



# La Sanità Futura: Un nuovo Patto per la Salute degli Italiani.

---

PROPOSTE PER UN SERVIZIO SANITARIO  
NAZIONALE UNIVERSALE, SOSTENIBILE E  
INNOVATIVO

A CURA DI DEMOCRAZIA SOLIDALE (DEMOS)

2026



# Indice

---

<b>PREMESSA</b>	<b>3</b>
<b>SINTESI PROGRAMMATICA</b>	<b>5</b>
<b>1. IL BIVIO STORICO DEL SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE</b>	<b>10</b>
<b>2. UNA NUOVA VISIONE PER LA SALUTE: PRINCIPI GUIDA PER UN "NUOVO" SSN</b>	<b>25</b>
<b>3. INTERVENTI PROGRAMMATICI PER LA SANITÀ DEL FUTURO</b>	<b>32</b>
<b>4. OBIETTIVI/TRAIETTORIE E UNA TABELLA DI MARCIA PER L'AZIONE</b>	<b>48</b>

---

# Premessa

---

Il Servizio Sanitario Nazionale (SSN) è uno dei risultati più alti della storia della Repubblica Italiana: ha trasformato il diritto alla salute in una promessa concreta di universalità, uguaglianza e solidarietà. Oggi, però, quella promessa è sotto attacco. Anni di sottofinanziamento, tagli lineari, blocco del turnover, crescita della spesa privata e diffusione di forme di sanità integrativa e sostitutiva hanno progressivamente eroso l'universalismo, trasformandolo in molti casi in un universalismo minimo, fatto di prestazioni ridotte, tempi di attesa insostenibili e forti disuguaglianze territoriali.

La retorica del "non ci sono risorse" ha mascherato scelte politiche precise: si è deciso di non investire abbastanza nel SSN, di accettare che una quota crescente di bisogni di cura fosse soddisfatta dal privato a pagamento, di tollerare differenze profonde tra regioni e tra aree interne e metropolitane. Il risultato è un sistema di fatto duale: chi ha reddito e capitale culturale può orientarsi verso il privato, chi non ce l'ha si scontra con barriere economiche, geografiche e organizzative. Il confronto internazionale mostra che questa deriva non è fisiologica ma il prodotto di scelte politiche: il profilo sanitario OCSE evidenzia infatti come l'Italia continui a collocarsi sotto la media dei Paesi comparabili per livello di finanziamento pubblico, mentre aumenta il peso della spesa diretta delle famiglie, con effetti regressivi sulla protezione economica dei cittadini e sull'effettiva esigibilità del diritto alla salute.

Un SSN realmente equo e universale nasce dalla volontà di invertire questa traiettoria. Significa rimettere al centro i principi costituzionali di uguaglianza sostanziale, solidarietà e dignità della persona, sapendo che la salute non è solo assenza di malattia, ma possibilità concreta di condurre una vita degna, libera e autonoma. Significa riconoscere che le disuguaglianze di salute non sono fatalità, ma il prodotto di rapporti sociali, modelli economici, scelte politiche. Significa anche assumere come obiettivo esplicito non solo il miglioramento degli esiti medi di salute, ma la riduzione delle disuguaglianze sociali, territoriali, digitali e culturali che impediscono a milioni di persone di accedere in modo tempestivo, appropriato e sostenibile ai servizi sanitari

Nel 2026 questa direzione di marcia deve misurarsi anche con il disegno di legge delega sul rafforzamento del SSN, che introduce gli ospedali di terzo livello e gli ospedali elettivi per acuti e riapre, in forma nuova, il tema del rapporto tra alta specialità, rete ospedaliera e servizi territoriali. La questione non è ideologica: una rete dell'eccellenza può essere utile solo se resta dentro una programmazione pubblica nazionale, con criteri trasparenti, investimenti perequativi e una chiara subordinazione all'universalismo. Se invece l'eccellenza diventa il grimaldello per concentrare risorse, professionisti e funzioni nelle aree già forti del Paese, il risultato non sarà un SSN più moderno, ma un SSN più diseguale.

## > Premessa

---

Questo documento propone una visione e una direzione di marcia: un SSN universalistico forte, finanziato in modo adeguato e progressivo, fondato su lavoro stabile e tutelato, radicato nei territori, attento ai diritti e alle differenze di genere e di condizione, capace di prevenire e non solo curare, governato in modo trasparente e democratico. DEMOS assume la difesa e il rilancio del Servizio Sanitario Nazionale come scelta identitaria e non negoziabile, una sanità pubblica equa ed universalistica è una frontiera avanzata di giustizia sociale, coesione democratica e dignità della persona. Per questo il rilancio del SSN deve essere letto anche come una grande politica di sviluppo umano, di protezione sociale, di competitività del Paese e di tenuta democratica, in linea con i migliori sistemi sanitari pubblici europei e con gli standard di valutazione OCSE sulla performance dei sistemi sanitari.

È una piattaforma per l'azione politica, istituzionale e civica.

