

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

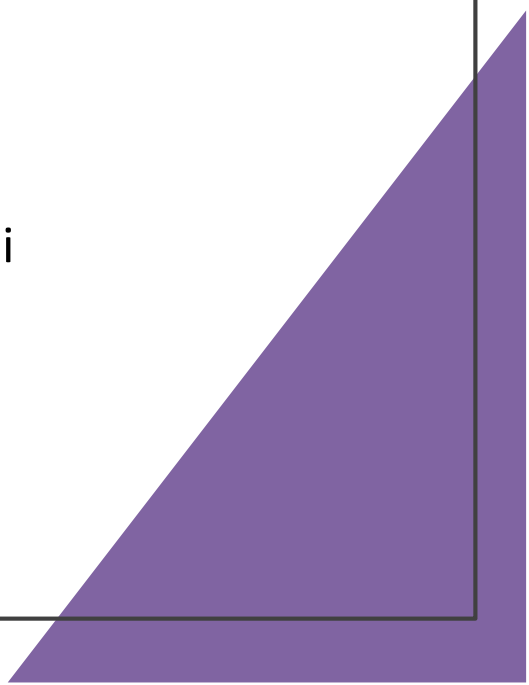
\*Fonte: ISTAT – Regione Veneto, elaborazione 2025

# La povertà in Italia - Anno 2024

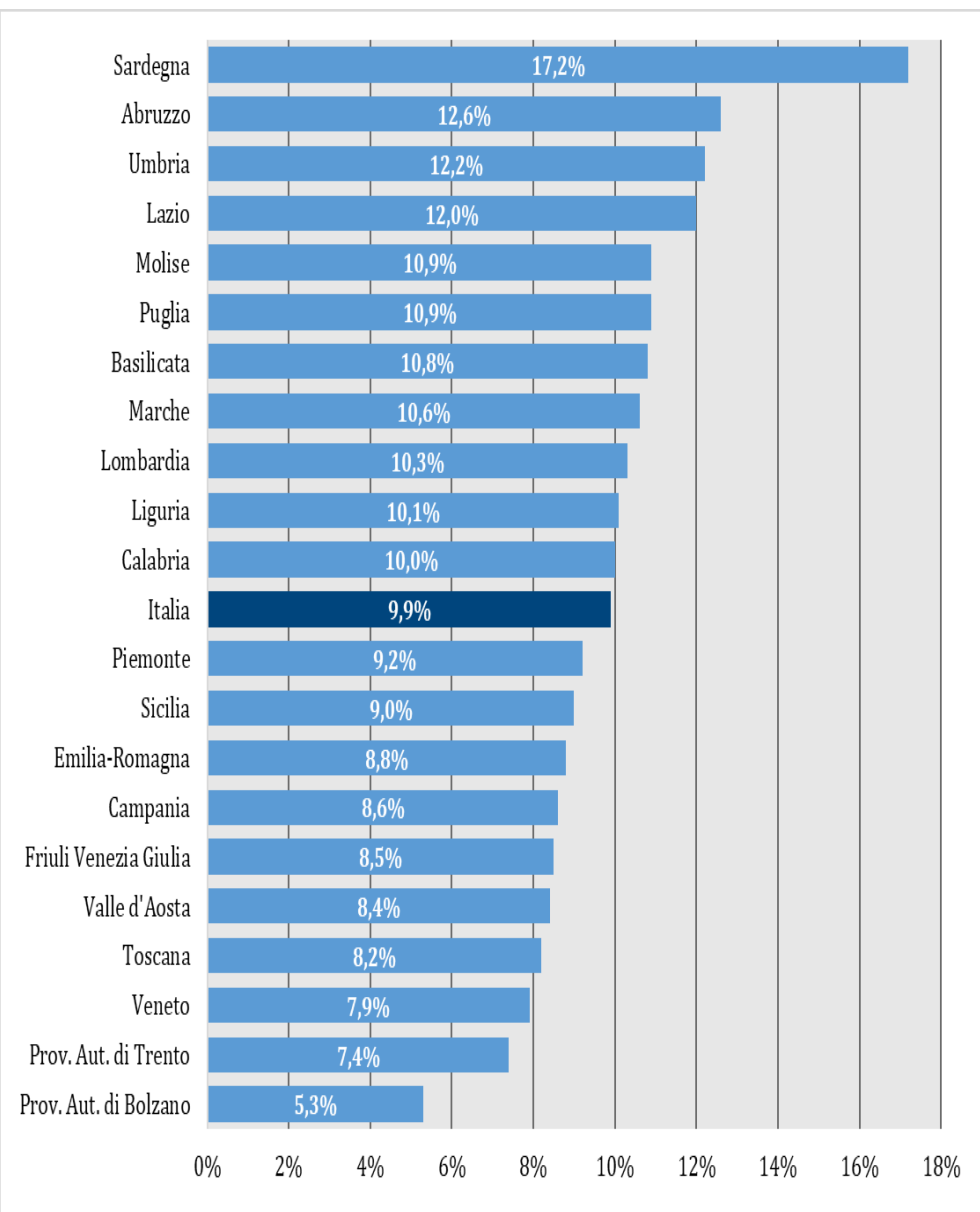
Nel 2024, si stima in oltre **2,2 milioni le famiglie** in condizione di **povertà assoluta** – l'8,4% delle famiglie residenti – per un totale di **5,7 milioni di individui**, il 9,8% dei residenti.

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

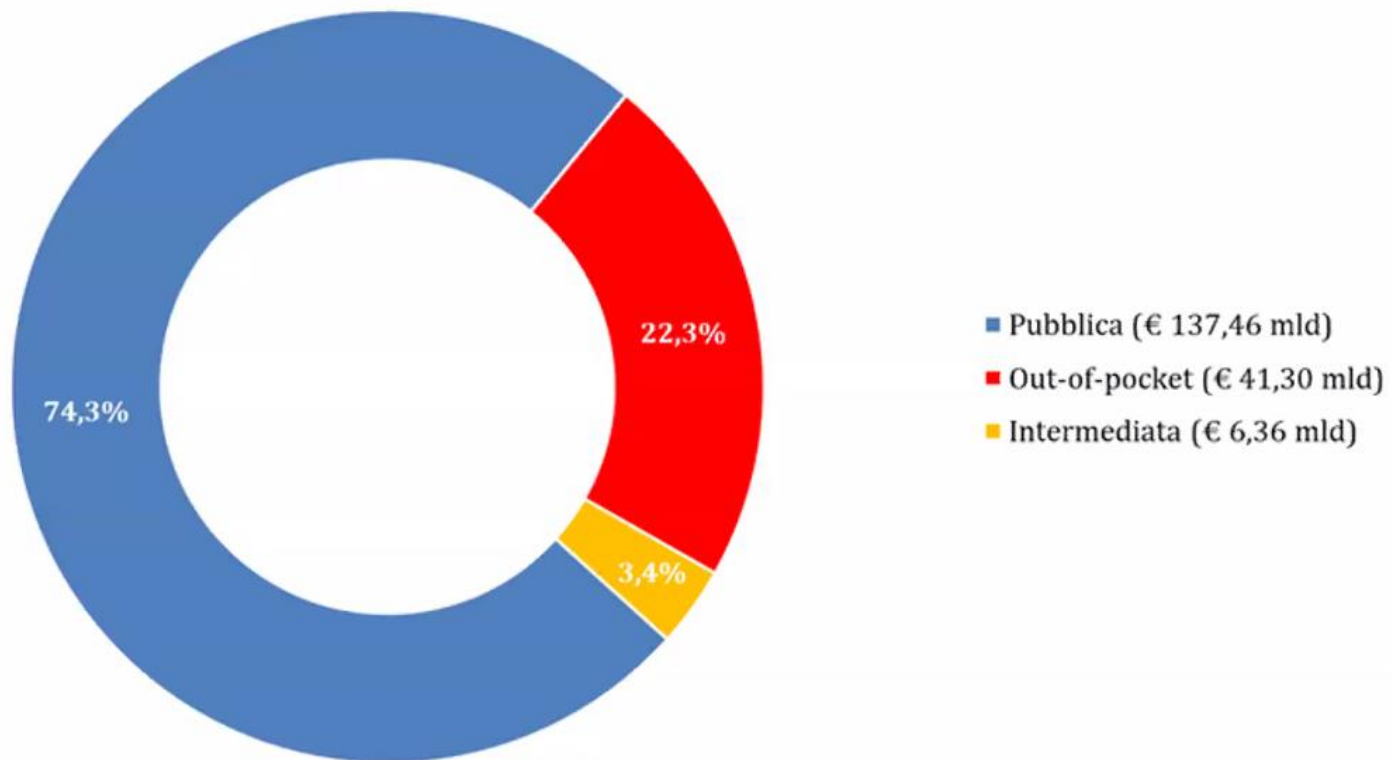
## FINANZIAMENTO


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)

