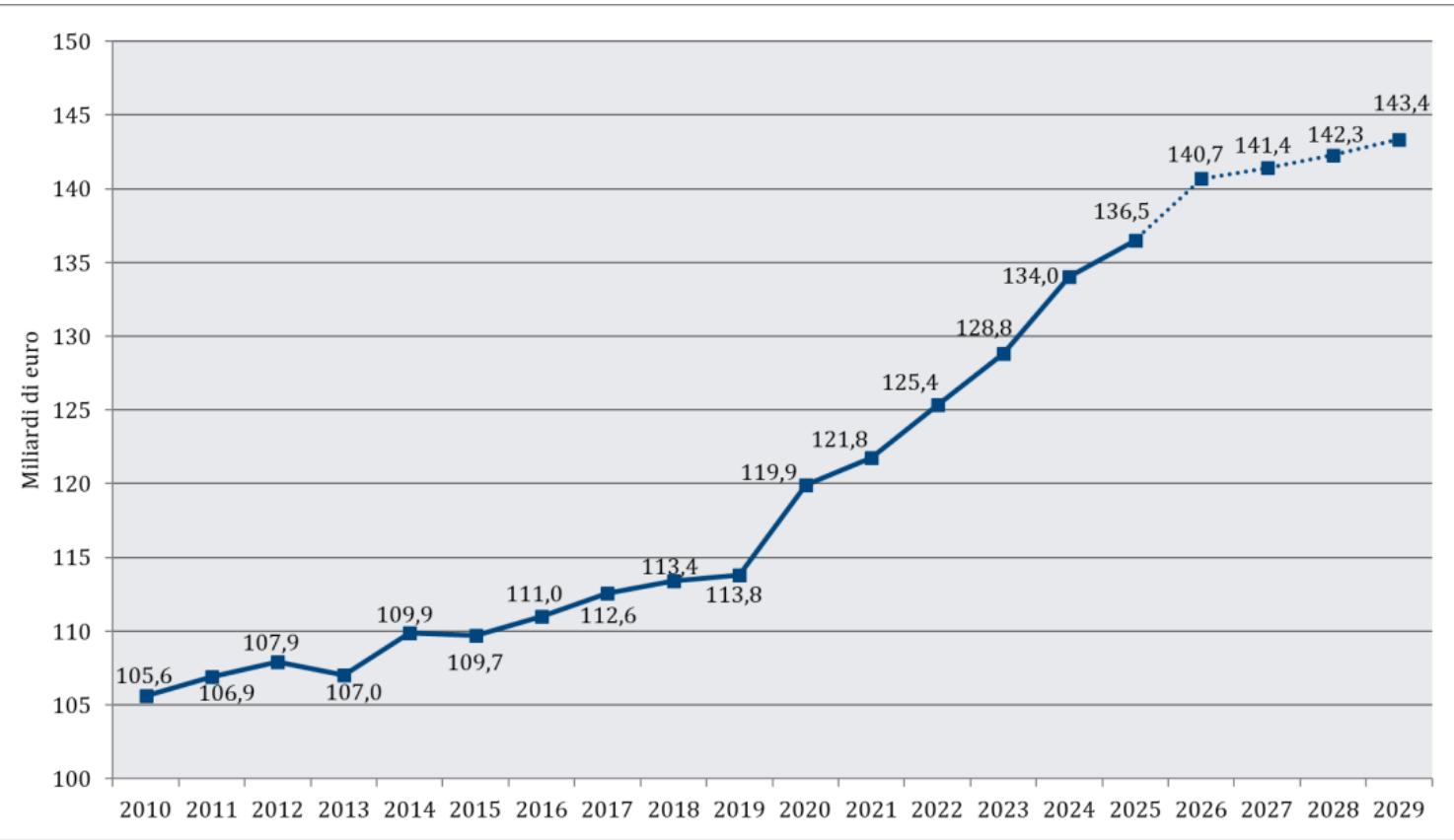
Le risorse provengono dal  
**Fondo Sanitario  
Nazionale,  
compartecipazioni  
regionali e ticket.**

# I Numeri del SSN

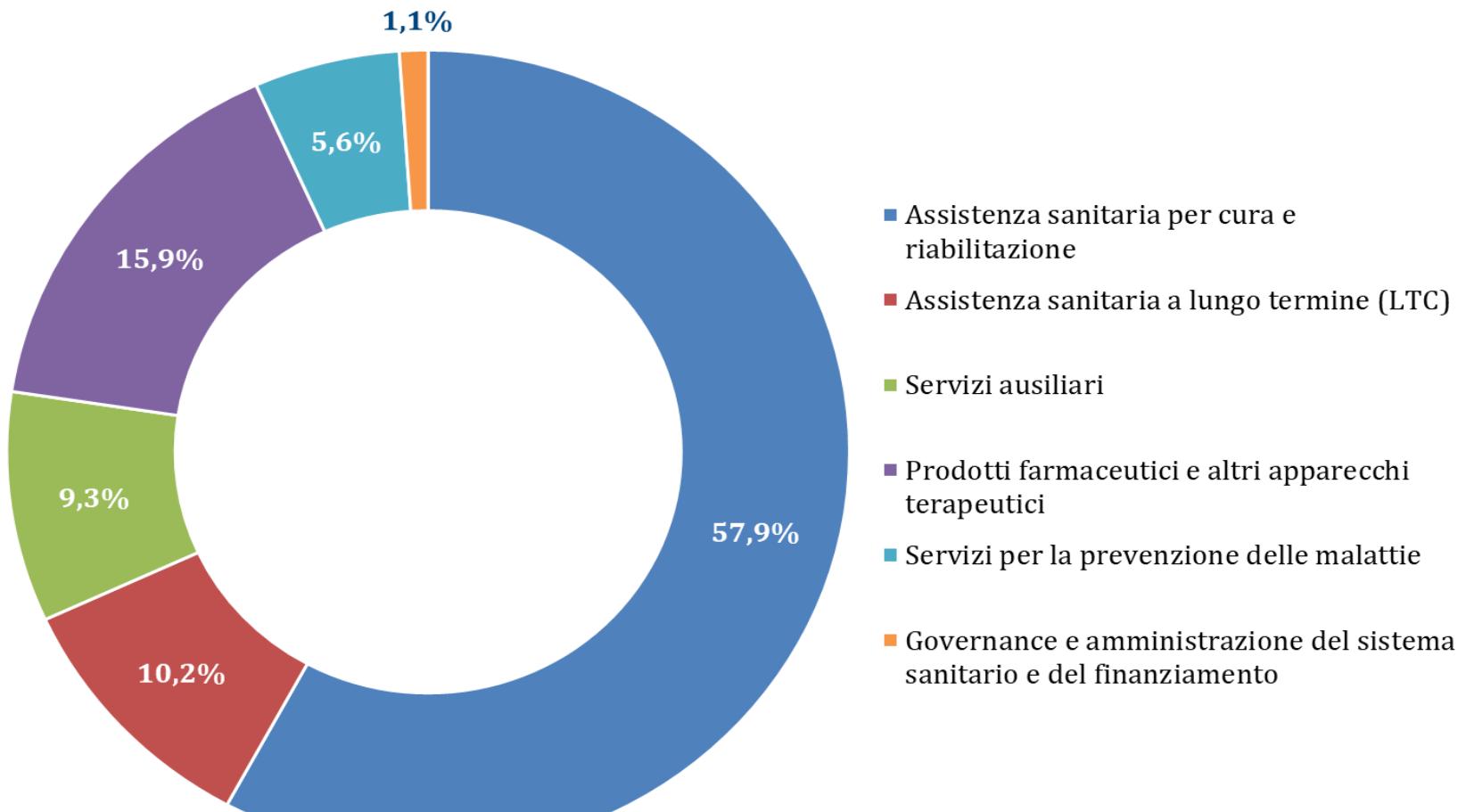
Secondo i dati ISTAT-SHA, nel 2024 la spesa sanitaria totale in Italia ha raggiunto € 185,12 miliardi di cui:



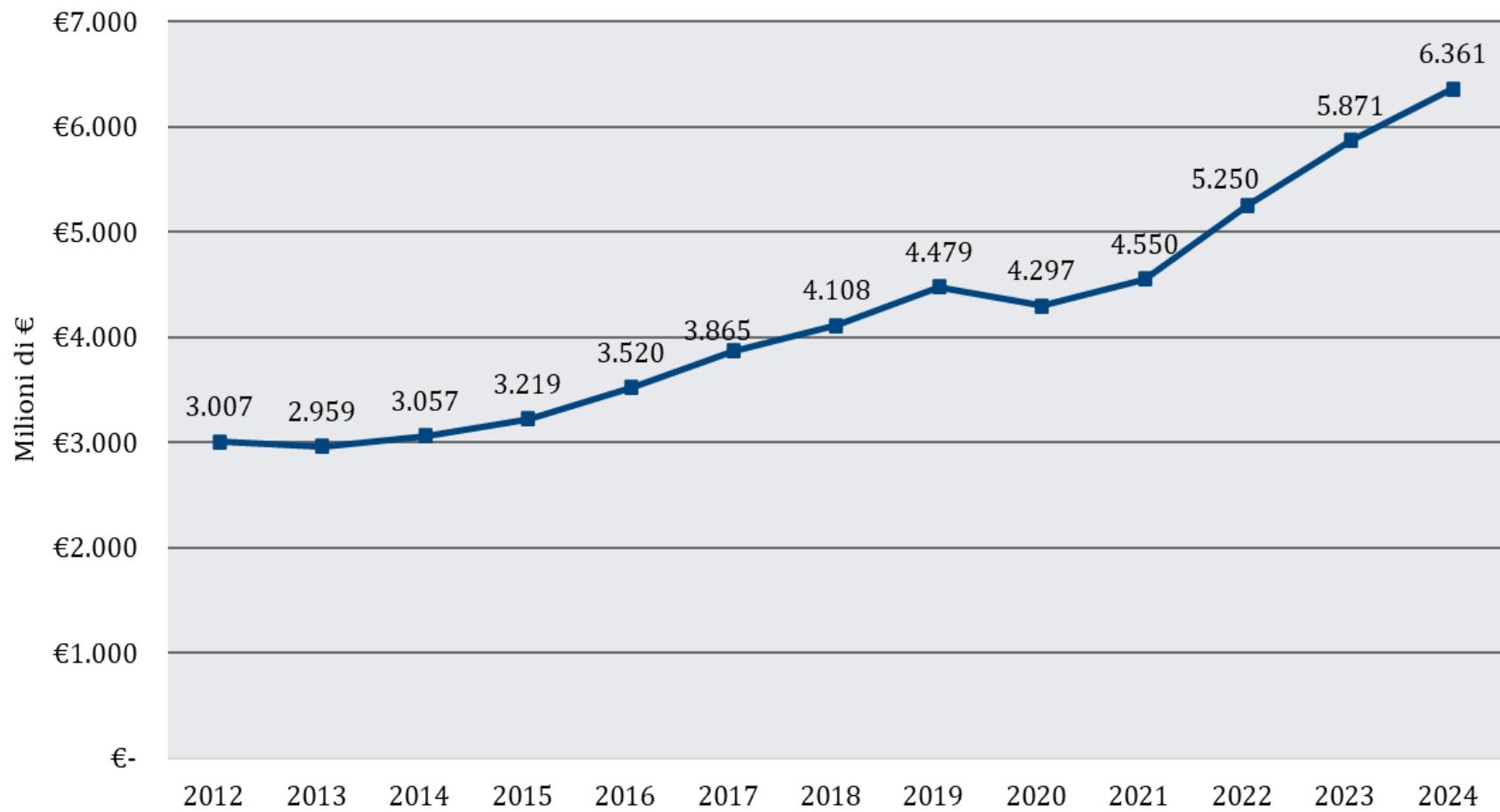
- € 137,46 miliardi di spesa pubblica.
- € 41,2 miliardi di spesa privata pagata direttamente dalle famiglie.
- € 6,36 miliardi di spesa privata intermediata da fondi sanitari e assicurazioni.