# Sintesi Programmatica



Il Servizio Sanitario Nazionale (SSN) italiano si trova a un bivio storico, stretto tra una crisi strutturale interna, che ne mina le fondamenta di universalità ed equità, e una rivoluzione globale che sta ridefinendo il concetto stesso di salute. Non siamo più di fronte a un rischio futuro, ma a una frattura sociale già consumata. Da un lato, il definanziamento e la crisi di personale hanno sgretolato l'universalismo: nel 2024 la spesa privata (out-of-pocket) ha sfondato il muro dei 41,3 miliardi di euro, costringendo 5,8 milioni di italiani, cioè il 9,9% della popolazione a rinunciare alle cure e spingendo 1,25 milioni di famiglie in condizioni di disagio economico. Dall'altro, l'evoluzione tecnologica e un mercato della "salute dei consumatori" in espansione (nel 2025 il mercato della Consumer Health vale circa 4-5 mld, mentre l'innovazione tecnologica in sanità digitale supera i 5 mld) impongono un cambio di paradigma che il pubblico fatica a governare. L'analisi OCSE conferma che questa crisi si sviluppa in un quadro di sottofinanziamento relativo della spesa pubblica, di forte pressione della spesa privata sui bilanci familiari e di persistenti criticità nella capacità del sistema di garantire accesso equo, continuità assistenziale e protezione finanziaria. Il rischio è che il diritto alla salute venga lentamente sostituito da un "diritto al mercato" della salute: chi può permetterselo si orienta verso soluzioni private e digitali avanzate, chi non può resta intrappolato in liste di attesa, servizi sottodimensionati e percorsi frammentati.

La risposta italiana, affidata alla Missione 6 del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR) e al DM 77/2022, rappresenta un tentativo ambizioso di modernizzare il sistema, spostandone il baricentro dall'ospedale al territorio: arriva ora resa dei conti. Infatti, questa scommessa è minata da un difetto di progettazione cruciale, abbiamo finanziato "muri e tecnologie" creando la separazione tra gli investimenti in strutture ed infrastrutture e senza la garanzia di risorse correnti per il personale e la gestione. Con la scadenza del PNRR nel 2026 e con solo il 41% degli obiettivi UE completati a metà 2025 e i cantieri in ritardo, il rischio concreto è quello di aver costruito "cattedrali nel deserto" con una grossa operazione immobiliare, acuendo le disuguaglianze tra le Regioni in grado di sostenere il nuovo modello e quelle che non avranno la capacità finanziaria ed organizzativa per farlo. Per evitare che l'investimento infrastrutturale si traduca in una nuova frattura territoriale, è necessario affiancare agli obiettivi di realizzazione fisica indicatori nazionali obbligatori su personale, accessibilità, tassi di presa in carico, riduzione degli accessi evitabili ai pronto soccorso e protezione finanziaria delle famiglie, coerenti con i benchmark OCSE di performance del sistema.

Su questo scenario si innesta il disegno di legge delega sul rafforzamento del Servizio sanitario nazionale, che introduce gli ospedali di terzo livello come strutture di eccellenza a bacino nazionale o sovranazionale e gli ospedali elettivi per acuti privi di pronto soccorso. Si tratta di una scelta che può produrre innovazione solo se viene accompagnata da una regia pubblica forte, da standard nazionali omogenei e da un contestuale investimento sulla rete di base. In assenza di queste condizioni, il rischio è una nuova gerarchizzazione del sistema: pochi poli forti che attraggono risorse e professionalità, e un territorio impoverito, ridotto a filtro e contenimento dei bisogni.

## > Sintesi Programmatica

---

Questo documento programmatico delinea una visione e una serie di interventi per superare questa duplice crisi, trasformando le sfide in opportunità per rilanciare il patto di salute con i cittadini. La proposta si fonda su una nuova visione per il SSN: non più solo un erogatore di prestazioni, ma il soggetto che “governa” in modo intelligente l'intero ecosistema della salute. Un sistema che riafferma i suoi principi fondanti – universalismo, equità, globalità – adattandoli al XXI secolo e utilizzandoli come leve strategiche per regolare il mercato, governare i dati e promuovere l'innovazione affinché sia accessibile a tutti e non solo a chi paga. In questa prospettiva, il SSN deve assumere come criteri espliciti di valutazione il miglioramento degli esiti di salute, la riduzione della mortalità evitabile, il contenimento dei fattori di rischio modificabili, il rafforzamento delle cure primarie, la qualità e sicurezza dell'assistenza e la riduzione della spesa sanitaria catastrofica a carico delle famiglie.

A questa sfida si aggiunge oggi il nodo politico aperto dal DDL sugli ospedali di eccellenza. La scelta di istituire strutture di terzo livello a bacino nazionale o sovranazionale e ospedali elettivi comporta il rischio di una nuova gerarchizzazione del sistema: pochi poli forti, attrattivi per risorse e mobilità attiva, e un territorio impoverito che diventa filtro, attesa e contenimento sociale. Non è questa la modernizzazione di cui il Paese ha bisogno.