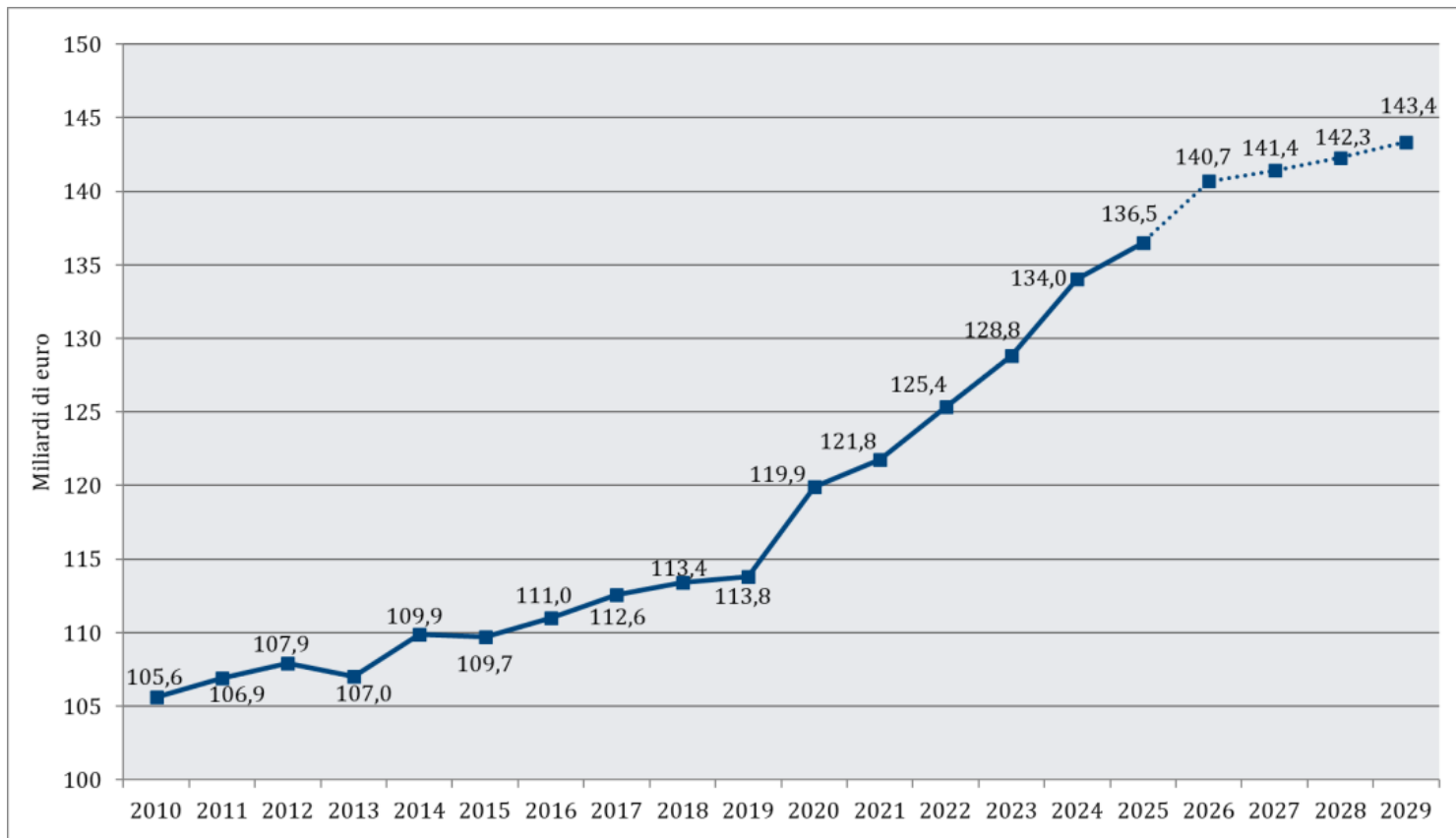
Le risorse provengono dal **Fondo Sanitario Nazionale, compartecipazioni regionali e ticket.**

# I Numeri del SSN

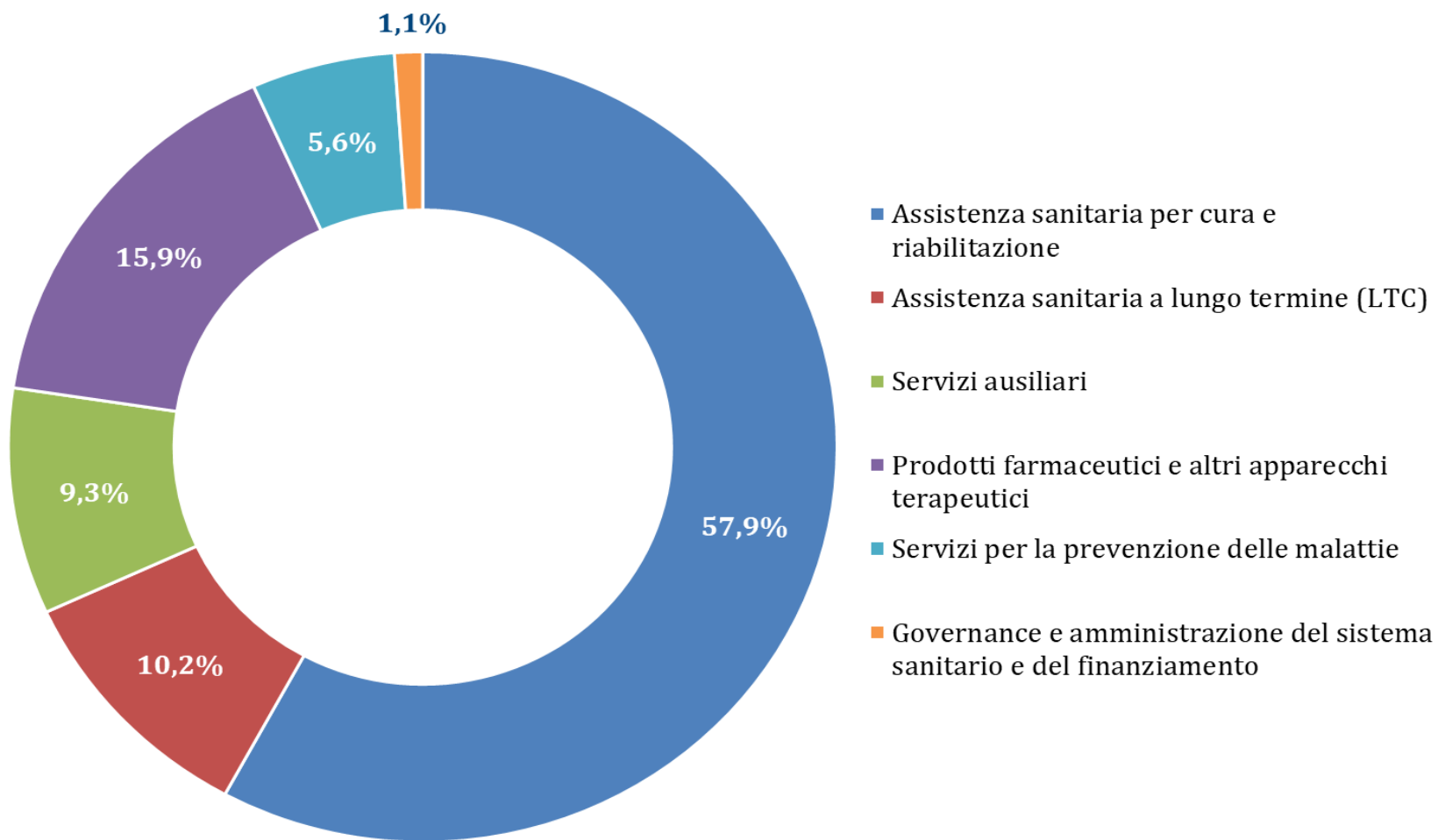
Secondo i dati ISTAT-SHA, nel 2024 la spesa sanitaria totale in Italia ha raggiunto € 185,12 miliardi di cui:

- € 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.