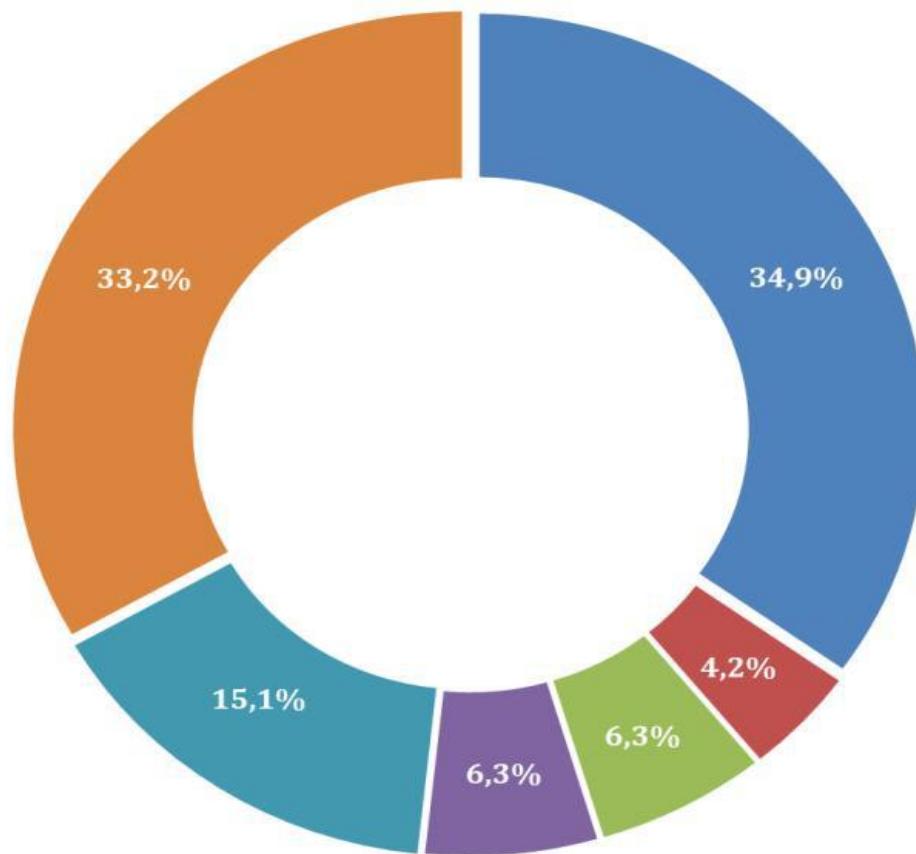
**Fabbisogno Sanitario Nazionale in MLD €**



Spesa sanitaria pubblica per funzioni di assistenza sanitaria 2024

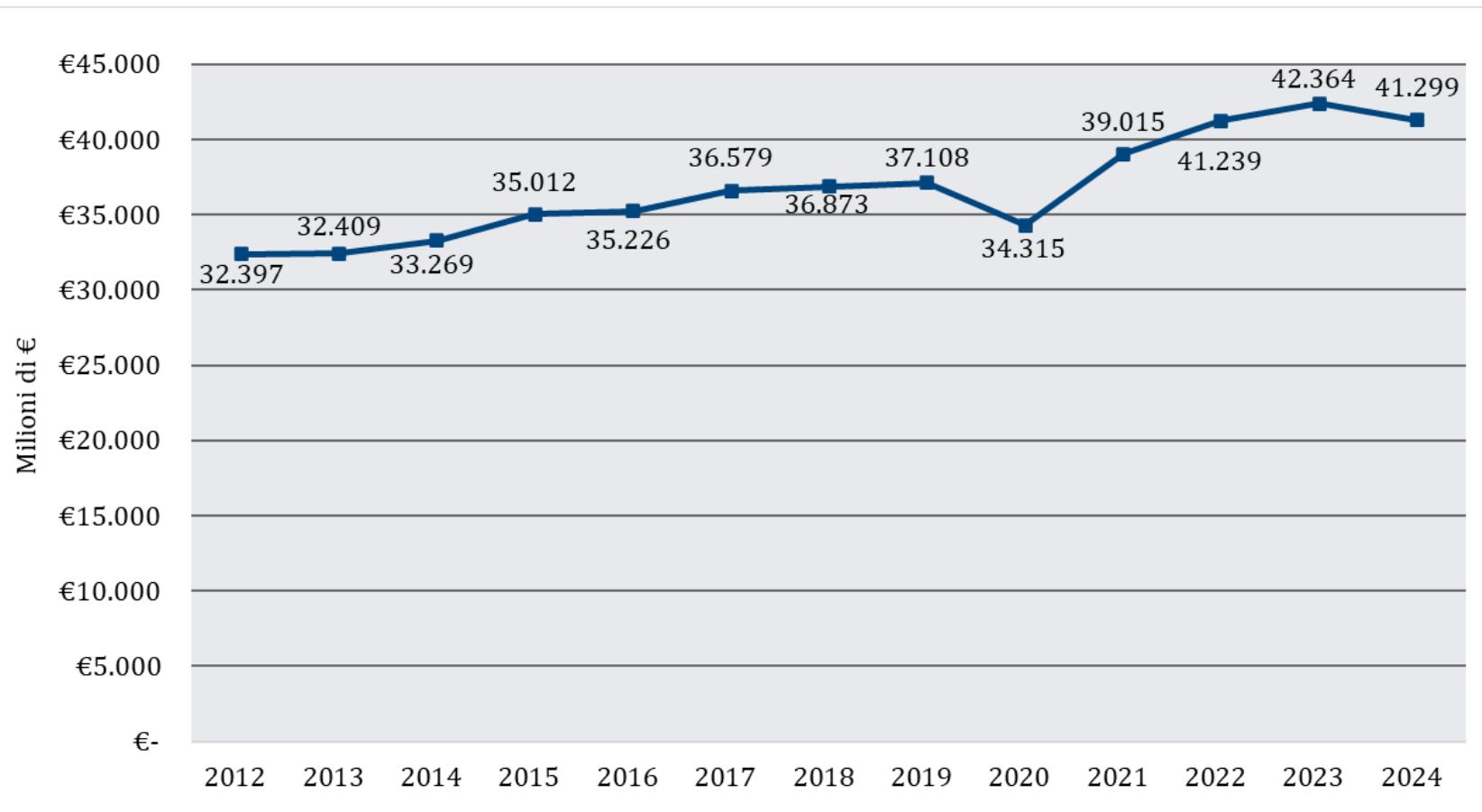


**Spesa Sanitaria intermediata (fondi, assicurazioni,...) 2012-2024**

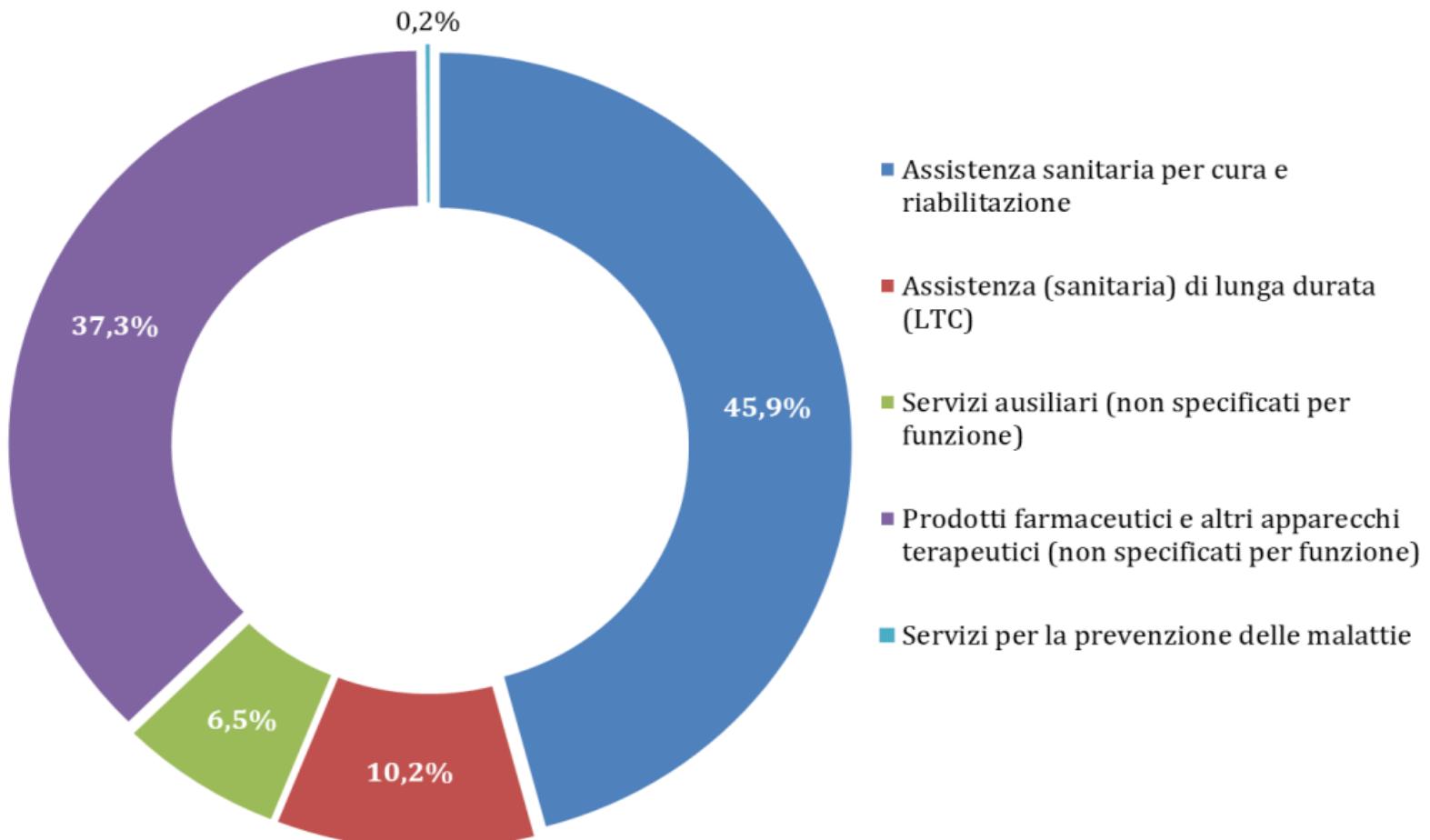


- Assistenza sanitaria per cura e riabilitazione
- Assistenza (sanitaria) di lunga durata (LTC)
- Servizi ausiliari (non specificati per funzione)
- Prodotti farmaceutici e altri apparecchi terapeutici (non specificati per funzione)
- Servizi per la prevenzione delle malattie
- Governance e amministrazione del sistema sanitario e del finanziamento