Per tradurre questa visione in realtà, il documento articola 6 interventi programmatici prioritari:

- 1. Finanziamento sostenibile**
- 2. Piano Straordinario per il Personale Sanitario**
- 3. Sanità di prossimità. Oltre il PNRR**
- 4. Governo della rivoluzione digitale**
- 5. Una nuova politica per Farmaco & Ricerca**
- 6. Priorità strategiche (quote vincolate FSN)**

A questi sei assi va affiancato un principio trasversale di accountability pubblica: ogni riforma dovrà essere accompagnata da obiettivi misurabili, indicatori comparabili tra Regioni e pubblicazione periodica dei risultati, affinché il rilancio del SSN sia valutato non sugli annunci ma sui miglioramenti concreti percepiti dai cittadini.

# 6 interventi prioritari



**Finanziamento sostenibile: Una legge di programmazione pluriennale per portare la spesa sanitaria pubblica alla media europea**, fissando un traguardo del 7.5% del PIL in un quinquennio, finanziata attraverso un uso progressivo del fisco, una decisa lotta all'evasione fiscale, la riconversione di sussidi dannosi e l'introduzione di prelievi fiscali mirati sui determinanti nocivi di salute. L'intervento cardine è l'**abrogazione definitiva del tetto di spesa per il personale**.



**Piano Straordinario per il personale sanitario: Un piano quinquennale di assunzioni basato sui fabbisogni reali**, una riforma delle retribuzioni e delle carriere per rendere il SSN nuovamente attrattivo, e una profonda innovazione dei percorsi formativi universitari per creare le competenze digitali e relazionali necessarie alla sanità del futuro. È necessario bloccare l'emorragia di professionisti e il ricorso ai "gettonisti" (costati oltre 1 miliardo l'anno) attraverso l'abolizione immediata del tetto di spesa per il personale. In quest'ottica, si propone di **elevare il percorso formativo della Medicina Generale a una specializzazione di livello universitario**



**Sanità di prossimità. Oltre il PNRR: L'istituzione di un Fondo Nazionale per l'Assistenza Territoriale** per finanziare i costi di gestione delle nuove strutture (Case di Comunità ed Ospedali di Comunità) dopo il 2026, e la presa in carico domiciliare e l'integrazione sociosanitaria, legando le risorse a obiettivi di riduzione delle disuguaglianze. Sono necessari nuovi modelli organizzativi che integrino pienamente i Medici di Medicina Generale e potenzino la figura dell'Infermiere di Famiglia e Comunità. L'obiettivo è **garantire il raggiungimento del target PNRR di assistenza domiciliare per almeno il 50% della popolazione over-65 con ADI di secondo e terzo livello**



**Governo della rivoluzione digitale: creazione di un'Agenzia Nazionale per la Salute Digitale**, un ente pubblico indipendente con il compito di certificare l'efficacia, la sicurezza e l'eticità di app, dispositivi e algoritmi di IA attraverso un rigoroso processo di Health Technology Assessment. È imperativo **garantire l'effettiva alimentazione del FSE 2.0** applicando sanzioni a chi non si adegua e monitorare la piena applicazione del "Decreto Tariffe" per la telemedicina e l'uso dei dati per governare liste d'attesa, cronicità e percorsi di presa in carico e di cura, non per alimentare nuovi oligopoli tecnologici, e con la generalizzazione della ricetta elettronica prevista dalla legge di bilancio 2025, per semplificare l'accesso e ridurre le disuguaglianze organizzative

## ▶▶ 6 interventi prioritari



**Nuova politica per Farmaco & Ricerca: 1.: Una riforma della governance farmaceutica basata sul valore terapeutico (anche attraverso la revisione del meccanismo del Payback farmaceutico, oggi insostenibile con lo sfioramento cronico del tetto del 15,3% legando i prezzi al valore terapeutico) e sul potenziamento degli acquisti centralizzati. Per la ricerca, si propone un Piano Nazionale che semplifichi la burocrazia e introduca incentivi fiscali (come un credito d'imposta) per rendere l'Italia un hub europeo competitivo per le sperimentazioni cliniche, trasformando il SSN in un volano di sviluppo economico.**



### **1. Priorità strategiche (quote vincolate FSN): Piani Nazionali dedicati e finanziati con quote vincolate del Fondo Sanitario Nazionale:**