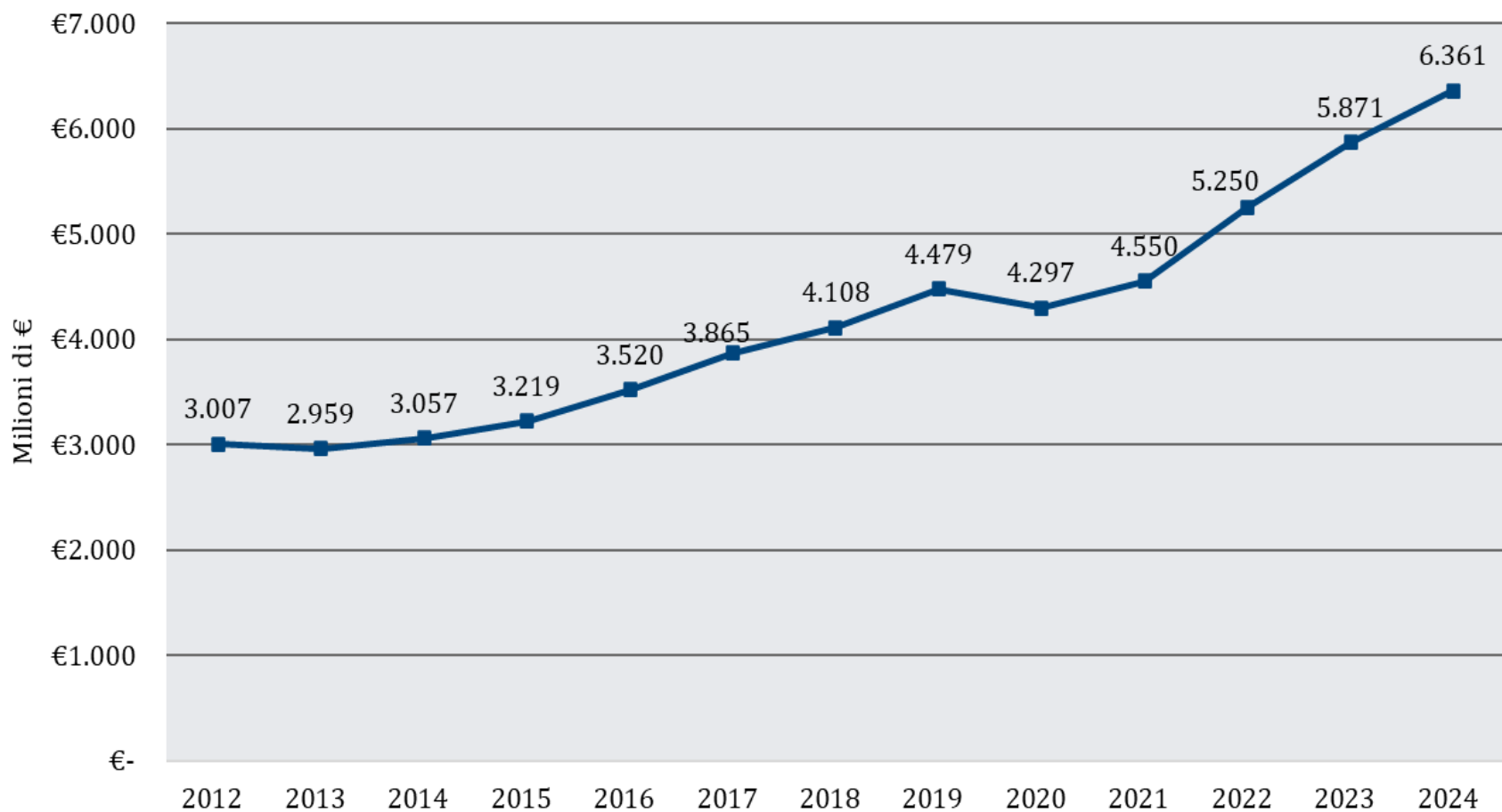




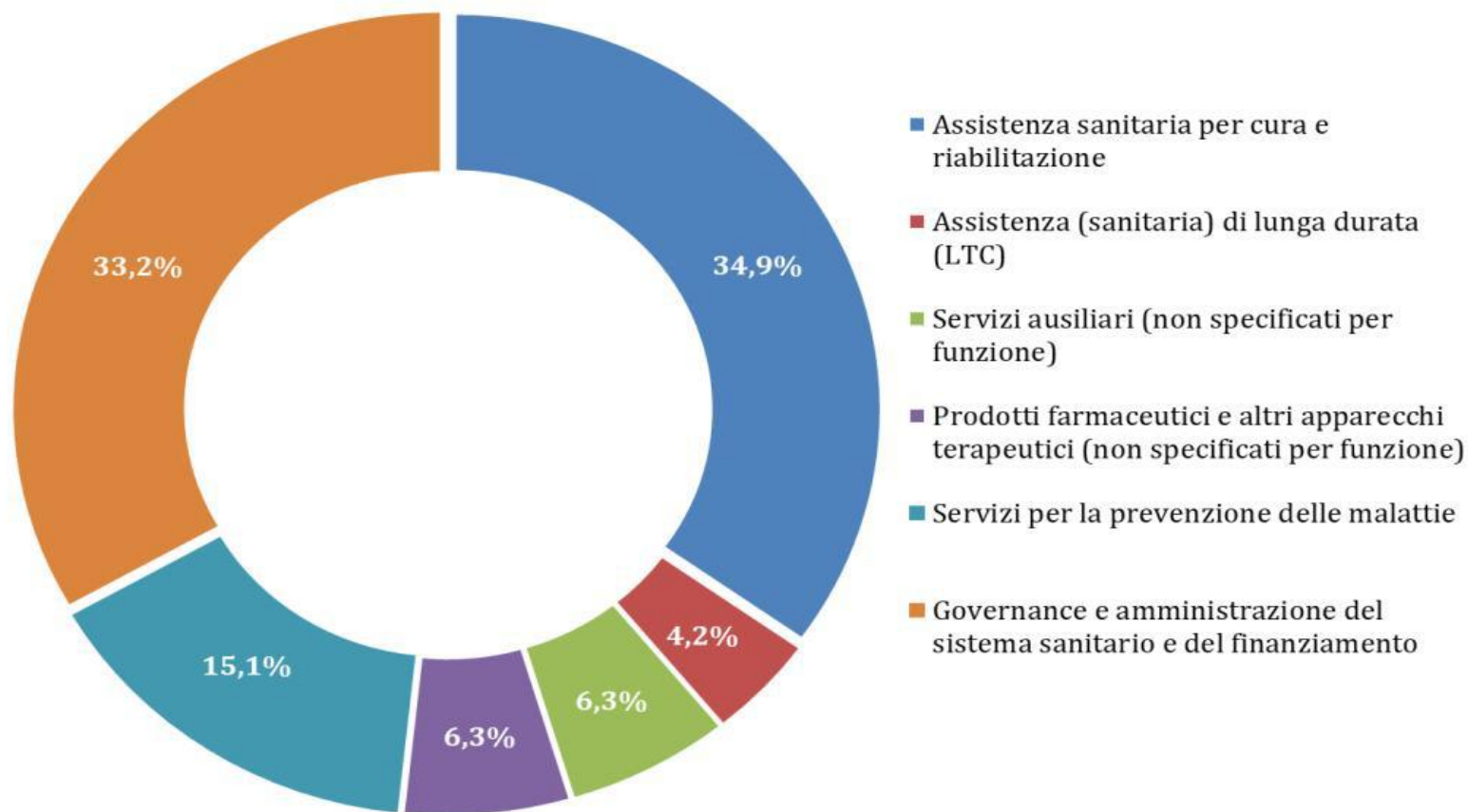
**Fabbisogno Sanitario Nazionale in MLD €**