**Spesa sanitaria intermediata (fondi, assicurazioni,...) per funzione di spesa**

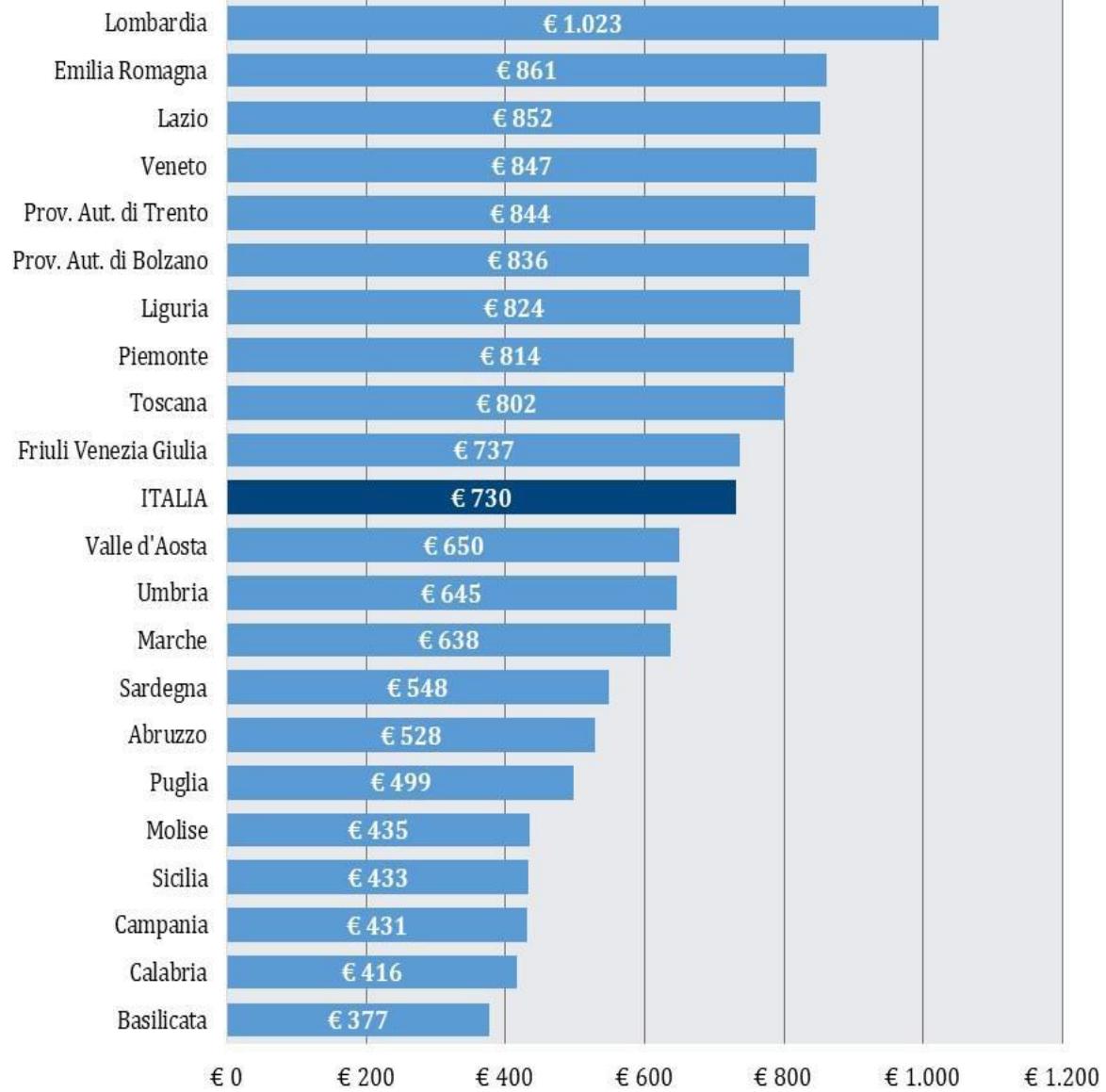


## Spesa Sanitaria Out of Pocket 2012-20124



## Spesa sanitaria delle famiglie per funzioni di spesa 2024

# La spesa pro-capite privata (dati TS- ISTAT 2023)



## Fenomeni che "arginano" la spesa out-of-pocket

### Limitazione spese per la salute (2023)

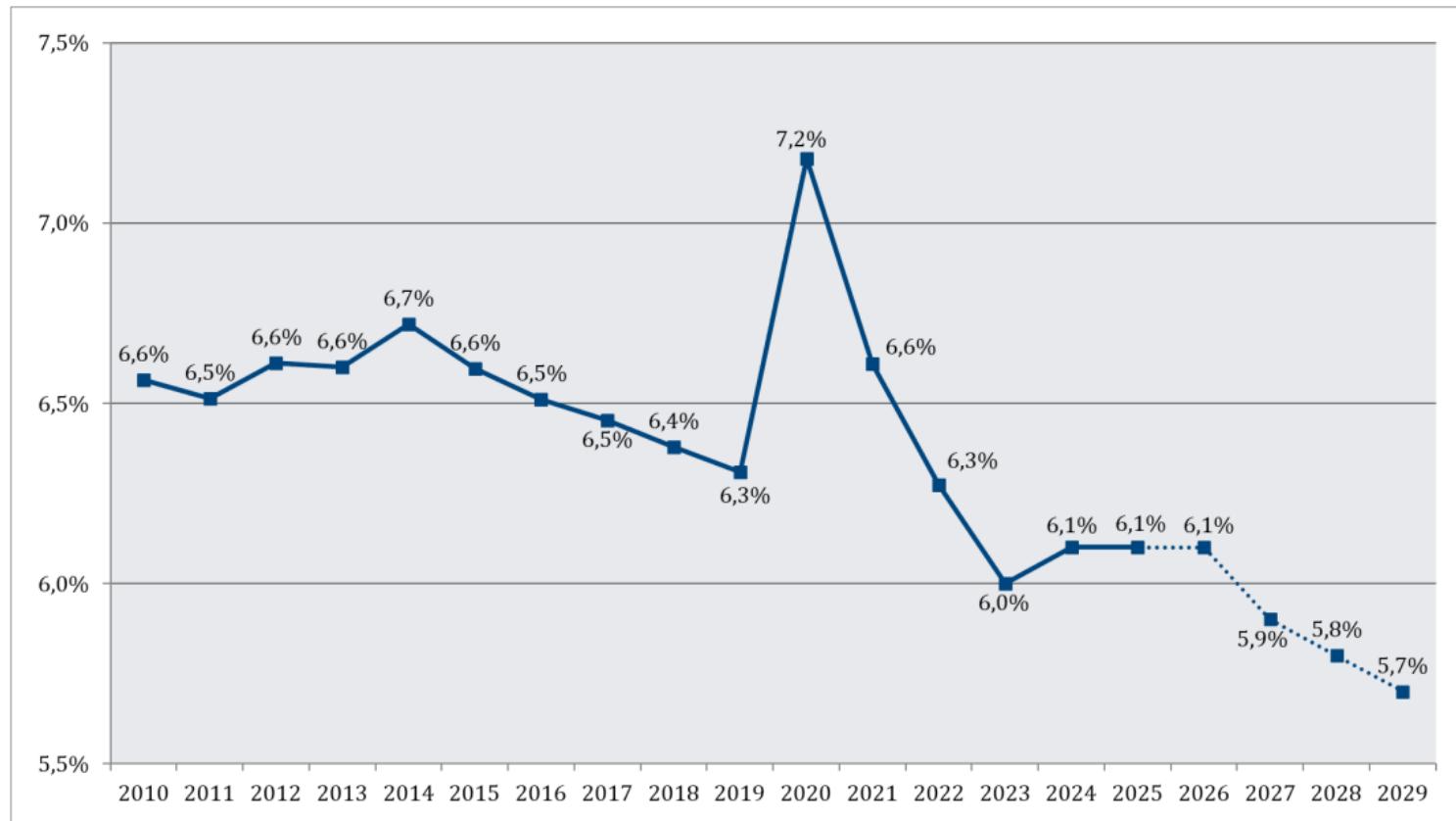
- 4,14 milioni di famiglie (15,7%)

### Indisponibilità economiche temporanee (2024)

- 1,16 milioni di famiglie (4,4%)

### Rinuncia a prestazioni sanitarie (2024)

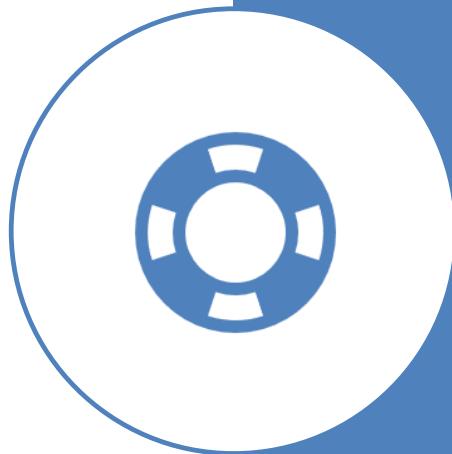
- 5,8 milioni di persone (9,9%)



**Fabbisogno Sanitario Nazionale in% sul PIL**

Il Sistema Sanitario Regionale  
del Veneto (SSRV) è parte del  
Servizio Sanitario Nazionale.

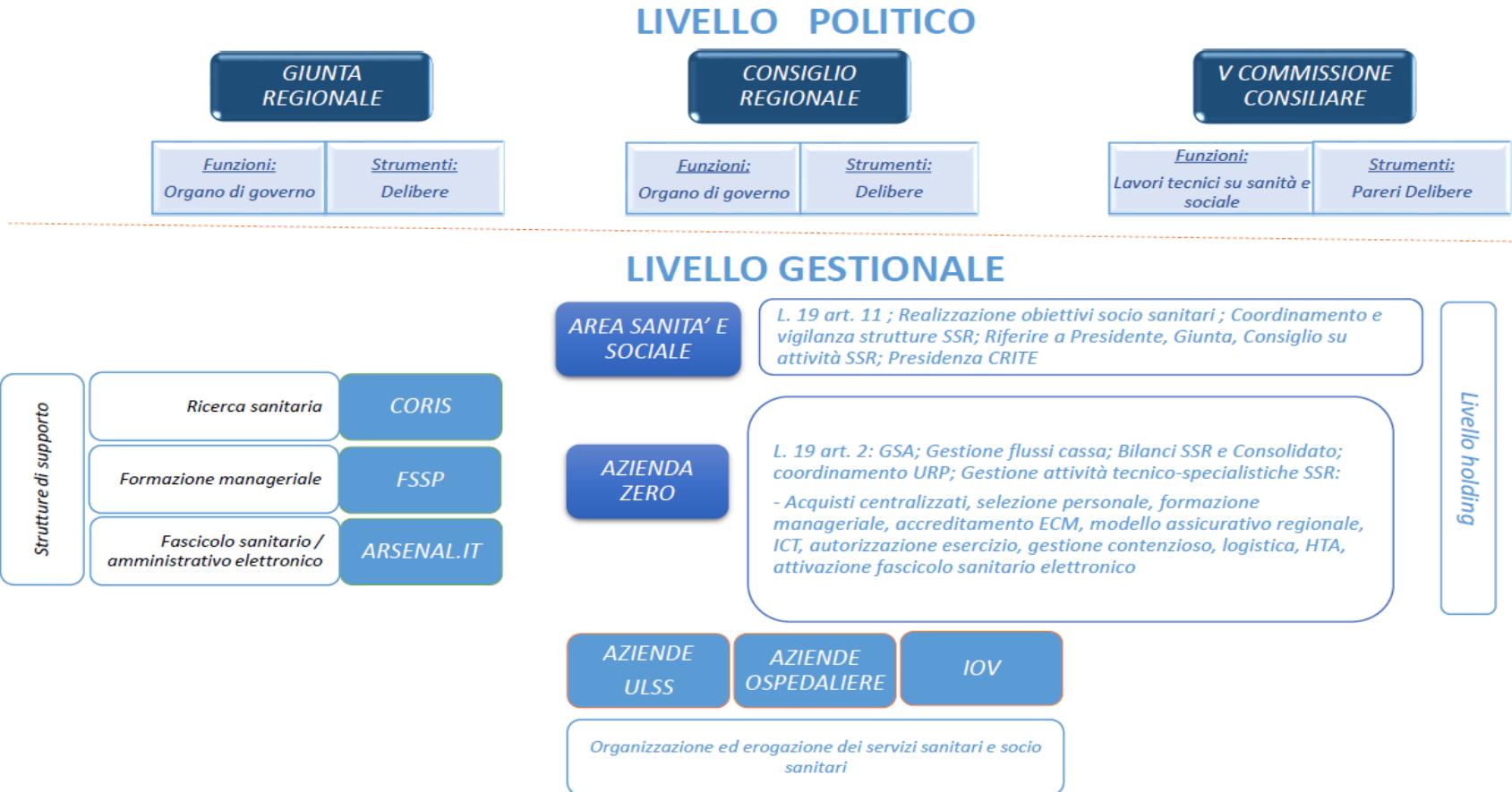
E' gestito autonomamente  
dalla Regione per  
organizzazione e risorse.