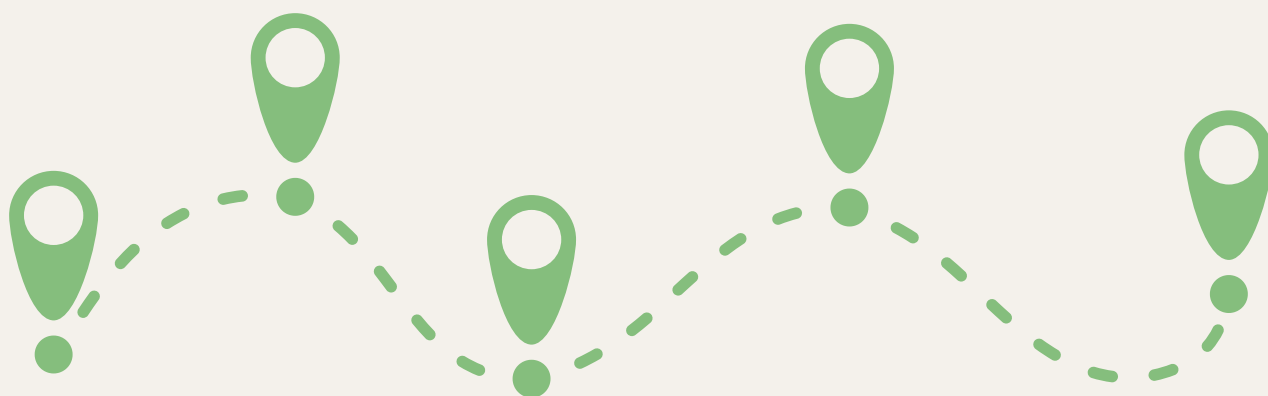
- **Prevenzione:** Vincolare il 5% del FSN per finanziare anche i nuovi screening oncologici (polmone/prostata).
- **Salute Mentale:** Raggiungere il 5% del budget, superando i "bonus" per inserire strutturalmente lo Psicologo delle cure primarie nei LEA.
- **Non Autosufficienza:** piena attuazione della Legge 33/2023 con un reale sistema integrato socio-sanitario. Per quest'ultima, occorre prevedere meccanismi di finanziamento dedicati, introducendo un prelievo fiscale specifico per la Long-Term Care. Inoltre, è necessario correggere il D.Lgs. 62/2024, superando la fase sperimentale per creare un vero sistema integrato con finanziamenti certi.
- **Qualità e sicurezza delle cure:** la sfida è rimettere al centro del SSN non i conti, ma le persone: qualità e sicurezza delle cure come criterio politico con cui giudicare l'azione delle Regioni e dello Stato. Rendere pubblici e confrontabili i risultati di ogni struttura significa dare ai cittadini il diritto di sapere come vengono curati e legare il potere dei direttori generali alla capacità di migliorare esiti, sicurezza e fiducia nel servizio pubblico.
- **Partecipazione, comunicazione pubblica e salute in tutte le politiche:** un SSN forte, ha bisogno di più democrazia e più Stato in salute: cittadini stabilmente coinvolti nelle scelte e un governo che si assume la responsabilità di contrastare disinformazione e disuguaglianze. Rendere operativa la "salute in tutte le politiche" significa decidere urbanistica, scuola, lavoro, ambiente e trasporti sapendo che si sta scegliendo anche sulla salute delle persone, con una regia politica nazionale che tenga insieme queste decisioni in una visione One Health.

## ▶▶ 6 interventi prioritari



- **Rete Ospedaliera:** condizionare ogni proposta di revisione della rete ospedaliera ad una programmazione nazionale trasparente, con valutazione preventiva di impatto territoriale, perequazione interregionale e salvaguardia dei servizi ordinari, garantendo che vengano realmente applicati gli standard di sicurezza per i pazienti e gli standard strutturali e di efficienza operative e gestionale per le strutture ospedaliere. E' necessario che la revisione del DM 70/2015 sia coerente con il DM77/2022 e che tale integrazione tra i due Decreti garantisca appropriatezza ed efficienza su tutto il territorio nazionale superando il divario di una sanità a due velocità tra nord e sud del paese.

**E' indispensabile sviluppare una roadmap concreta per rendere realmente fruibile il diritto alla salute. Rilanciare il Servizio Sanitario Nazionale richiede coraggio politico e una visione di lungo periodo anche facendo scelte impopolari.** È un investimento non solo sulla salute dei singoli, ma sulla coesione sociale, la produttività e la resilienza dell'intero Paese, non è solo una questione sanitaria, ma di tenuta democratica: è il momento di stringere un nuovo "Patto per la Salute" che garantisca un futuro al nostro bene più prezioso.





# 1

## IL BIVIO STORICO DEL SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE



# 1.



## IL BIVIO STORICO DEL SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE

L'universalismo sancito dalla Costituzione è oggi sotto attacco silenzioso. Anni di sottofinanziamento, tagli lineari, blocco del turnover e crescita della spesa sanitaria diretta delle famiglie hanno trasformato il diritto alla salute in un diritto diseguale: forte per chi può permettersi il privato, fragile per chi vive in condizioni di vulnerabilità sociale o in territori più deboli. Un SSN così come sancito dall'art. 32 della Costituzione assume il finanziamento pubblico come scelta politica prioritaria, rifiutando la narrazione fatalista del "non ci sono risorse" e indicando con chiarezza chi deve contribuire di più, in base alla propria capacità economica.

Un sistema sanitario che si regge su ticket, assicurazioni, fondi integrativi e spesa privata crescente non è neutrale: riproduce e amplifica le disuguaglianze, scaricando sui singoli ciò che dovrebbe essere responsabilità collettiva. La progressività della fiscalità, il contrasto all'evasione e alle rendite, la revisione di agevolazioni e sussidi distorsivi diventano strumenti non solo economici, ma profondamente politici, per ricostruire un SSN che non sia un "universalismo minimo" per i poveri, bensì un pilastro del welfare per l'intera società. Il documento OCSE 2026 sul profilo sanitario italiano rafforza questa lettura, mostrando che quando cresce la quota di spesa pagata direttamente dai cittadini aumenta anche il rischio di spesa sanitaria catastrofica e di impoverimento, soprattutto per i nuclei più fragili, per chi vive con patologie croniche e per le persone residenti nei territori più deboli.