**Spesa sanitaria pubblica per funzioni di assistenza sanitaria 2024**

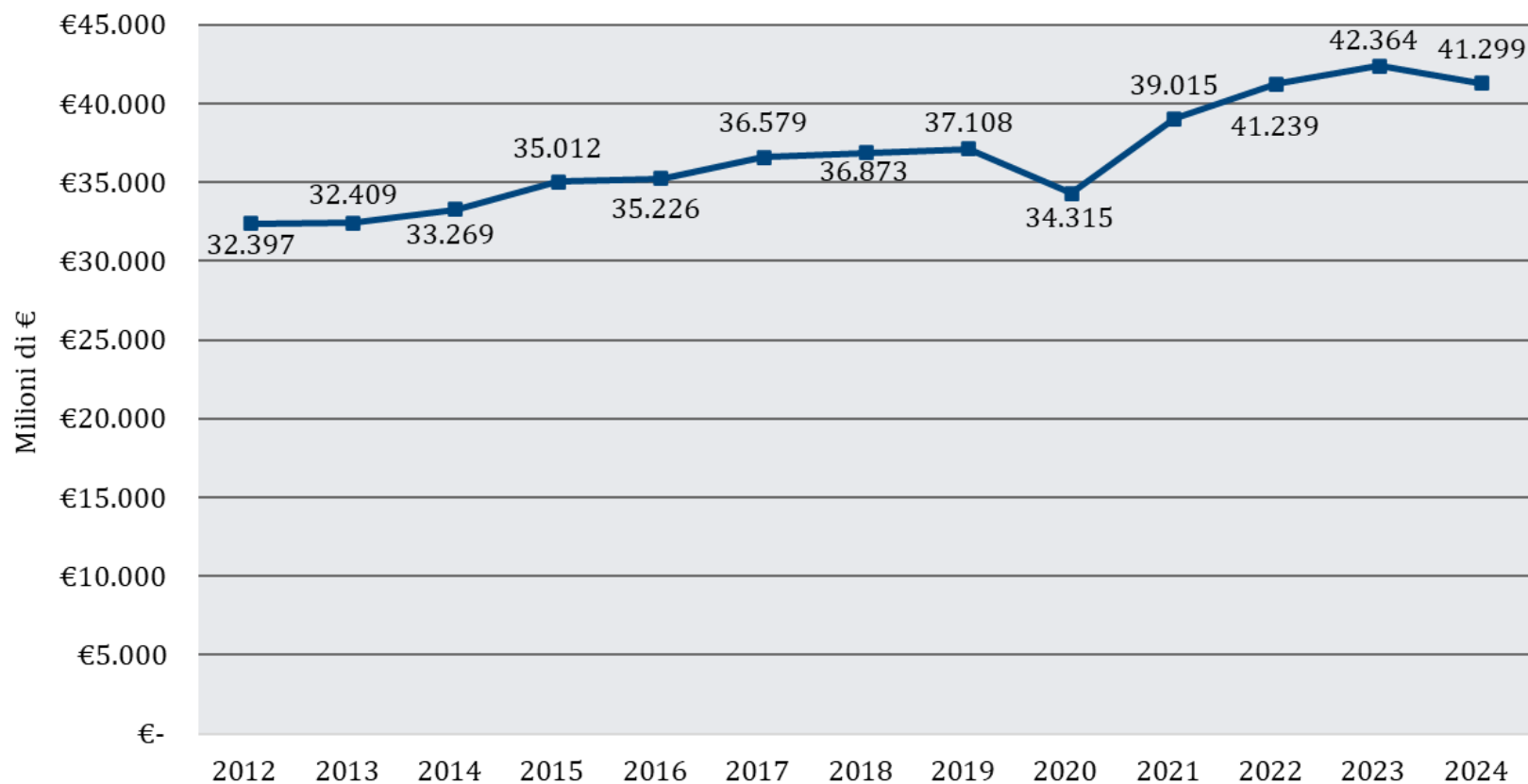


**Spesa Sanitaria intermediata (fondi, assicurazioni,...) 2012-20124**

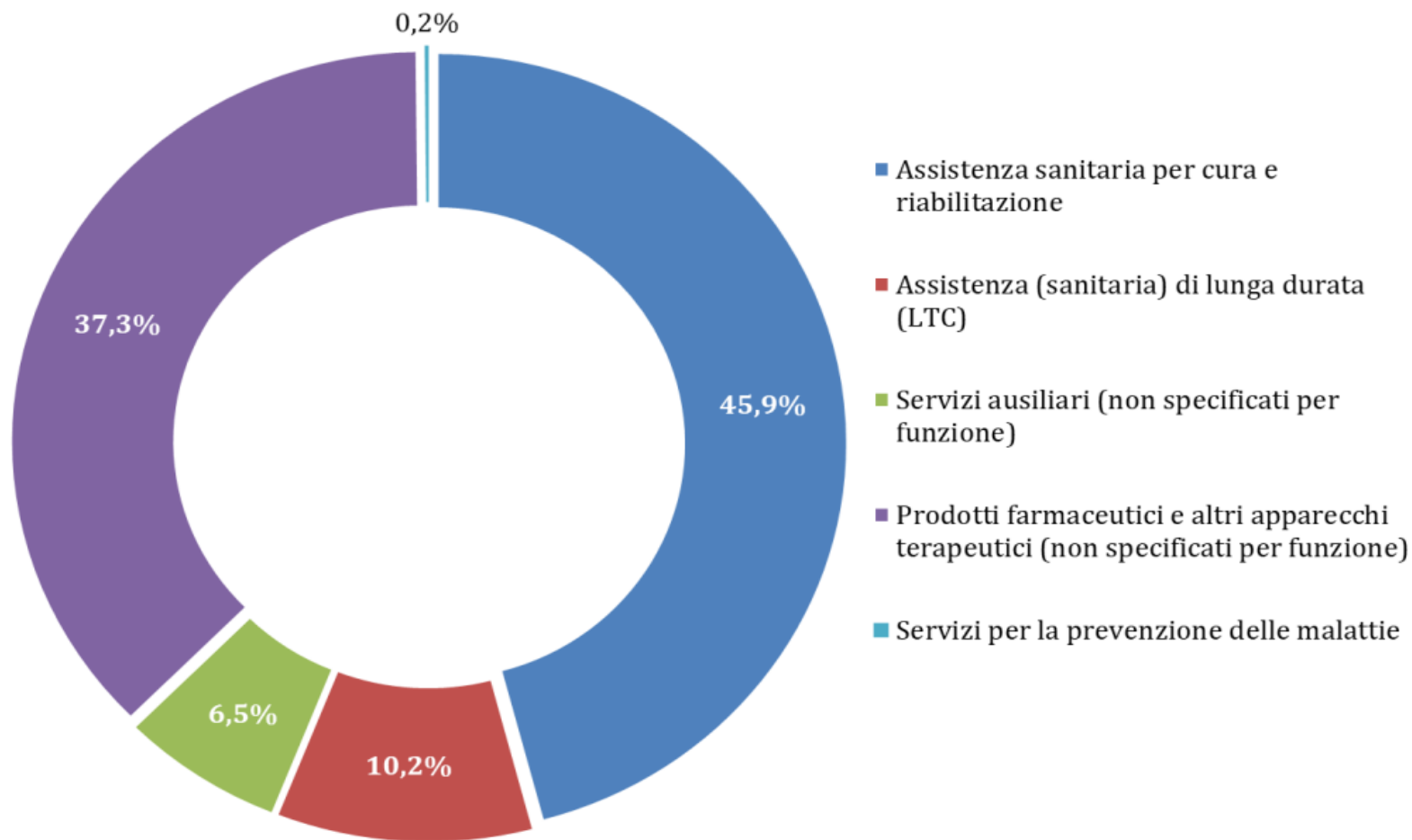


**Spesa sanitaria intermediata (fondi, assicurazioni,...) per funzione di spesa**



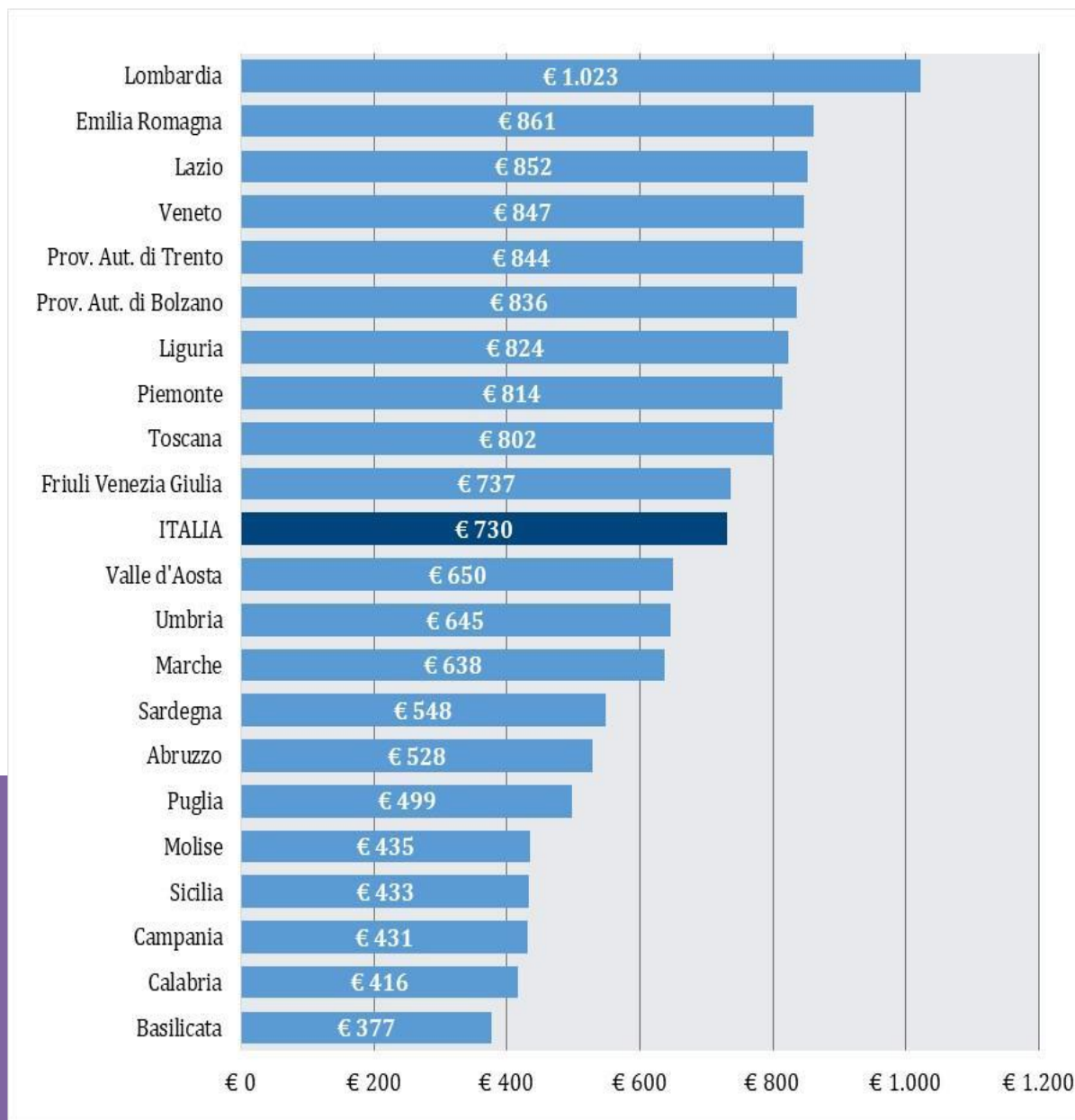


## Spesa Sanitaria Out of Pocket 2012-20124



**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)

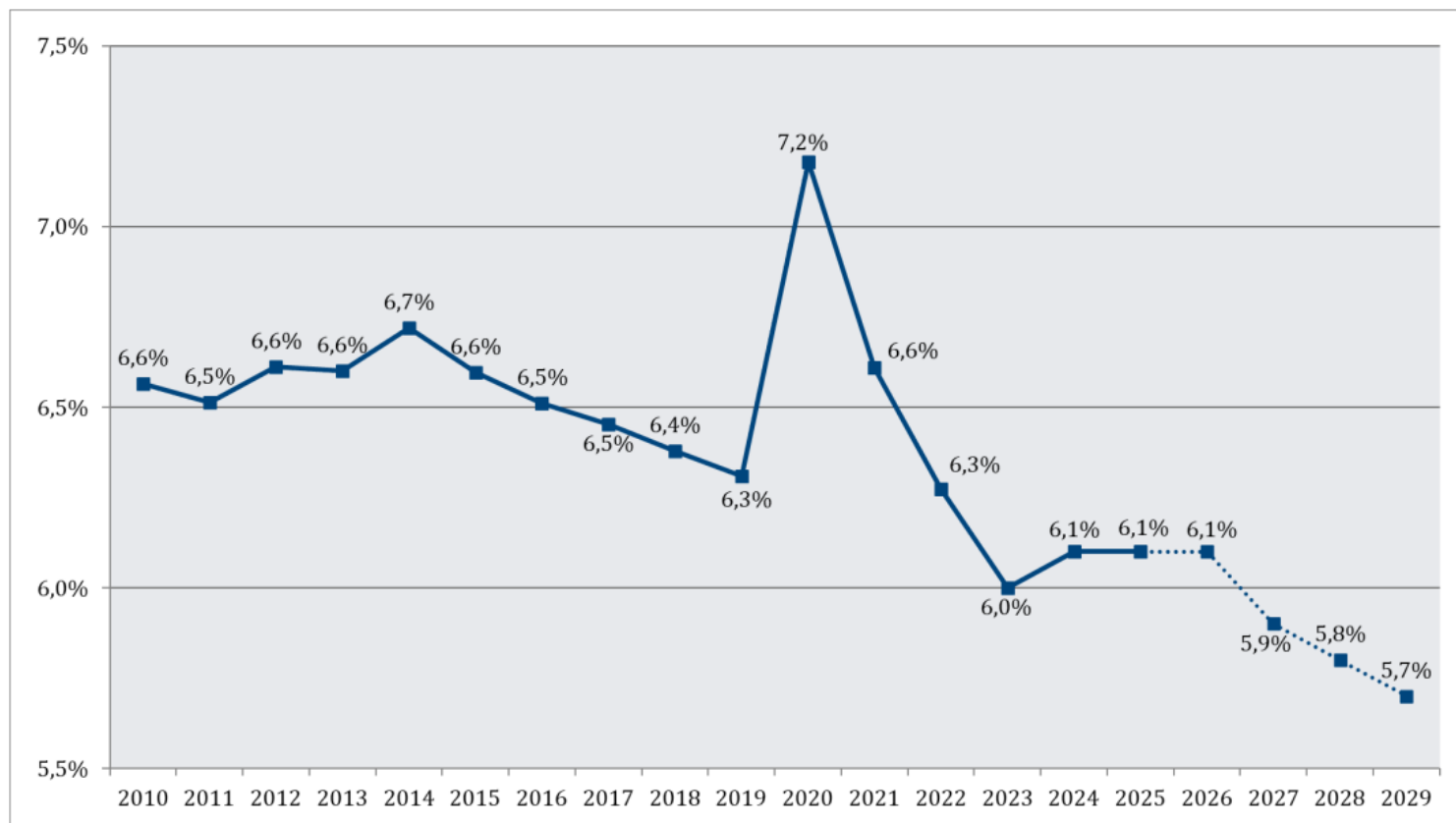
- 4,14 milioni di famiglie (15,7%)