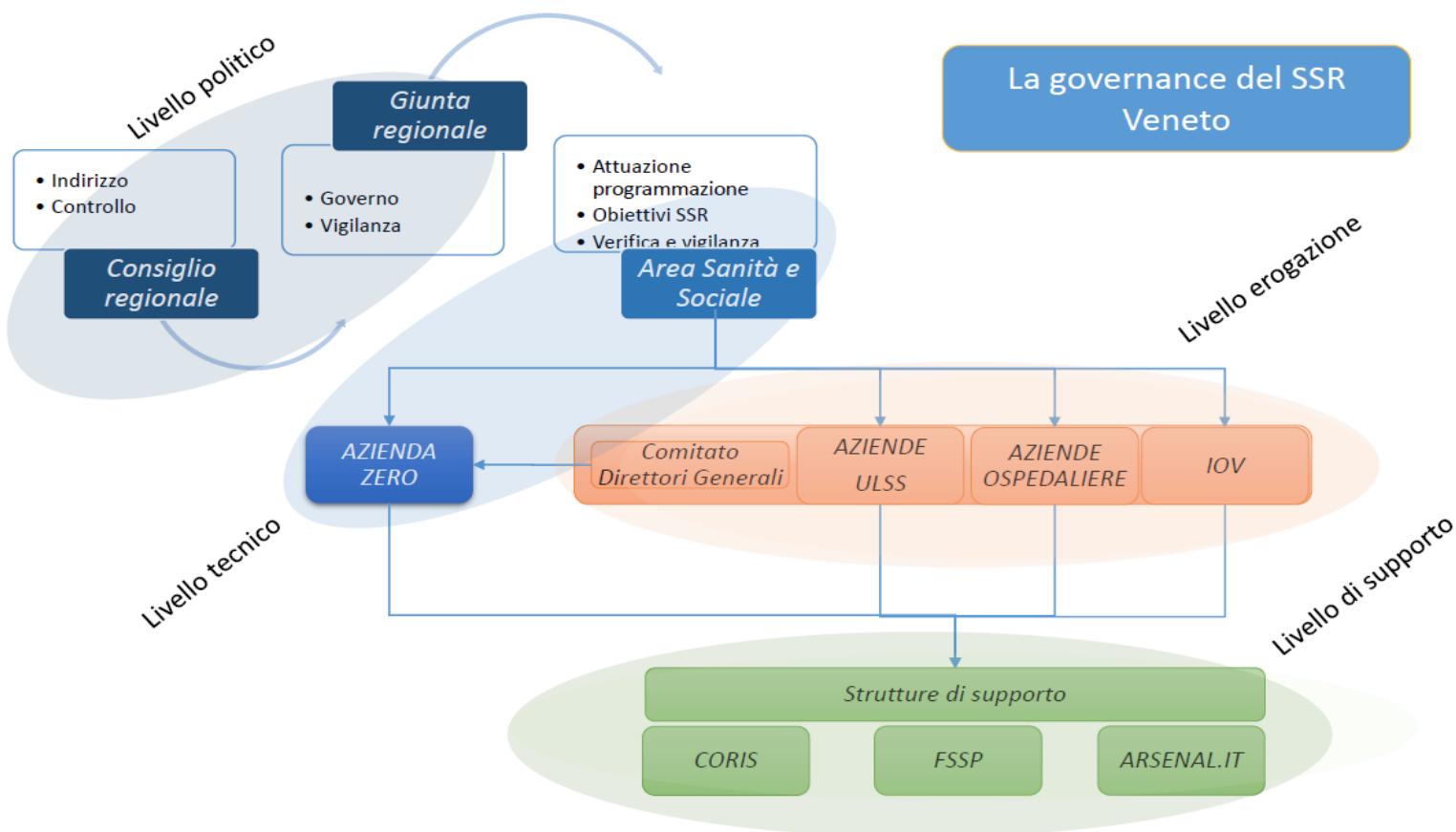
# Struttura organizzativa

- La Regione definisce indirizzi e controlla.
- L'Azienda Zero gestisce la rete amministrativa delle ULSS
- Le Aziende ULSS gestiscono i servizi locali.
- Le Aziende Ospedaliere completano la rete.

# Struttura organizzativa



# Struttura organizzativa



# Azienda Zero

- E' l'ente di governance della sanità del Veneto che centralizza le funzioni tecnico-amministrative, strategiche e di acquisto del Servizio Sanitario Regionale (SSR).
- Il suo ruolo principale è razionalizzare le risorse, efficientare i servizi sanitari e socio-sanitari, gestire i flussi finanziari e definire acquisti centralizzati.

# ULSS e le Aziende Ospedaliere

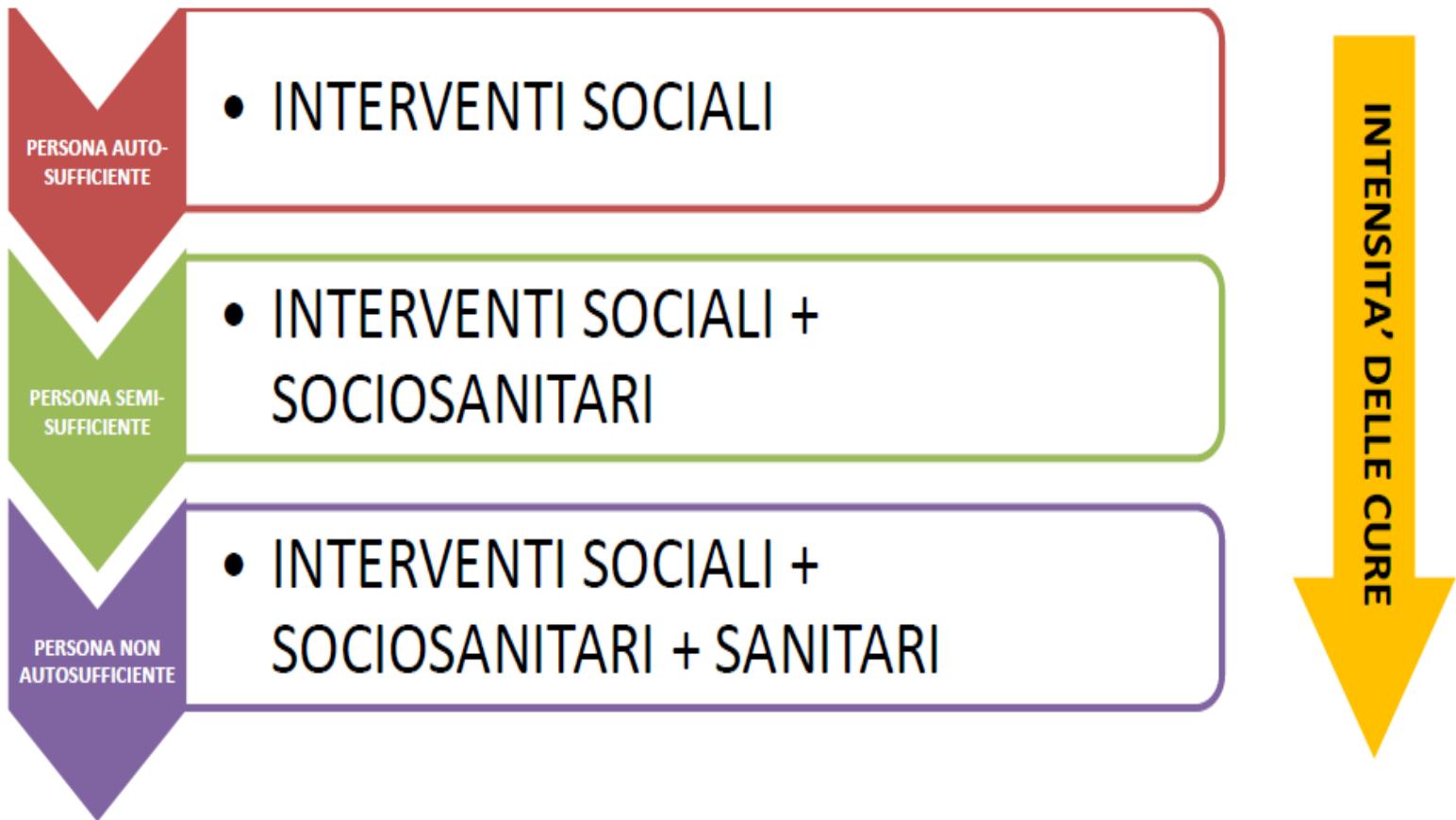
Il Veneto è diviso in:

- 9 Aziende ULSS
- 2 Aziende Ospedaliere (Padova, Verona).
- IOV (Istituto Oncologico Veneto)

Le ULSS gestiscono i servizi territoriali e ospedalieri.

# Evoluzione e quadro normativo

Dal 1978,  
dall'istituzione del  
SSN a oggi, il Veneto  
ha costruito un  
modello basato sulla  
integrazione socio-  
sanitaria.



# I Distretti socio- sanitari

Rappresentano il punto  
di ***contatto e***  
***integrazione del***  
***cittadino*** per medicina  
di base, assistenza  
domiciliare, case di  
comunità, ospedali di  
comunità.

# L'integrazione socio-sanitari gli ATS

- **Legge n. 328/2000** Legge quadro sull'assistenza sociale che assegna ai Comuni la titolarità e introduce gli Ambiti territoriali sociali(ATS) come forma di gestione associata assegnando alle Regioni la responsabilità della loro definizione e introduce i LEPS.
- In Veneto l'**integrazione socio-sanitaria** inizia prima, nel 1982 (**L.R 55/1982** –«Norme per l'esercizio delle funzioni in materia di assistenza sociale»).
- **L. R. n. 9 del 4 aprile 2024** “Assetto organizzativo e pianificatorio degli interventi e dei servizi sociali”.
- **DM 77/2022** la riforma definisce un nuovo modello organizzativo del Servizio Sanitario Nazionale basato su reti di prossimità, strutture e telemedicina. Tra le novità, la Casa della Comunità, la Centrale operativa...

# L'integrazione socio-sanitari gli ATS

- **Dimensione degli Ambiti**, con un numero di abitanti notevole, e poco adatti per facilitare un lavoro di comunità che valorizzi anche le risorse interne presenti e che coinvolga nelle progettualità in modo innovativo il ricco mondo del terzo settore.
- **Finanziamenti insufficienti**, valutate le esperienze di altre regioni.
- **Direttore degli ATS**: assistenti sociali formati, aventi le conoscenze e le competenze adeguate di management per la tipologia dei servizi che si devono fornire ai cittadini.
- **La natura pubblica** delle nuove organizzazioni.

# I Distretti socio-sanitari (ATS)



# Il PNRR e i progetti sulla Sanità

Le risorse orientate alle nuove strutture territoriali (Case di Comunità, Ospedali di Comunità), digitalizzazione e formazione.

# Timeline di realizzazione – Case della Comunità (2023–2026)

## La mappa dell'Ulss 9

In provincia di Verona

■ Attivate nel 2025 ■ da attivare entro marzo ■ da attivare entro giugno

Casa della comunità di **Caprino Veronese**

Casa della comunità di **Bussolengo**

Casa della comunità di **Isola della Scala**

Casa della comunità di **Villafranca**

Casa della comunità di **Valeggio sul Mincio**

Casa della comunità di **Zevio**

Casa della comunità di **Bovolone**

Casa della comunità di **Cerea**

Casa della comunità di **Nogara**

Casa della comunità di **Legnago**

Casa della comunità di via Campania **Verona**

D.1

D.4

D.2

D.3

D.2

Casa della comunità di **Marzana**

Attualmente distretto 1, via Poloni  
nuova sede del polo sanitario  
della Città di **Verona**