La misura dell'universalismo non si valuta sui principi astratti, ma su alcuni indicatori concreti: quanto pesa la spesa privata sui bilanci familiari, quante persone rinunciano alle cure per motivi economici, quanto varia l'accesso ai servizi tra regioni e aree interne, quali sono i tempi di attesa per prestazioni essenziali. L'obiettivo è costruire un sistema di monitoraggio pubblico di questi dati e legare la programmazione economica a una chiara responsabilizzazione politica: se l'universalismo arretra, chi governa ne deve risponderne. A questi indicatori vanno aggiunti, in coerenza con il quadro OCSE, anche la mortalità evitabile per cause prevenibili e trattabili, gli accessi evitabili ai servizi di emergenza, la qualità delle cure, la sicurezza del paziente e la protezione finanziaria delle famiglie.

Infatti, il Servizio Sanitario Nazionale (SSN), pilastro del welfare italiano, si trova oggi al centro di una "tempesta perfetta". È stretto, come già sottolineato, tra una crisi strutturale interna, che ne erode progressivamente le fondamenta, e una rivoluzione tecnologica ed economica globale, che ne mette in discussione il ruolo e il modello operativo. Per avviare qualsiasi riforma del nostro sistema sanitario, è fondamentale capire che ci troviamo di fronte a una doppia sfida.

# 1.

---

Da un lato, dobbiamo fare i conti con i problemi del passato: anni di politiche poco lungimiranti hanno reso il sistema debole, con fondi insufficienti e mal organizzato. Dall'altro, dobbiamo affrontare le grandi trasformazioni del presente e del futuro, come la rivoluzione digitale, l'intelligenza artificiale, i cambiamenti climatici e le nuove esigenze sociali, quali l'invecchiamento della popolazione, l'aumento delle malattie croniche, la disabilità, il disagio mentale, le vecchie e nuove dipendenze.

Per non diventare obsoleto, il Servizio Sanitario Nazionale deve quindi adattarsi a questo nuovo scenario, puntando su innovazione, prevenzione, migliore collaborazione tra servizi sanitari e sociali e cure sempre più personalizzate sul singolo paziente.

L'attuale risposta politica, incarnata dal Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR), pur rappresentando un'opportunità senza precedenti, rischia di rivelarsi una scommessa incompiuta se non accompagnata da riforme strutturali e da una visione chiara del futuro.



# 1.1

## 1.1. LA CRISI STRUTTURALE: UN SISTEMA SOTTO ASSEDIO

La crisi del SSN non è un'emergenza congiunturale, ma il risultato di tre processi interconnessi e di lungo periodo: un definanziamento cronico, un esodo del capitale professionale e una frammentazione territoriale che ha tradito il principio di equità. Questi fattori si alimentano a vicenda, rendendo difficile qualsiasi intervento isolato e creando un circolo vizioso che minaccia la sostenibilità stessa del sistema.

### 1.1.1 IL DEFINANZIAMENTO CRONICO: LE FONDAMENTA INDEBOLITE

Cosa ha prodotto: per anni, la spesa sanitaria italiana è stata mantenuta al di sotto delle reali necessità del Paese e dei benchmark europei. Invece di essere considerato un investimento strategico per il benessere dei cittadini e per la produttività nazionale, il SSN è stato trattato come un costo da comprimere per rispettare i vincoli di bilancio. I dati sono inequivocabili: i dati della Corte dei conti (relazione 2025) indicano che nel 2024 la spesa sanitaria pubblica è stata di circa 138,3 miliardi di euro, mantenendo un'incidenza sul PIL tra il 6,3% e il 6,4%. Un valore nettamente inferiore sia alla media dei paesi OCSE (6.9%) che a quella dell'Unione Europea (6.8%). Il profilo rappresentato dall'OCSE consente di rafforzare ulteriormente questa diagnosi: l'Italia combina una spesa pubblica relativamente contenuta con buoni esiti medi in alcune aree, ma mostra crescenti vulnerabilità sul versante della continuità assistenziale, della presa in carico delle cronicità, della prevenzione e della protezione finanziaria. Questo significa che non siamo di fronte a un sistema "efficiente perché spende poco", ma a un sistema che rischia di reggere i propri risultati comprimendo lavoro, investimenti e accessibilità. La Legge di Bilancio 2025 e le proiezioni tendenziali prevedono una discesa del rapporto spesa/PIL al di sotto della soglia "psicologica" del 6%, fino a toccare il 5.7% nel 2029, il minimo storico degli ultimi decenni. Ma le nuove stime del MEF, pur prevedendo una crescita nominale fino a 155,6 miliardi nel 2028, indicano che l'incidenza sul PIL rimarrà intorno al 6%, ma sempre al di sotto della soglia necessaria per rispondere efficacemente ai bisogni di salute della popolazione.

Questo disinvestimento costante, perpetrato da governi di diverse maggioranze politiche, ha prodotto conseguenze tangibili per i cittadini:

- **Infrastrutture obsolete:** ospedali e strutture che invecchiano senza adeguati interventi di manutenzione o ammodernamento.
- **Tecnologie datate:** difficoltà ad acquistare e aggiornare macchinari diagnostici e terapeutici, con un impatto sulla qualità e tempestività delle cure.