### Indisponibilità economiche temporanee (2024)

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

### Rinuncia a prestazioni sanitarie (2024)

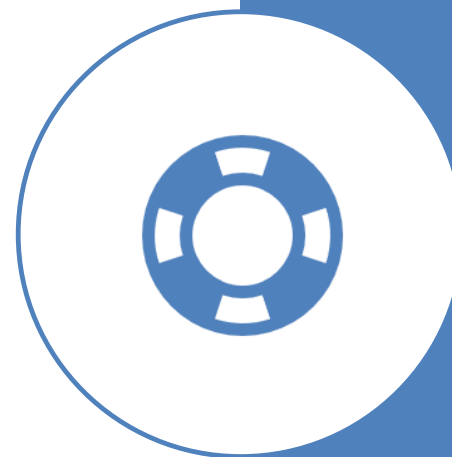
- 5,8 milioni di persone (9,9%)



## 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

## LIVELLO POLITICO

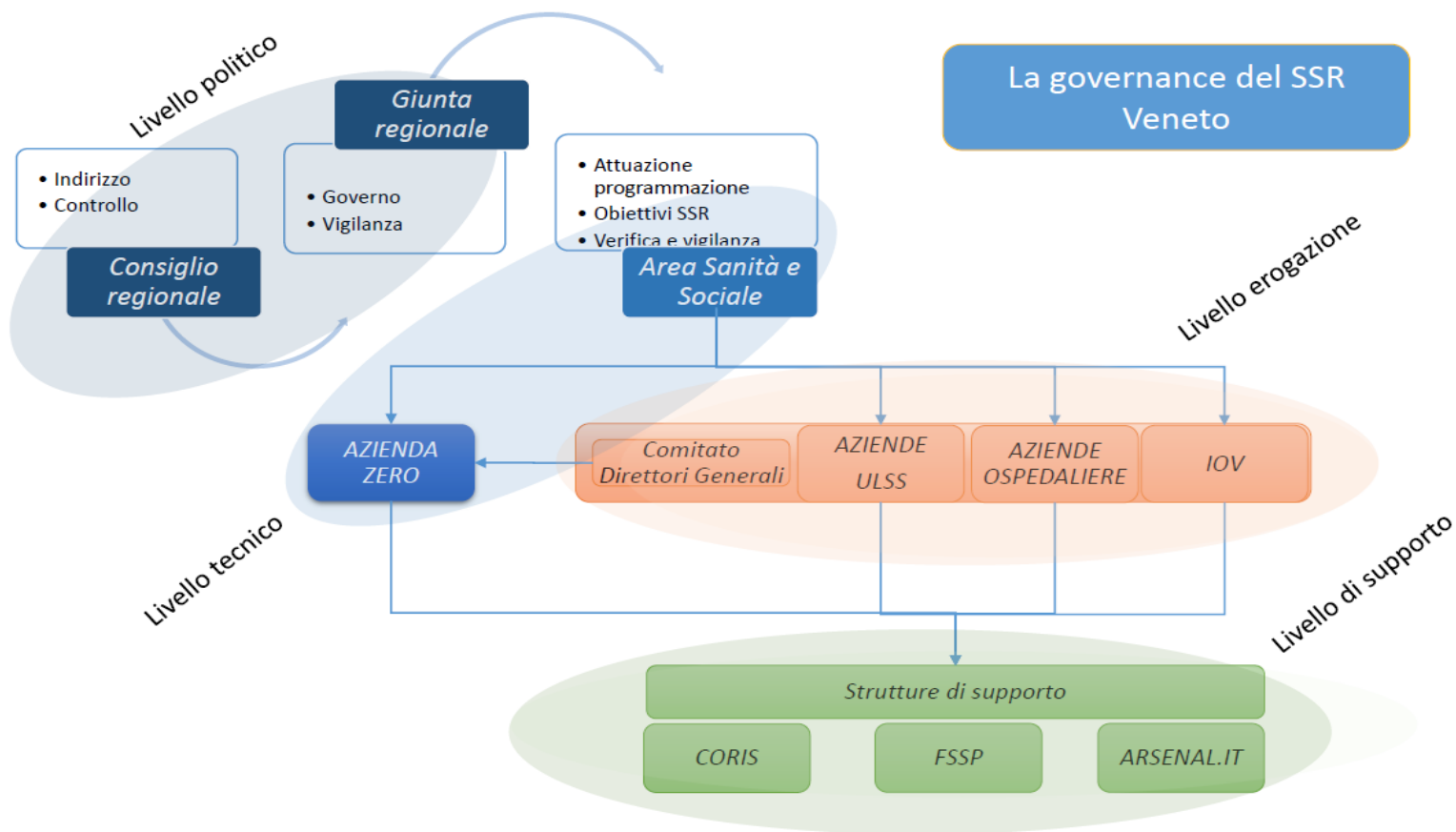


## LIVELLO GESTIONALE





# 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

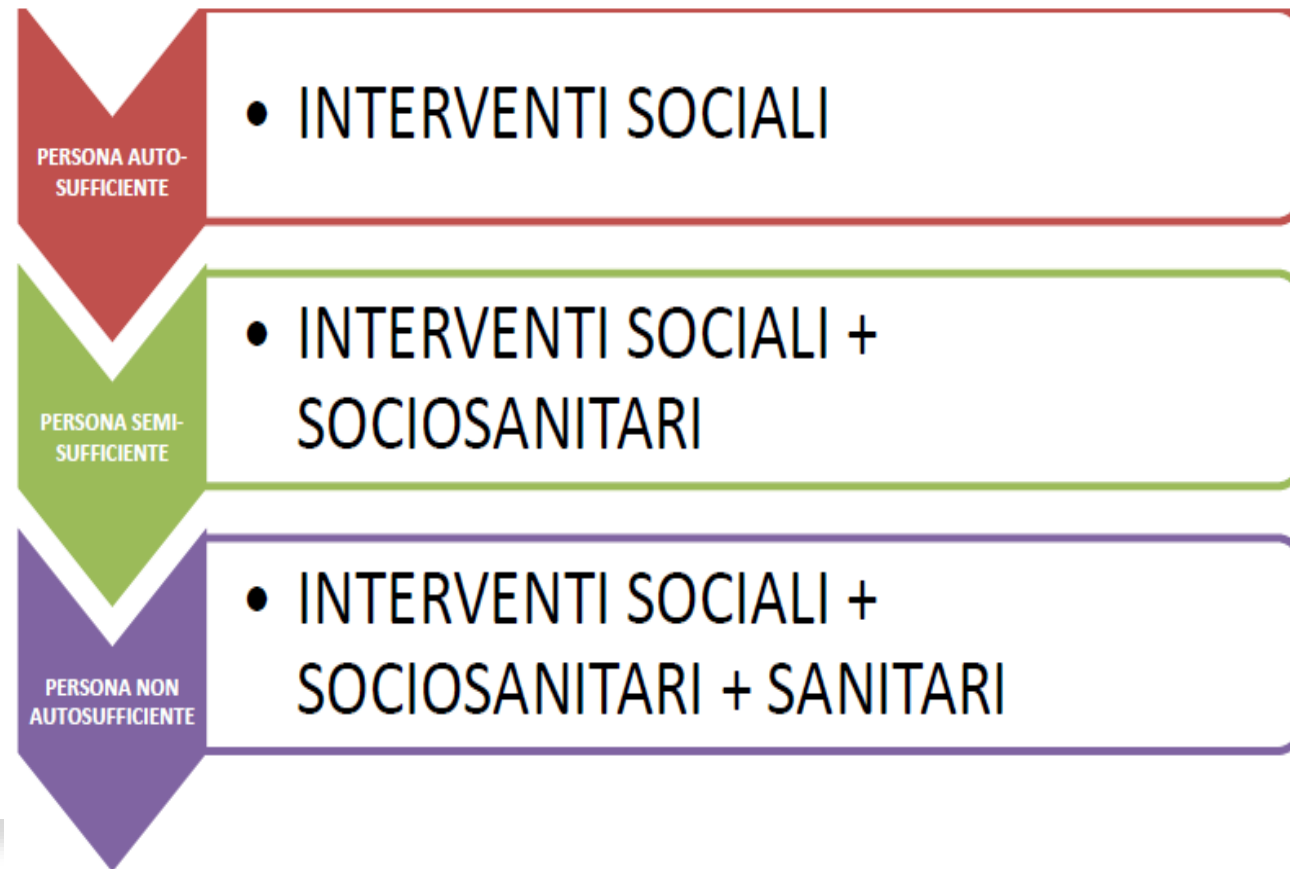
Il Veneto è diviso in:

- 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.