Casa della comunità di **Capitel**, **Verona**

Casa della comunità di **Tregnago**

Casa della comunità di **Montecchia di Crosara**

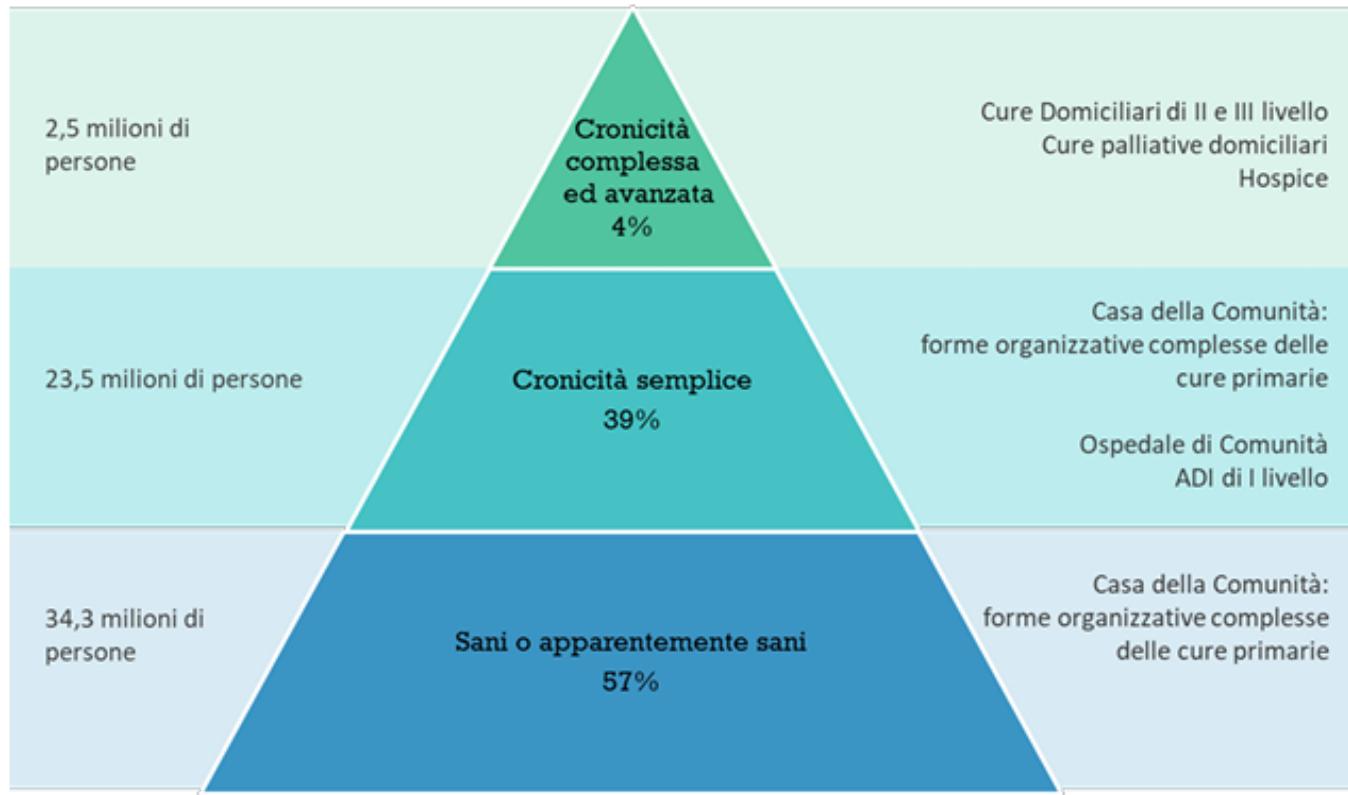
Casa della comunità di **Colognola ai Colli**

Casa della comunità di **San Bonifacio**

Casa della comunità di **San Giovanni Lupatoto**

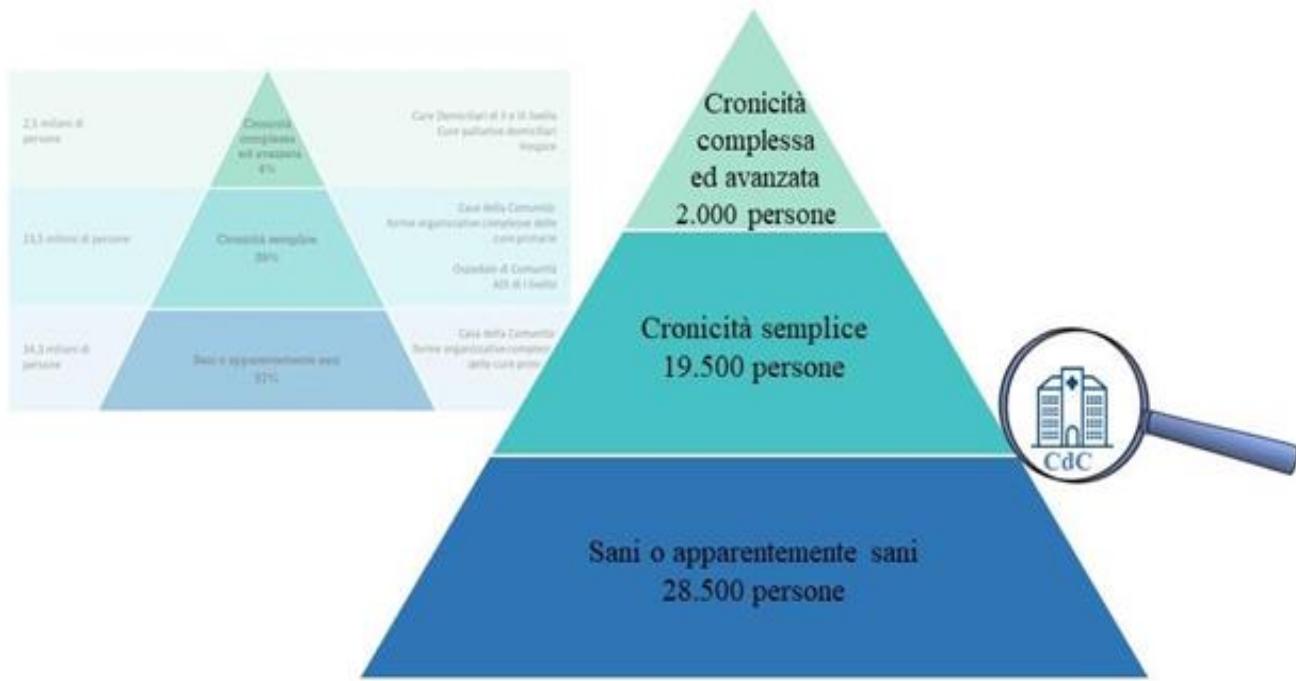
Casa della comunità di **Cologna Veneta**

# CDC Tipo stratificazione della popolazione per bisogno e setting



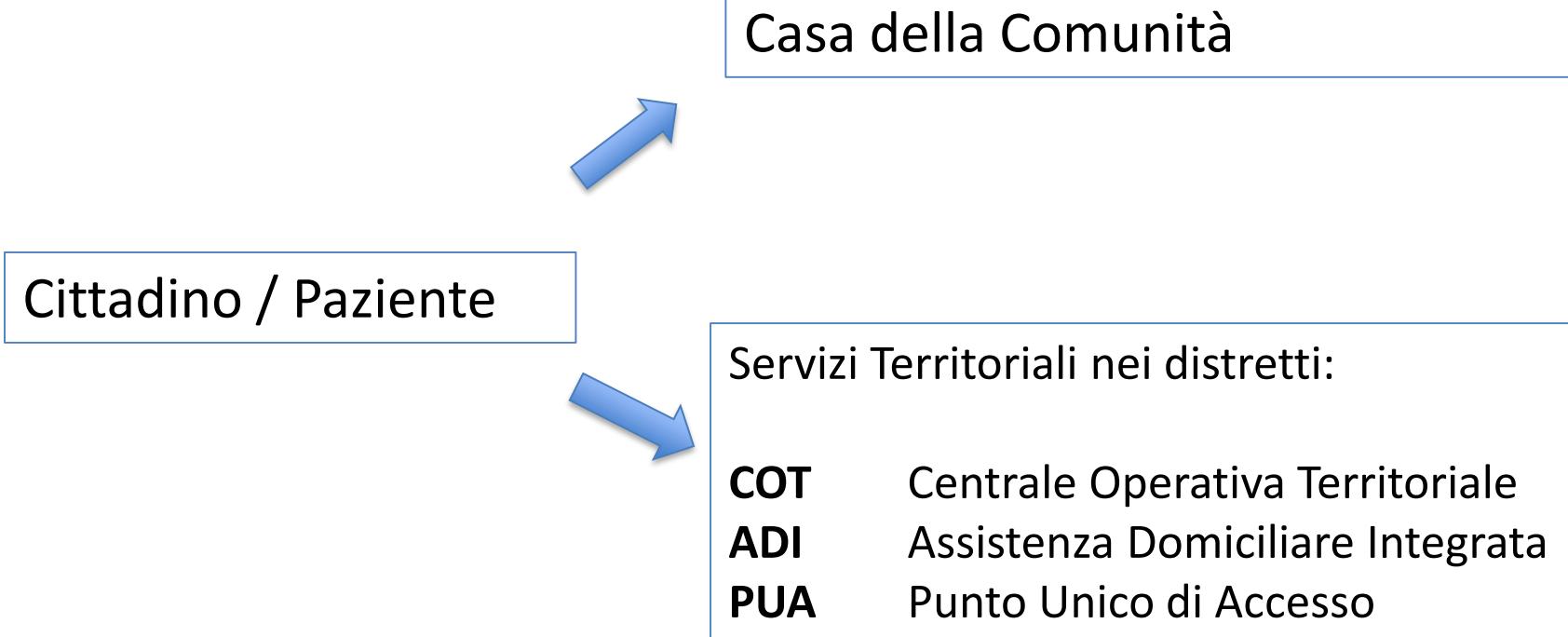
[AGENAS Versione 05.04.2024](#)

## CDC Tipo (50.000) stratificazione della popolazione bisogno per bisogno



[AGENAS Versione 05.04.2024](#)

# La Sanità di prossimità parte dai servizi

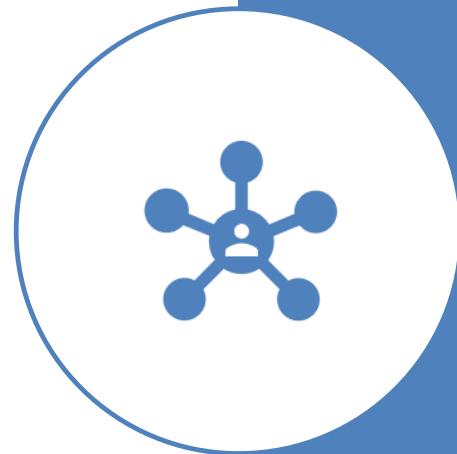


# Verona (schema Hub & Spoke e Case di Comunità)

## Struttura Case di Comunità

Sono **19** diffuse capillarmente nei distretti, collegate **funzionalmente** agli HUB e SPOKE e coordinate dalle **COT (Centrali Operative Territoriali)**

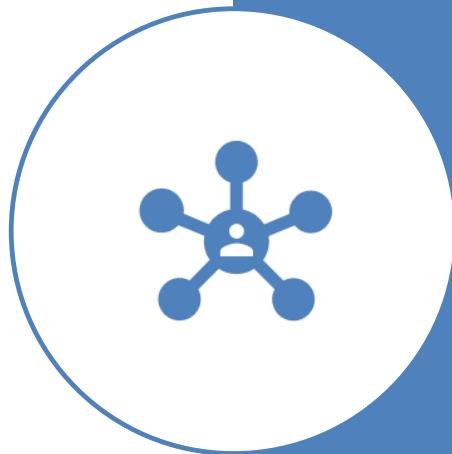
- ☞ **NON** gestiscono emergenze
- ☞ **NON** sostituiscono gli ospedali
- ☞ **Filtrano** e indirizzano i bisogni



# Verona (schema Hub & Spoke e Case di Comunità)

## *Struttura Case di Comunità*

- ☞ intercettano i bisogni **prima** dell'ospedale
- ☞ gestiscono **cronicità, fragilità, follow-up**
- ☞ riducono accessi impropri ai PS
- ☞ garantiscono **continuità assistenziale**
- ☞ indirizzano correttamente verso SPOKE o HUB



# Case di Comunità SPOKE

Garantiscono:

- Équipe multiprofessionali (MMG, PLS, Specialisti Ambulatoriali Interni, Telemedicina, Infermieri e altre figure sanitarie e sociosanitarie);
- Presenza medica e infermieristica **almeno h12 - 6 giorni su 7 (lunedì-sabato)**;
- Punto Unico di Accesso (PUA) sanitario e sociale;
- Alcuni servizi ambulatoriali per patologie ad elevata prevalenza (cardiologo, pneumologo, diabetologo, ecc.);
- Servizi infermieristici, sia in termini di prevenzione collettiva e promozione della salute pubblica, inclusa l'attività dell'Infermiere di Famiglia e Comunità (IFeC), sia di continuità di assistenza sanitaria, per la gestione integrata delle patologie croniche;
- Collegamento con la Casa della Comunità *hub* di riferimento;
- Sistema integrato di prenotazione collegato al CUP aziendale;
- Partecipazione della Comunità e valorizzazione co-produzione, attraverso le associazioni di cittadini, volontariato.