# 1.1



- **Allungamento delle liste d'attesa:** modelli organizzativi obsoleti, sistemi informativi poco efficienti e trasparenti, carenza di personale, hanno creato le condizioni per non soddisfare la domanda, costringendo i cittadini ad attese insostenibili per visite, esami e interventi chirurgici
- **Pronto Soccorso al collasso:** la difficoltà di accedere alla medicina territoriale spinge i cittadini a riversarsi nei pronto soccorso, che diventano l'unico, seppur congestionato, punto di accesso al sistema.
- **Rinuncia alle cure da parte di milioni di italiani** che non possono permettersi di rivolgersi al privato.

Il progressivo arretramento del pubblico ha spalancato le porte a un'espansione incontrollata della spesa privata. Nel 2024, l'esborso diretto delle famiglie italiane (out-of-pocket) ha raggiunto i 41,3 miliardi di euro, a cui si sommano 5,2 miliardi gestiti da fondi e assicurazioni. L'impatto sociale di tali costi è drammatico: circa 1,25 milioni di famiglie si trovano in condizioni di 'disagio economico' per far fronte alle cure (con un'incidenza del 6% nel Mezzogiorno) e ben 4,5 milioni di italiani rinunciano alle prestazioni sanitarie. Nello specifico, i dati CREA evidenziano come 2,3 milioni di residenti abbiano dovuto rinunciare a prestazioni sanitarie esclusivamente per motivi economici.

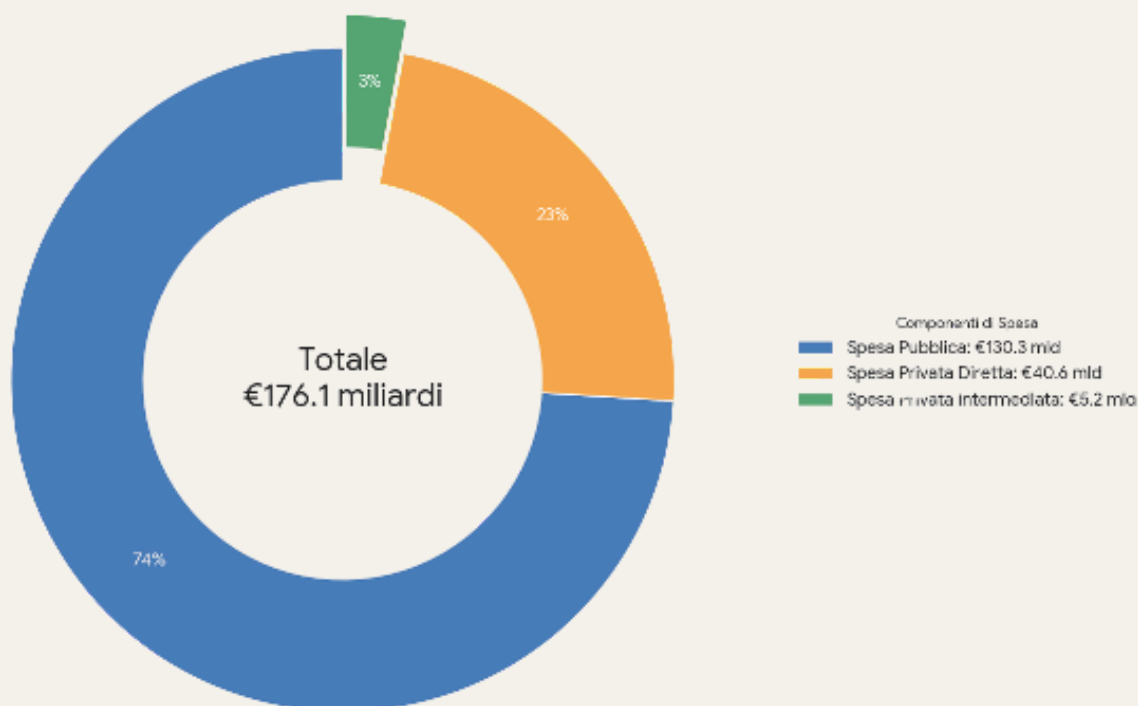
Attualmente, la spesa privata costituisce il 23% del totale, superando ampiamente la soglia di sicurezza del 15% raccomandata dall'OMS. Per questo DEMOS propone di assumere la protezione finanziaria delle famiglie come un obiettivo politico esplicito del SSN. Ciò implica che ticket, compartecipazioni, fondi integrativi e misure fiscali dovranno essere valutati anche in base al loro impatto sul rischio di rinuncia alle cure, di spesa catastrofica e di impoverimento sanitario, secondo metriche comparabili a quelle utilizzate dall'OCSE. La crescita della sanità privata e dei fondi integrativi non rappresenta una risposta neutrale alle inefficienze del pubblico, ma una sua progressiva sostituzione. Questo modello produce un sistema sanitario a due velocità basato sul censo e aggravato da rigidità strutturali che paralizzano la risposta del sistema pubblico e mina l'universalismo costituzionale. DEMOS rifiuta l'idea che la sanità privata possa diventare il pilastro su cui scaricare l'incapacità dello Stato di garantire diritti ed efficienza organizzativa.