INTENSITA' DELLE CURE

## 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

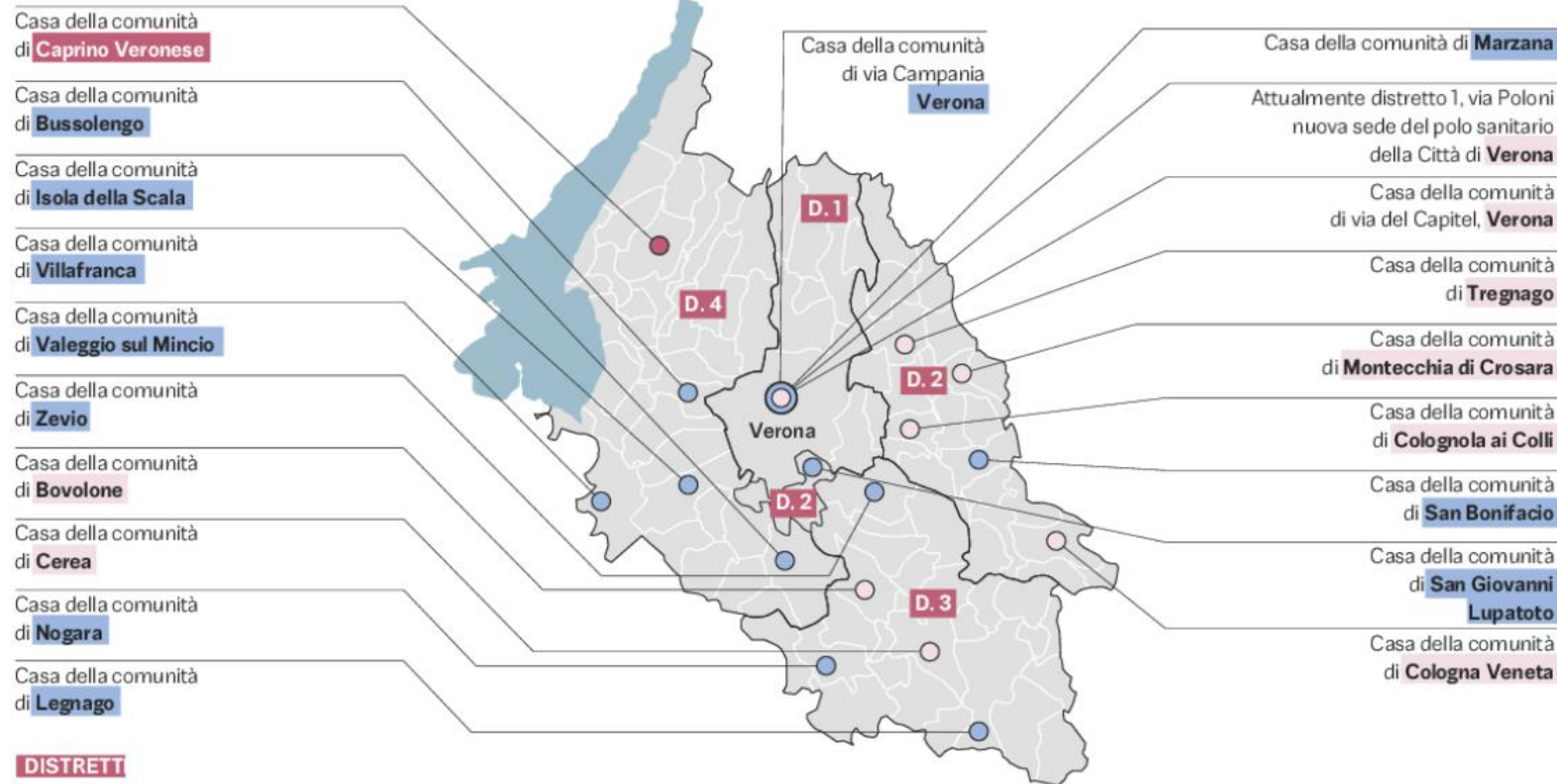
Le risorse orientate alle  
nuove strutture  
territoriali (Case di  
Comunità, Ospedali di  
Comunità),  
digitalizzazione e  
formazione.

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

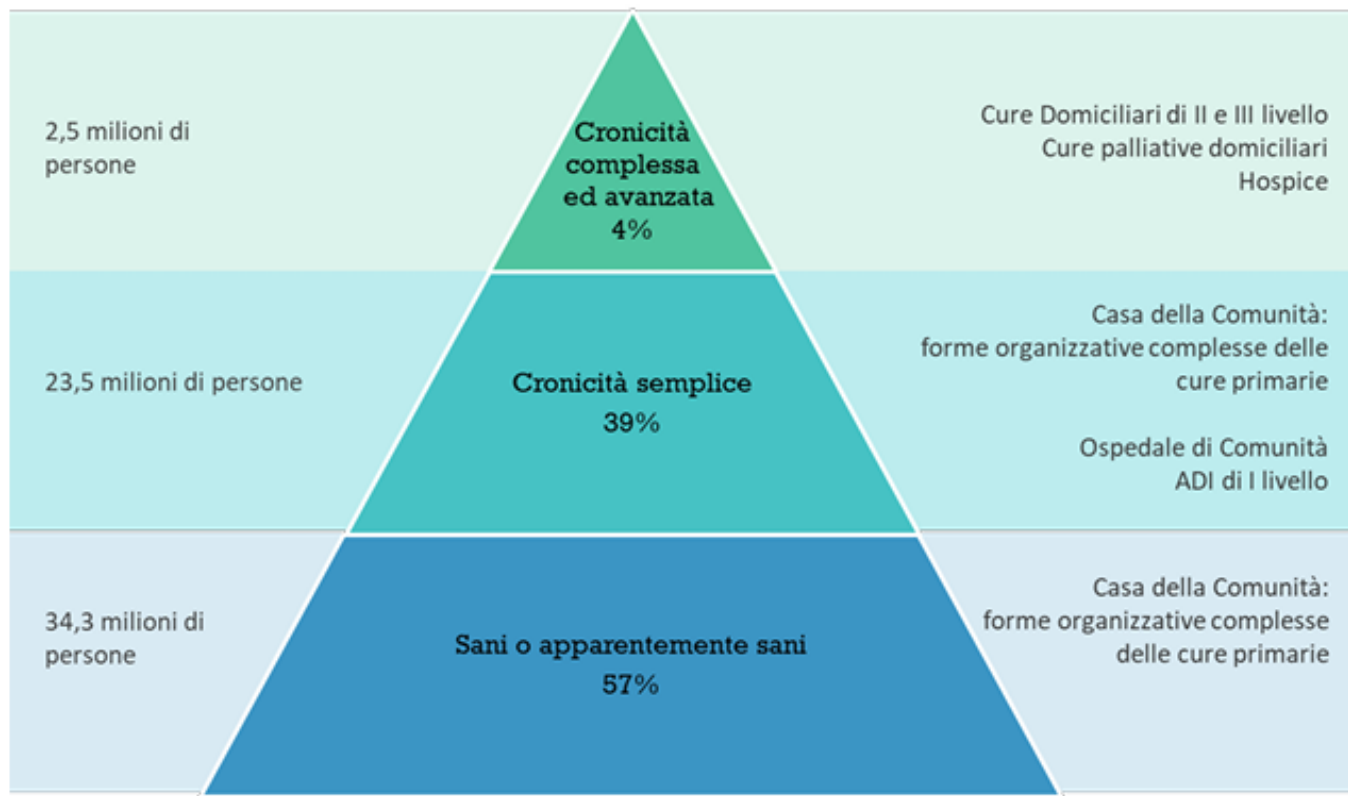
## La mappa dell'Ulss 9

In provincia di Verona

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

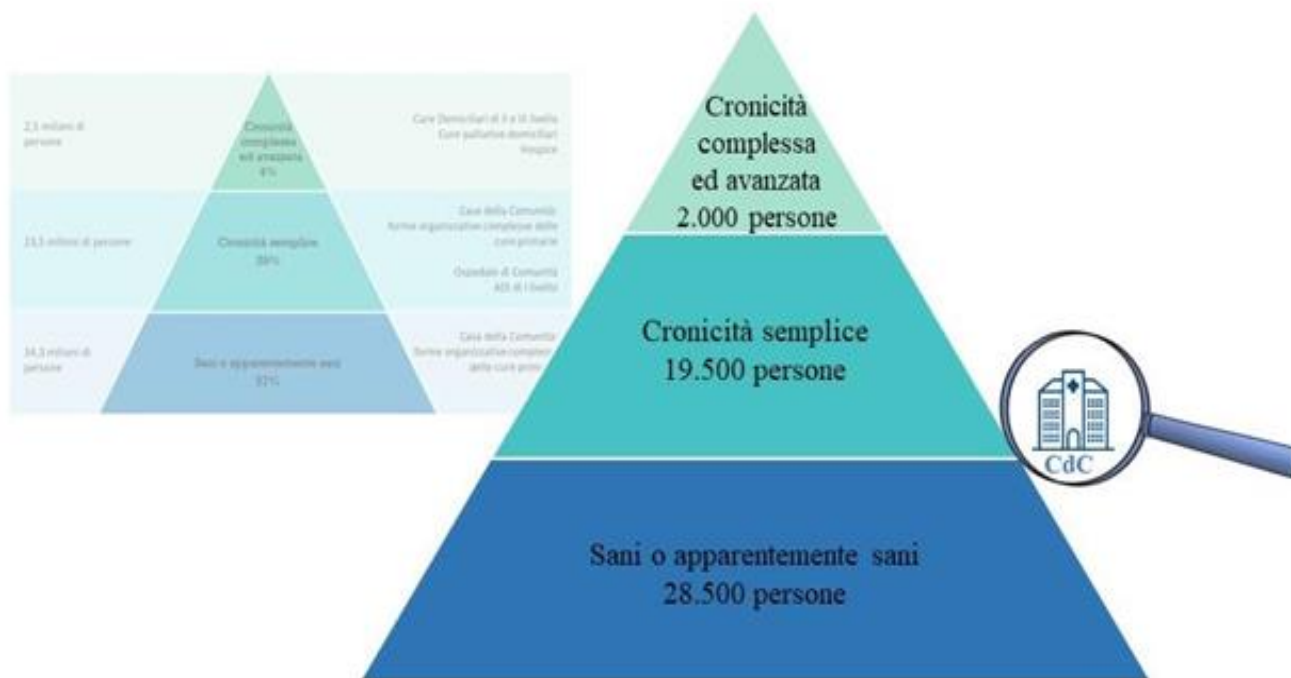


## CDC Tipo stratificazione della popolazione per bisogno e setting



[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

Casa della Comunità

Cittadino / Paziente

Servizi Territoriali nei distretti:

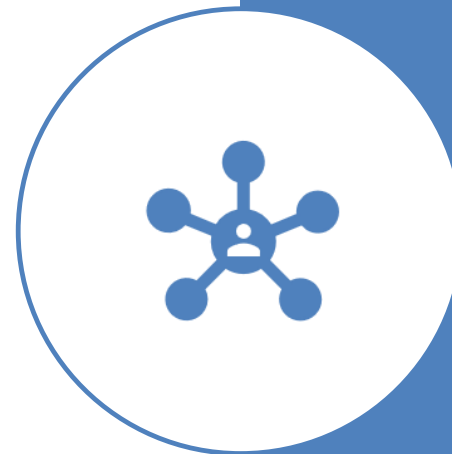
|            |                                  |
|------------|----------------------------------|
| <b>COT</b> | Centrale Operativa Territoriale  |
| <b>ADI</b> | Assistenza Domiciliare Integrata |
| <b>PUA</b> | Punto Unico di Accesso           |

# 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)**

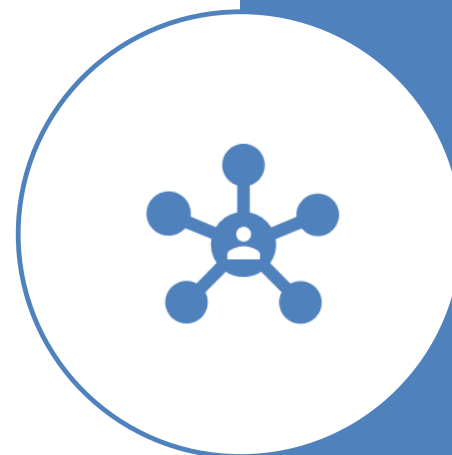
- ☞ **NON** gestiscono emergenze
- ☞ **NON** sostituiscono gli ospedali
- ☞ **Filtrano** e indirizzano i bisogni



# 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.

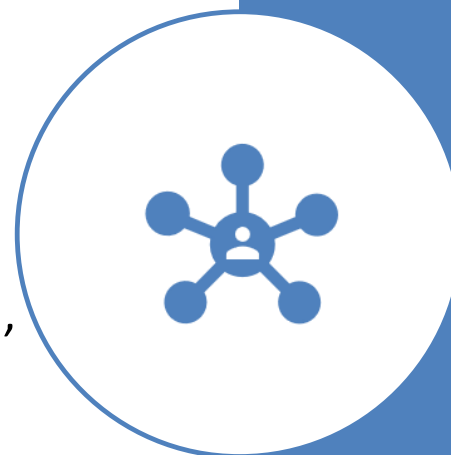
# Verona (schema Hub & Spoke e Case di Comunità)

***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

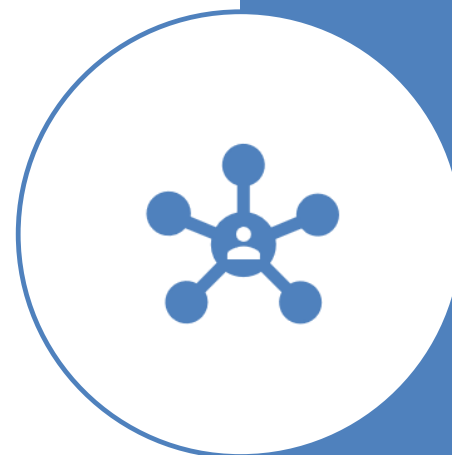
Case di Comunità Reti cliniche integrate: ictus, cardiologia, oncologia, emergenze.



# 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)

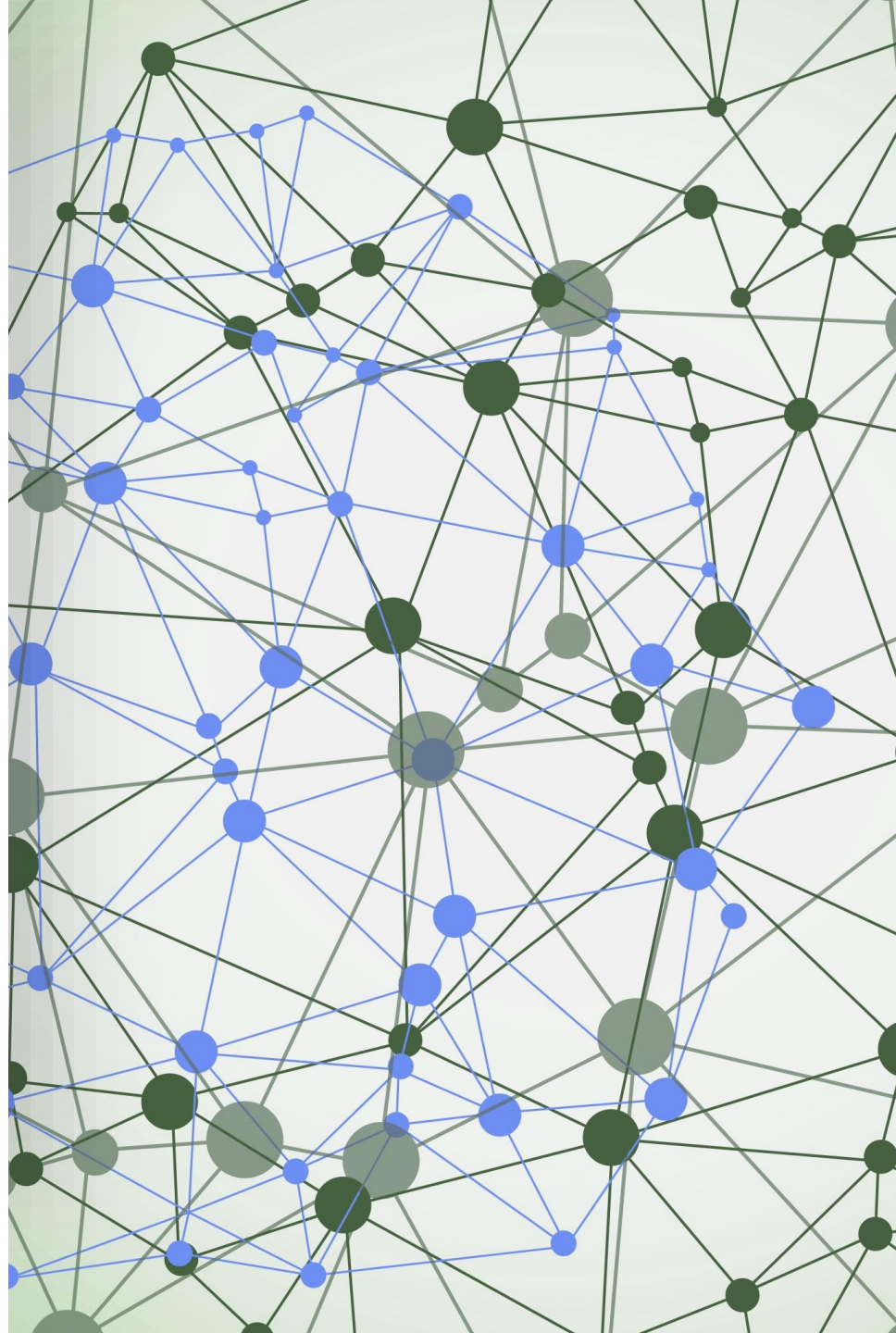


Case della Comunità SPOKE: Verona, Legnago, San Bonifacio, Cerea, Villafranca, Bussolengo, Zevio, Cologna Veneta, ....



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.