# Case di Comunità HUB

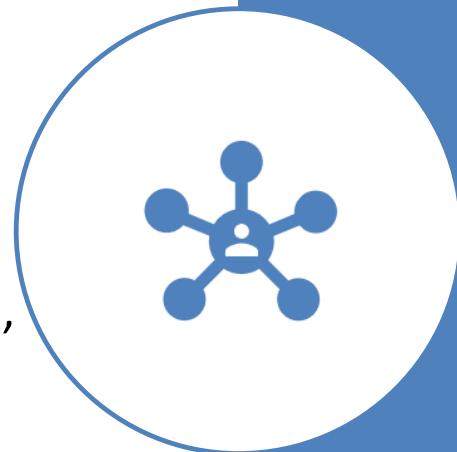
Garantiscono:

- Équipe multiprofessionali (MMG, PLS, Continuità Assistenziale, Specialisti Ambulatoriali Interni, Infermieri e altre figure sanitarie e sociosanitarie);
- **Presenza medica h24 - 7 giorni su 7** anche attraverso l'integrazione della Continuità Assistenziale;
- **Presenza infermieristica h12 - 7 giorni su 7;**
- Punto Unico di Accesso (PUA) sanitario e sociale;
- Punto prelievi;
- Servizi diagnostici con strumentazione diagnostica di base (ecografo, elettrocardiografo, retinografo, oct, spirometro, ecc.) anche attraverso strumenti di telemedicina;
- Servizi ambulatoriali specialistici (cardiologia, pneumologia, diabetologia, ecc.);
- Servizi infermieristici, ambulatori infermieristici per la gestione integrata della cronicità e per la risposta ai bisogni occasionali;
- Sistema integrato di prenotazione collegato al CUP aziendale;
- Servizio di assistenza domiciliare di base;
- Partecipazione della Comunità attraverso le associazioni di cittadini e volontariato;
- Integrazione con i servizi sociali.

# Verona (schema Hub & Spoke e Case di Comunità)

***Strutture territoriali Spoke*** (Legnago, San Bonifacio, Villafranca)

- ☞ Gestiscono emergenze non ultra-complesse, ricoveri ordinari, specialistica ospedaliera,
- ☞ Ricevono pazienti dal territorio, dalle Case di Comunità, dal 118, se non da inviare direttamente agli HUB

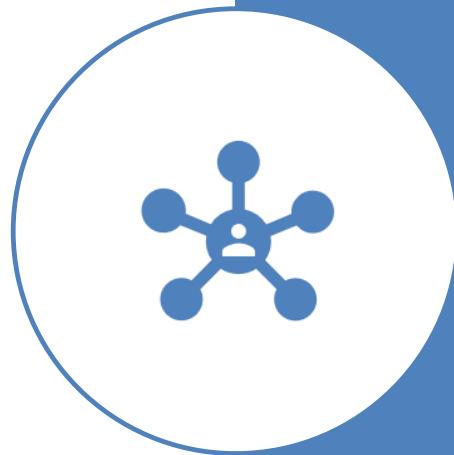


Case di Comunità Reti cliniche integrate: ictus, cardiologia, oncologia, emergenze.

# Verona (schema Hub & Spoke e Case di Comunità)

## Strutture Hub (AOUI Borgo Roma-Borgo Trento)

- ☞ Alta specializzazione
- ☞ Emergenze complesse
- ☞ Chirurgia avanzata, trapianti, terapie intensive
- ☞ Bacino **regionale / sovraprovinciale**



# Struttura territoriale – Provincia di Verona

Il territorio della provincia di Verona è servito dall'ULSS 9 Scaligera e dall'Azienda Ospedaliera Universitaria Integrata (AOUI) di Verona.



HUB: AOUI Verona (Borgo Trento e Borgo Roma)

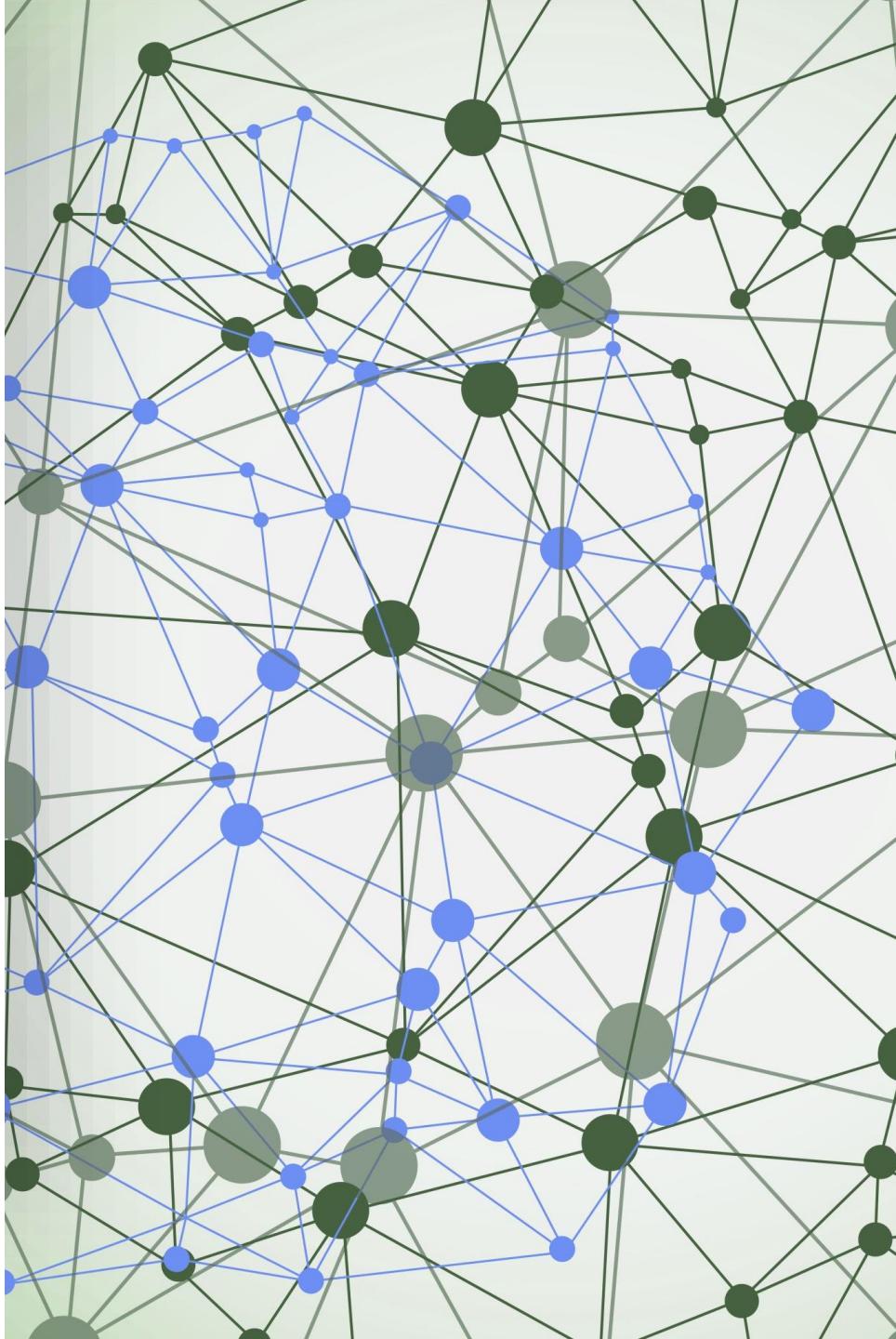


Case della Comunità SPOKE:  
Verona, Legnago, San Bonifacio, Cerea, Villafranca, Bussolengo, Zevio, Cologna Veneta, ...., ....



SPOKE: Ospedali di Legnago, Villafranca, San Bonifacio,

La rete ospedaliera  
territoriale è  
definita come reti di  
cliniche integrate e  
servizi territoriali  
**pubblici e privati.**



# Sanità privata convenzionata a Verona

In provincia di Verona operano  
**circa 35–40** strutture private  
convenzionate le principali :

- IRCCS Sacro Cuore – Don Calabria (Negrar);
- Ospedale Pederzoli (Peschiera d.G.);
- Casa di Cura San Francesco
- Clinica San Giuseppe (Verona).

## Sanità Privata convenzionata a Verona

Le strutture private accreditate coprono attività di ricovero programmato, chirurgia specialistica e diagnostica.

Funzionano come spoke o partner della rete pubblica, *contribuendo a ridurre le liste d'attesa !? !?!* e a garantire continuità assistenziale.

*La trasparenza sui dati provinciali è in miglioramento, ma resta un'area di attenzione per il monitoraggio della spesa e della qualità.*

# Chi opera nel SSN, non solo medici e infermieri

«Dalla carenza alla  
necessità di valorizzazione  
delle figure professionali»

## Altre figure...

- Medici gettonisti
- Fisioterapisti
- Tecnici sanitari
- Ostetriche
- Partite Iva
- Assistente Infermiere (figura ancora non operante ma contrattualizzata)
- Operatore Socio Sanitario
- Appalto di Servizi
- .....

**Medici. Nel 2023 i medici a cui si applica il CCNL sanità sono 109.024, pari a una media nazionale di 1,85 per 1.000 abitanti.**

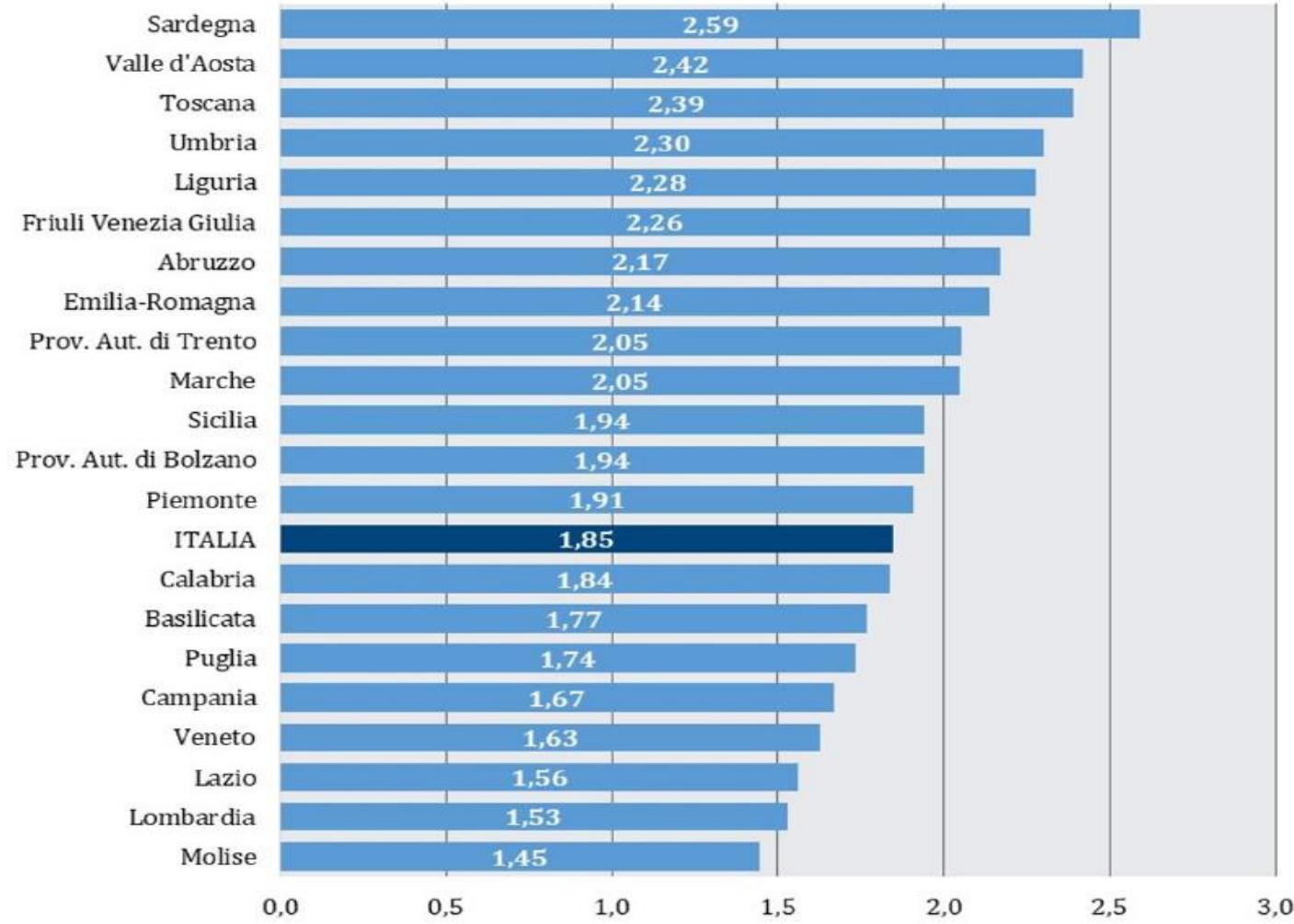
In Italia si contano 5,4 medici ogni 1.000 abitanti, un valore superiore sia alla media OCSE (3,9) sia alla media dei paesi europei (4,1).