Si è innescato un perverso meccanismo politico-economico: la classe media, frustrata dalle inefficienze del pubblico, si rivolge sempre più al privato, riducendo la pressione politica per un adeguato finanziamento del SSN.

Questa minore pressione, a sua volta, legittima ulteriori tagli, che peggiorano i servizi pubblici e spingono altri cittadini verso il mercato privato, in un circolo vizioso che erode le fondamenta stesse dell'universalismo.

# 1.1

La legge di programmazione pluriennale non dovrà limitarsi a riportare la spesa sanitaria pubblica alla media europea in rapporto al PIL, ma dovrà fissare anche un obiettivo di convergenza della spesa pubblica pro capite e degli indicatori di protezione finanziaria ai livelli medi dei Paesi OCSE ad alto reddito, con monitoraggio annuale pubblico del divario residui



# 1.2



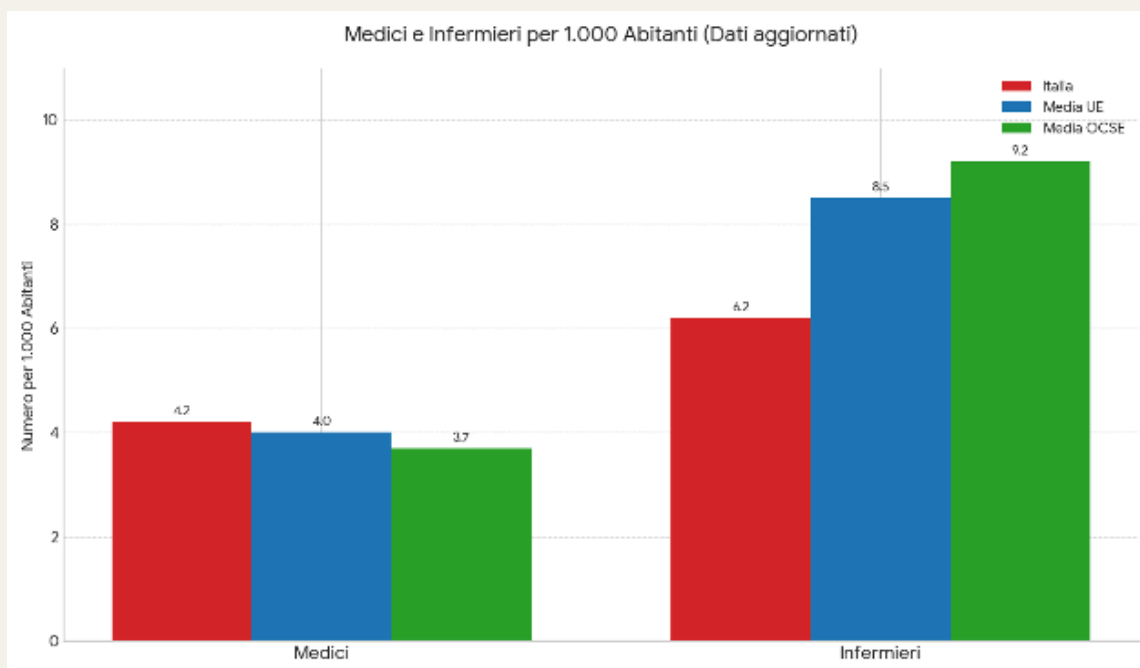
## 1.2 L'ESODO DEL CAPITALE PROFESSIONALE: IL SISTEMA SI SVUOTA

La forza del SSN si misura nelle condizioni di chi ogni giorno garantisce la cura: medici, infermieri, ostetriche, tecnici, professionisti della riabilitazione, operatori socio-sanitari, psicologi, assistenti sociali, personale amministrativo e tecnico. Un SSN previsto dall'art. 32 della Costituzione non accetta la retorica degli "eroi" abbandonati allo stress e alla solitudine: il lavoro è diritto, dignità e bene comune.

Negli ultimi anni il personale del SSN è stato intrappolato da tetti di spesa, blocco del turnover, precarietà, retribuzioni poco competitive e condizioni usuranti. Intanto, è esploso il ricorso a forme di lavoro privatizzato: cooperative, appalti, gettonisti. Questo indebolisce le équipes pubbliche, frantuma l'identità del servizio, convoglia risorse pubbliche verso logiche di profitto.

Il lavoro nel SSN deve tornare ad essere attrattivo, sicuro e ben retribuito. Senza investimento nel capitale umano non c'è universalismo che tenga. Serve liberare il sistema dai vincoli ciechi, rilanciare la contrattazione, costruire percorsi di carriera, riconoscere competenze avanzate e responsabilità.

**Il defianziamento ha un impatto diretto e devastante sul bene più prezioso del SSN: il suo personale.** Medici, infermieri e operatori sanitari stanno abbandonando in massa il sistema pubblico. **L'esodo si articola in diverse direzioni: pensionamenti non sostituiti, dimissioni volontarie verso il settore privato e fuga all'estero.**



## > 1.2

### LE CAUSE PRINCIPALI:

- **Condizioni di lavoro insostenibili:** Carichi di lavoro eccessivi, turni massacranti e un costante stato di emergenza portano al burnout.
- **Retribuzioni non competitive e carenze strutturali:** Sebbene la spesa per il personale sia cresciuta del 5,6% nel 2024 trainata dai rinnovi contrattuali, si evidenzia come tale aumento non sia ancora riuscito a risolvere le carenze strutturali dell'organico. Gli stipendi nel pubblico restano spesso inferiori alle alternative offerte dal privato e dagli standard europei.
- **Mancanza di valorizzazione e prospettive:** Scarse opportunità di carriera, eccessiva burocrazia e un senso di frustrazione spingono i professionisti a cercare altrove.
- **Aumento delle aggressioni:** Il clima di tensione generato dalle disfunzioni del sistema si scarica spesso sul personale in prima linea.