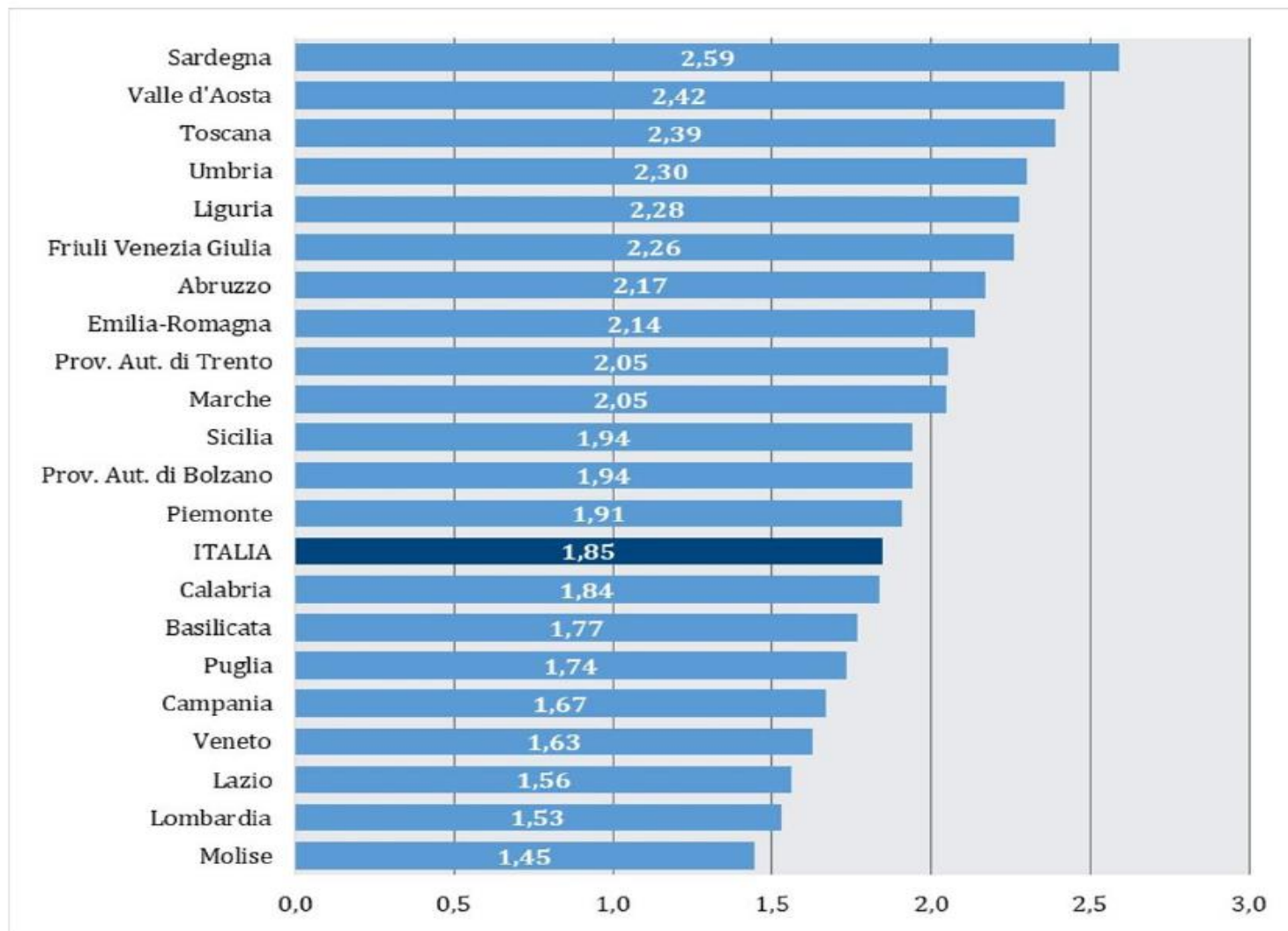
In Italia si contano 5,4 medici ogni 1.000 abitanti, un valore superiore sia alla media OCSE (3,9) sia alla media dei paesi europei (4,1).

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



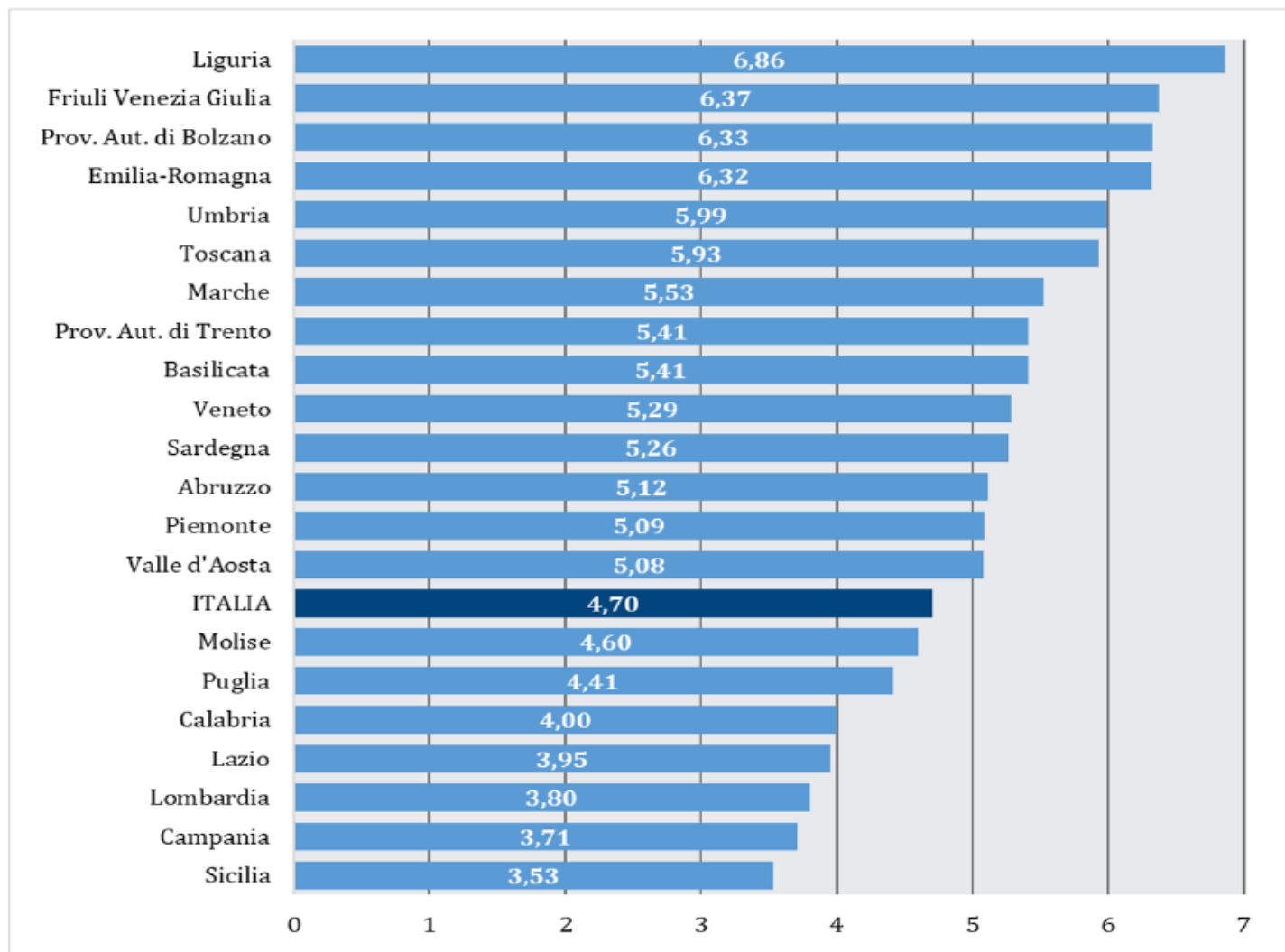
**Infermieri. Nel 2023 gli infermieri a cui si applica il CCNL sanità sono 277.164**, in Italia, la carenza di infermieri è stimata in oltre **65.000 unità** per garantire i livelli essenziali di assistenza (LEA) e colmare le attuali lacune del sistema sanitario.

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



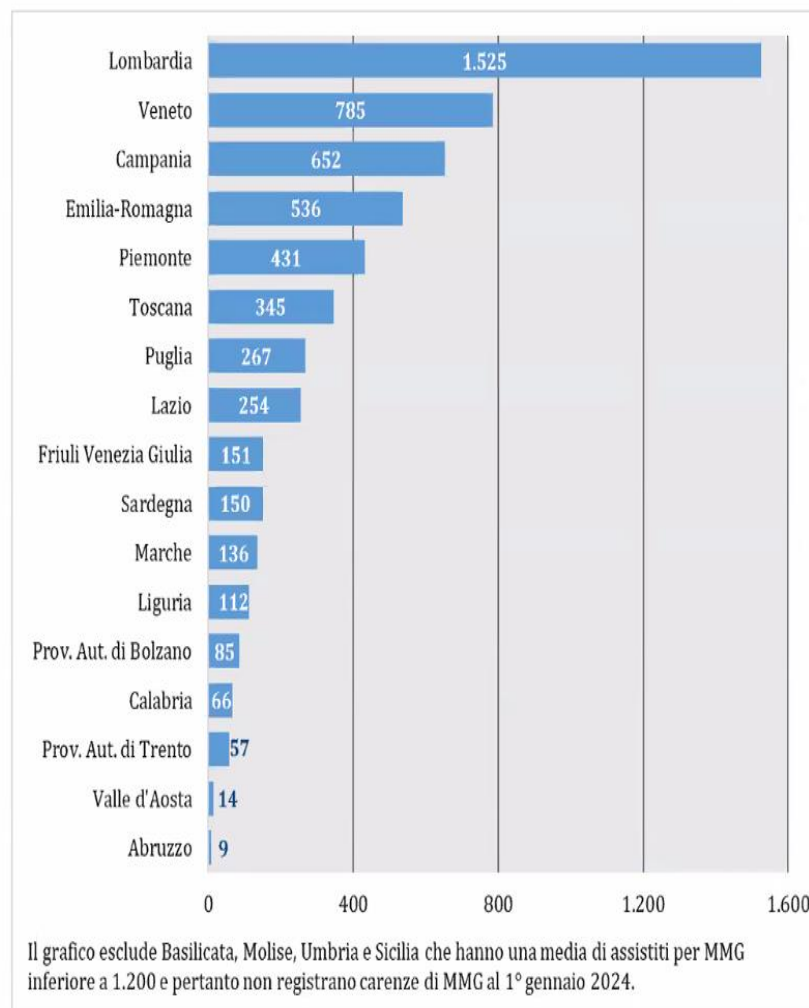
# Medici e infermieri: Italia vs media OCSE

| 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

## 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”

## **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

## **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 inappropriatelyzze 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 INDIPENDENTE.** 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**