I risultati del concorso 2025-2026 per le scuole di specializzazione documentano che, a fronte di 14.493 contratti di formazione specialistica disponibili, ne sono stati assegnati 12.248, pari all'85% del totale.

Persiste lo scarso interesse per specialità fondamentali: chirurgia generale (64%), medicina d'emergenza-urgenza (56%), chirurgia toracica (56%), medicina nucleare (45%) medicina e cure palliative (41%).

Alcune specialità, rimangono sotto il 40% delle assegnazioni: medicina di comunità e delle cure primarie (36%), radioterapia (35%), farmacologia e tossicologia clinica (22%) e le specialità di laboratorio (24% patologia clinica e biochimica clinica, 20% microbiologia).

# Medici dipendenti per 1.000 abitanti



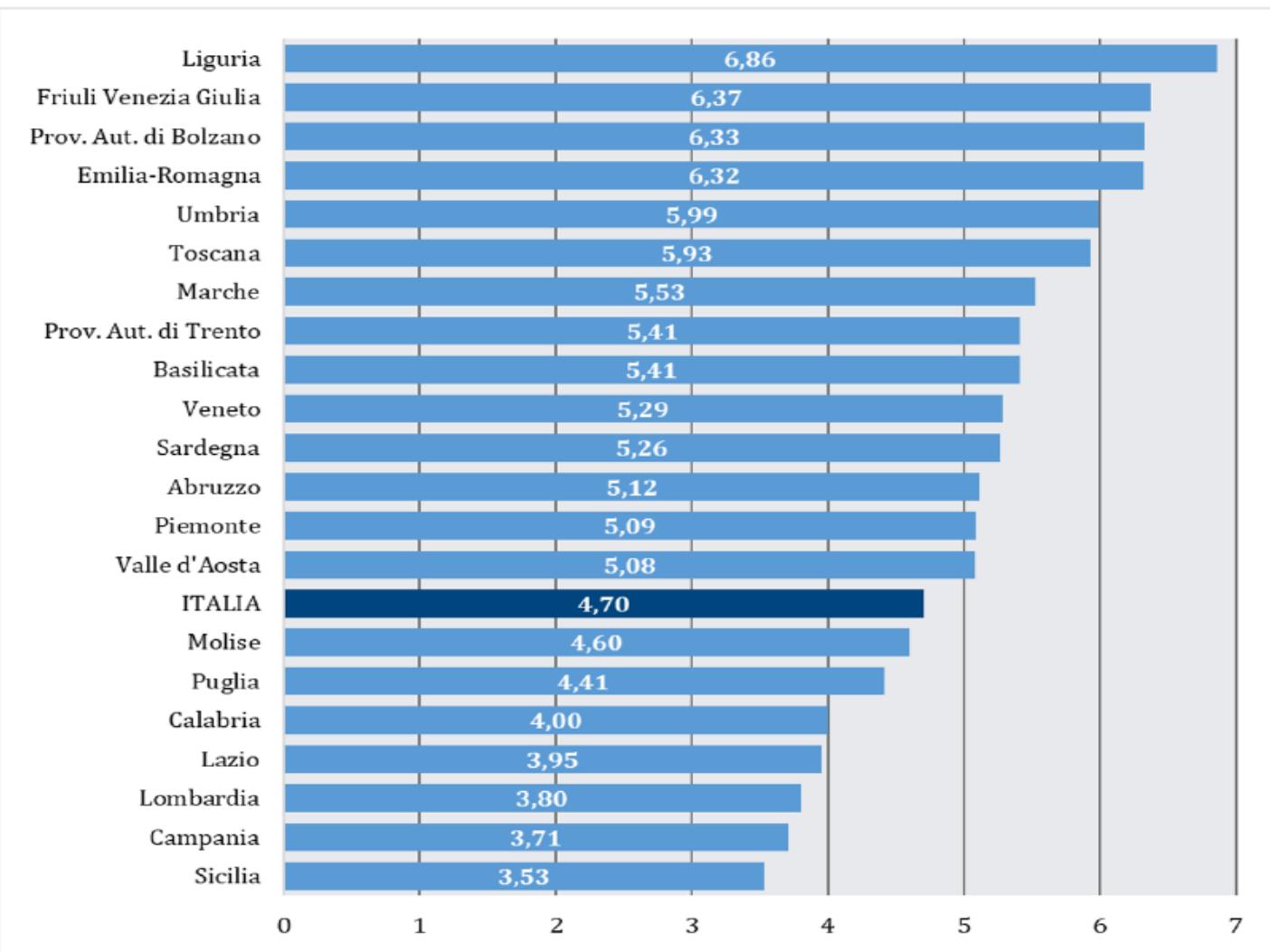
**Infermieri. Nel 2023 gli infermieri a cui si applica il CCNL sanità sono 277.164, in Italia, la carenza di infermieri è stimata in oltre 65.000 unità per garantire i livelli essenziali di assistenza (LEA) e colmare le attuali lacune del sistema sanitario.**

Se secondo le stime più ampie per allinearsi agli standard europei (8,4 infermieri ogni 1.000 abitanti rispetto ai 5,8 italiani), la carenza raggiunge i **175.000 professionisti**

La carenza di personale infermieristico è ulteriormente aggravata dal progressivo calo di attrattività del Corso di Laurea in Infermieristica: per l'anno accademico 2025/2026 il rapporto tra domande presentate e posti disponibili è sceso a 0,9.

Nel 2023 i laureati in infermieristica sono stati 17,3 per 100.000 abitanti, un dato molto distante dalla media OCSE di 45,3.

# Infermieri dipendenti per 1.000 abitanti



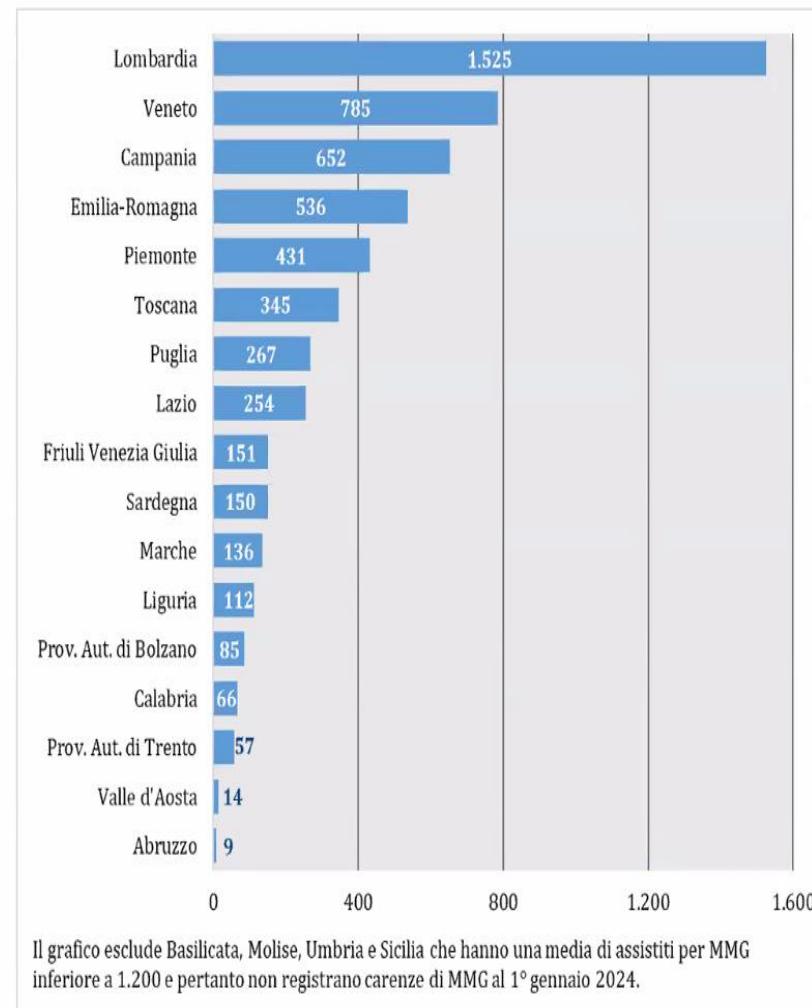
# Medici e infermieri: Italia vs media OCSE

MEDICI	Italia	Media OCSE	Rank Italia
N° per 1.000 abitanti	5,4	3,9	2/31
Retribuzione specialisti (\$)	● 117.954	131.455	19/31
Laureati per 100.000 abitanti	16,6	14,3	9/31

INFERMIERI	Italia	Media OCSE	Rank Italia
N° per 1.000 abitanti	● 6,9	9,5	23/31
Retribuzione infermieri ospedalieri (\$)	● 45.434	60.260	29/36
Laureati per 100.000 abitanti	● 17,3	45,3	35/37
Rapporto infermieri/medici	● 1,3	2,4	26/30

# Carenza Medici di Medicina Generale

## Stima carenze Medici di Medicina Generale al 1 gennaio 2024



# Altre criticità sperimentate dai cittadini

# ***Criticità***

## **Prestazioni sanitarie**

- Tempi di attesa: visite specialistiche (prime visite e controlli), prestazioni diagnostiche, interventi chirurgici programmati, altre prestazioni (ADI, riabilitazione, RSA)
- Criticità nella prenotazione: mancato rispetto dei codici di priorità, mancata attivazione dei percorsi di tutela, difficoltà nel contatto con il CUP, dirottamento verso attività in regime di *intramoenia* o prestazioni private, impossibilità di prenotazione per “chiusura agende”

# ***Criticità***

## **Assistenza ospedaliera**

- Sovra-affollamento nei pronto soccorso
- Trasferimenti verso altre strutture difficoltosi o non garantiti
- Dimissioni ospedaliere senza adeguata valutazione del contesto socio-economico e del supporto domiciliare di familiari o caregiver

## Assistenza territoriale

- Difficoltà nella prenotazione di vaccinazioni
- Screening oncologici: mancata ricezione dell'invito da parte della ASL, difficoltà di prenotazione autonoma
- Carenza di offerta di servizi territoriali (hospice, ADI, assistenza socio-sanitaria, RSA, lungodegenza, riabilitazione, salute mentale, consultori, etc.) con ricorso inappropriato a setting per acuti
- Mancata integrazione tra diversi setting assistenziali (ospedale, territorio, domicilio, RSA, etc.), tra professionisti sanitari, tra interventi sanitari, socio-sanitari e sociali
- Inadeguata presa in carico, sanitaria e socio-sanitaria, dei pazienti con malattie croniche

## ***Criticità***

### **Medici di Medicina Generale (MMG) e Pediatri di Libera Scelta (PLS)**

- Difficoltà di iscrizione a MMG/PLS nei pressi della propria residenza
- Irreperibilità di MMG/PLS nella fascia oraria 8-20 dei giorni feriali e in quella 8-14 del sabato (in assenza di continuità assistenziale)
- Difficoltà a ottenere visite domiciliari da MMG o PLS, anche nei casi previsti
- Elevato turnover di MMG/PLS dovuta alla temporaneità degli incarichi

## **Impatto economico**

- Aumento della spesa out-of-pocket
- Spese sanitarie catastrofiche
- Impoverimento delle famiglie per spese sanitarie
- Rinuncia alle prestazioni sanitarie per motivi economici
- Costi indiretti conseguenti a inefficienze del SSN: spese di trasporto per cure fuori sede, perdita di giornate lavorative per attese prolungate, spostamenti ripetuti, esami duplicati

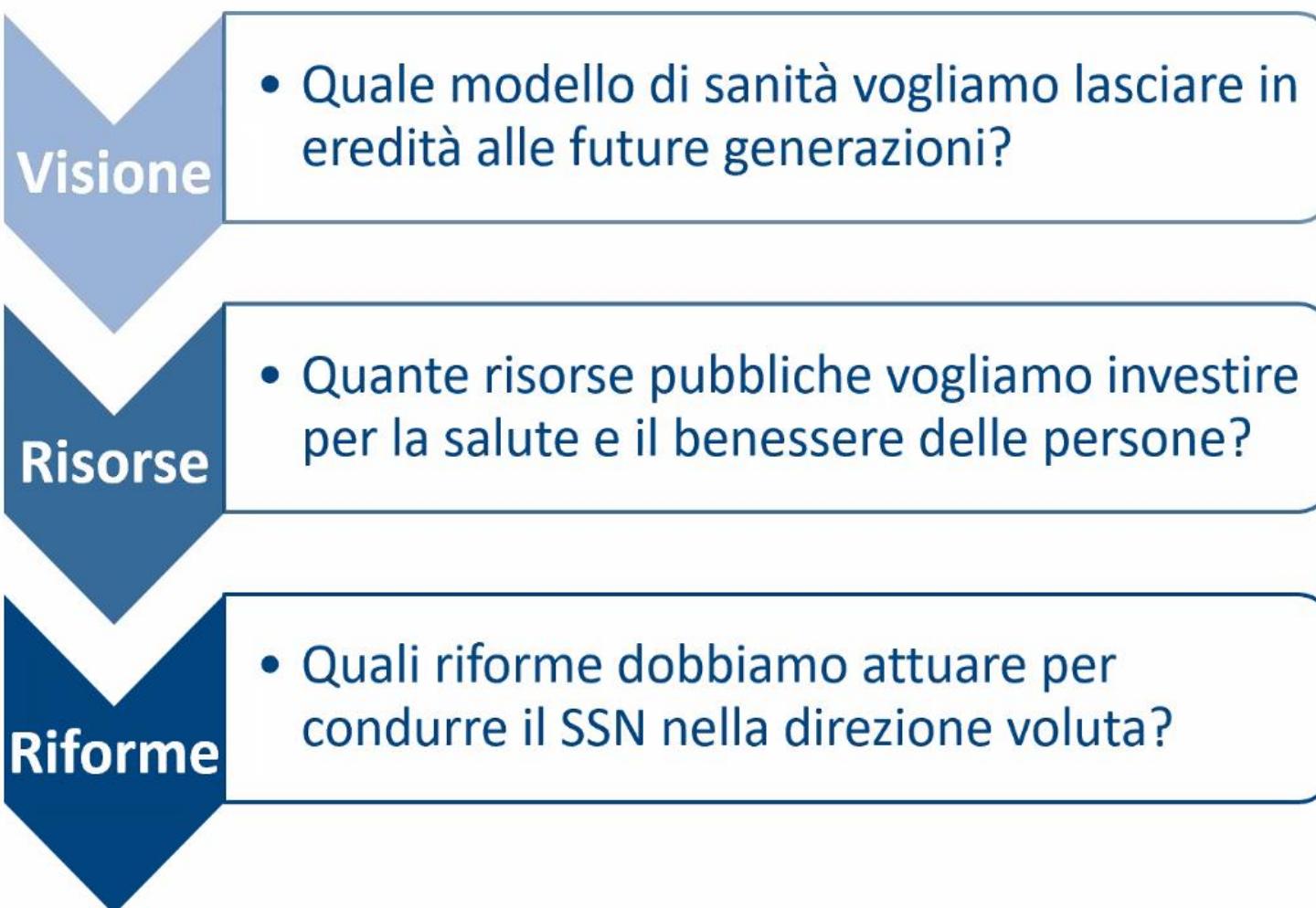
## **Diseguaglianze**

- Diseguaglianze di accesso a servizi e prestazioni sanitarie: regionali, aree urbane vs aree rurali, correlate al livello socio-economico, al grado di istruzione, al sesso, al genere e all'orientamento sessuale
- Accesso limitato alle innovazioni farmacologiche e tecnologiche
- Difficoltà di accesso ai servizi digitali sanitari, come SPID, Fascicolo Sanitario Elettronico, CUP online
- Barriere fisiche e organizzative per le persone con disabilità: accessi inadeguati, assenza di supporto alla comunicazione, assenza di percorsi dedicati

## ***Criticità***

### **Altro**

- Necessità di ricorrere alla mobilità sanitaria interregionale
- Attese prolungate per il rilascio della documentazione clinica



**Visione**

- Quale modello di sanità vogliamo lasciare in eredità alle future generazioni?

**Risorse**

- Quante risorse pubbliche vogliamo investire per la salute e il benessere delle persone?

**Riforme**

- Quali riforme dobbiamo attuare per condurre il SSN nella direzione voluta?

Politico

**Un nuovo Patto per  
rilanciare il Servizio  
Sanitario Nazionale**

Sociale

Professionale

# Piano di rilancio del SSN

**1. SALUTE IN TUTTE LE POLITICHE.** Mettere la salute e il benessere delle persone al centro

di tutte le decisioni politiche: non solo sanitarie, ma anche ambientali, industriali, sociali, economiche e fiscali, oltre che in materia di istruzione, formazione e ricerca (*Health in All Policies*).

**2. PREVENZIONE E PROMOZIONE DELLA SALUTE.** Diffondere la cultura e aumentare gli

investimenti in prevenzione e promozione della salute, attuando l'approccio integrato *One Health*, che riconosce l'interdipendenza tra la salute delle persone e quella di animali, piante e ambiente.

# Piano di rilancio del SSN

**3. GOVERNANCE STATO-REGIONI.** Potenziare le capacità di indirizzo e verifica dello Stato sulle Regioni, nel rispetto dei loro poteri, per ridurre diseguaglianze, iniquità e sprechi e garantire il diritto costituzionale alla tutela della salute.

**4. FINANZIAMENTO PUBBLICO.** Aumentare in maniera progressiva e consistente il finanziamento pubblico della sanità per allinearla alla media dei paesi europei, al fine di garantire il rilancio delle politiche del personale sanitario, l'erogazione uniforme dei LEA e l'equità di accesso alle innovazioni.

# Piano di rilancio del SSN

**5. LIVELLI ESSENZIALI DI ASSISTENZA.** Garantire l'aggiornamento continuo dei LEA al fine di rendere rapidamente accessibili le innovazioni e di escludere le prestazioni sanitarie obsolete, riducendo così le diseguaglianze regionali nell'esigibilità dei LEA.

**6. SERVIZI SANITARI E SOCIO-SANITARI.** Programmare l'offerta secondo i reali bisogni di salute della popolazione e renderla disponibile tramite reti multiprofessionali integrate, per superare la frammentazione tra ospedale e territorio e tra assistenza sanitaria e sociale.

# Piano di rilancio del SSN

**7. PERSONALE SANITARIO.** Rilanciare le politiche sul capitale umano, sbloccare i tetti di spesa per le assunzioni per potenziare gli organici, incrementare contrattualmente i salari per valorizzare la colonna portante della sanità pubblica e rendere nuovamente attrattiva la carriera nel SSN oltre che migliorare i carichi di lavoro al fine di evitare la "fuga" dalla sanità pubblica.

**8. SPRECHI E INEFFICIENZE.** Ridurre inappropriatezze e inefficienze, contrastare frodi e abusi e riallocare le risorse recuperate in servizi essenziali e innovazioni, aumentando il valore della spesa sanitaria.

# Piano di rilancio del SSN

**9. RAPPORTO PUBBLICO-PRIVATO.** Favorire una sana integrazione tra pubblico e privato convenzionato, al fine di garantire un'offerta equa di prestazioni a carico del SSN e ridurre la necessità per i cittadini di ricorrere al libero mercato.

**10. SANITÀ INTEGRATIVA.** Rendere i fondi sanitari realmente integrativi rispetto alle prestazioni già incluse nei LEA, al fine di arginare diseguaglianze, privatizzazione, erosione di risorse pubbliche e derive consumistiche.

# Piano di rilancio del SSN

**11. TRASFORMAZIONE DIGITALE.** Promuovere cultura e competenze digitali della popolazione, in particolare di professionisti sanitari, pazienti, familiari e caregiver, rimuovendo gli ostacoli alla digitalizzazione, per non generare nuove diseguaglianze e migliorare l'equità di accesso ai servizi sanitari e l'efficienza del SSN.

**12. RICERCA INDEPENDENTE.** Potenziare la ricerca clinica e organizzativa e la valutazione d'impatto delle politiche pubbliche sulla salute, integrandole in un programma nazionale di ricerca e sviluppo, al fine di produrre evidenze scientifiche per informare scelte e investimenti in sanità.

# Piano di rilancio del SSN

**13. DATI PUBBLICI E ACCESSIBILI.** Rendere disponibili in formato aperto (*open data*) tutti i dati della sanità per favorire studi indipendenti, valutazioni comparative, partecipazione civica e decisioni politiche informate, rafforzando la trasparenza del sistema.

**14. INFORMAZIONE SCIENTIFICA.** Potenziare l'informazione istituzionale basata sulle evidenze scientifiche e migliorare l'alfabetizzazione sanitaria e digitale, al fine di favorire decisioni informate sulla salute, ridurre il consumismo sanitario e contrastare le fake news.

# Piano di rilancio del SSN

**15. PARTECIPAZIONE E COESIONE SOCIALE.** Aumentare la consapevolezza civica del valore del SSN e promuovere la partecipazione attiva di cittadini, comunità locali e organizzazioni della società civile alla tutela del SSN, riconoscendolo come motore di coesione sociale, equità e sviluppo.

# *Perché rafforzare il Sistema Sanitario Nazionale?*

Il SSN è una conquista sociale irrinunciabile, un pilastro della democrazia, uno strumento di coesione sociale e un motore per lo sviluppo economico del Paese

Il livello di salute e benessere delle persone e della popolazione condiziona la crescita economica del Paese

La perdita del SSN compromette la salute delle persone, mortifica la loro dignità e riduce le loro capacità di realizzare ambizioni e obiettivi

# 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.*

17 articoli

**L'iniziativa della CGIL**

# Proposta di Legge di iniziativa popolare

*17 articoli*

Art. 1 Finalità, principi fondamentali e governo pubblico del SSN

Art. 2 Finanziamento del Servizio Sanitario Nazionale

Art. 3 Rafforzamento e valorizzazione del personale del SSN

Art. 4 Adeguamento e qualificazione del personale del SSN

Art. 5 Disciplina delle esternalizzazioni

**L'iniziativa della CGIL**

# Proposta di Legge di iniziativa popolare

*17 articoli*

Art. 6 Diritto a condizioni ambientali e lavorative sicure e salubri

Art. 7 Sviluppo dei servizi territoriali e Distretto socio-sanitario

Art. 8 Politiche in favore delle persone anziane e delle persone non autosufficienti

Art. 9 Politiche per la salute di genere, per il supporto alla genitorialità e il sostegno all'educazione sessuale e alle relazioni familiari

**L'iniziativa della CGIL**

# Proposta di Legge di iniziativa popolare

*17 articoli*

Art. 10 Misure per la tutela della salute mentale di adulti, minori e giovani

Art. 11 Misure di tutela della salute a favore delle persone che usano droghe, delle persone che giocano d'azzardo e con comportamenti affini

Art. 12 Misure per il rispetto dei tempi di attesa

Art. 13 Verifica del percorso compiuto verso il rafforzamento del SSN

**L'iniziativa della CGIL**

# Proposta di Legge di iniziativa popolare

*17 articoli*

Art. 14 Potenziamento della ricerca indipendente e governo della assistenza farmaceutica

Art. 15 Programmazione sanitaria

Art. 16 Copertura finanziaria

Art. 17 Entrata in vigore

**L'iniziativa della CGIL**

# Proposta di Legge di iniziativa popolare

*Grazie e  
arrivederci alla  
raccolta di firme!*

**L'iniziativa della CGIL**