### LE CONSEGUENZE DIRETTE:

- **Carenza di specialisti e reparti a rischio:** Interi reparti e servizi territoriali rischiano la chiusura per mancanza di figure chiave (es. medici di emergenza, anestesisti, ginecologi, pediatri, psichiatri).
- **Il paradosso dei "Gettonisti":** Per coprire i vuoti, specialmente nei servizi di emergenza-urgenza, le Regioni continuano a fare massiccio affidamento sulle esternalizzazioni, nonostante le restrizioni legislative. La Corte dei Conti stima una spesa per i medici a gettone di oltre 1 miliardo di euro l'anno: una soluzione tampone ed estremamente onerosa che drena risorse senza costruire stabilità.
- **Fuga verso il privato e l'estero:** Molti professionisti scelgono definitivamente di lavorare nel settore privato o emigrano in paesi che offrono condizioni migliori.
- **Qualità delle cure a rischio:** Il personale rimasto è sovraccarico e demotivato, con un inevitabile impatto sulla sicurezza e l'efficacia delle prestazioni.

**In sintesi,** l'esodo del capitale umano non è un'impressione, ma una crisi quantificabile che sta privando il Servizio Sanitario Nazionale delle sue risorse più vitali, costringendolo a costi straordinari per supplenze temporanee emanando la sua capacità di curare i cittadini.

## FOCUS SUI MEDICI

- L'abbandono da parte dei medici è spinto da una combinazione di pensionamenti massivi ("gobba pensionistica") e da una crescente ondata di **dimissioni volontarie** da parte di professionisti anche giovani.
- **Pensionamenti e carenza strutturale:** Secondo le proiezioni elaborate da diverse organizzazioni sindacali di categoria, si stima che entro il 2028 circa 40.000 medici lasceranno il Servizio Sanitario Nazionale per raggiunti limiti di età. Questo esodo programmato non è stato adeguatamente compensato da nuove assunzioni, creando una voragine negli organici.
- **Dimissioni Volontarie:** Il dato più preoccupante è l'aumento delle dimissioni volontarie, cioè di medici che lasciano il SSN ben prima dell'età pensionabile. Negli ultimi tre anni (2022-2024), si stima che oltre 12.000 medici si siano dimessi volontariamente dagli ospedali pubblici. Questo fenomeno, che prima era marginale, ora colpisce anche professionisti nella fascia d'età 40-55 anni.
- **Fuga verso l'estero:** La "fuga dei camici bianchi" continua ad essere significativa. Dati della FNOMCeO (Federazione Nazionale degli Ordini dei Medici) indicano che ogni anno tra i 1.500 e i 2.000 medici italiani richiedono la documentazione per poter esercitare la professione all'estero, attratti da migliori condizioni lavorative e retributive.
- **Il fenomeno dei "gettonisti":** La conseguenza diretta di questa carenza è stata il ricorso sempre più massiccio a cooperative di medici "a gettone". Si stima che il SSN abbia speso oltre 1 miliardo di euro all'anno per pagare questi professionisti esterni, spesso con tariffe che arrivano a 150-200 euro l'ora, molto più di quanto costi un medico dipendente. Questo rappresenta un paradosso: il sistema, impoverito dal definanziamento, è costretto a pagare cifre esorbitanti per coprire i buchi di organico che esso stesso ha contribuito a creare. Il ricorso sistematico a cooperative, appalti e medici a gettone non è una soluzione tecnica, ma una scelta politica sbagliata: drena risorse pubbliche, precarizza il lavoro e frammenta le équipes. DEMOS considera il lavoro stabile nel SSN una condizione essenziale di qualità e dignità della cura

## FOCUS SUGLI INFERMIERI

- La situazione sul fronte infermieristico è, se possibile, ancora più critica in termini numerici. Carenza di organico: La FNOPI (Federazione Nazionale Ordini Professioni Infermieristiche) stima una carenza strutturale di almeno 65.000 infermieri nel SSN per raggiungere standard di assistenza sicuri e allineati alla media europea. L'Italia ha un rapporto infermieri/abitanti (circa 6.5 per 1.000) molto inferiore alla media OCSE (9.8).
- Abbandono della professione e dimissioni: Oltre alla carenza, si assiste a un crescente fenomeno di abbandono. Secondo recenti sondaggi e report sindacali, circa il 20% degli infermieri di età inferiore ai 35 anni dichiara di voler lasciare la professione entro i prossimi cinque anni a causa del burnout e delle scarse gratificazioni. Si stima che ogni anno tra le
- 7.000 e le 9.000 unità lascino il sistema pubblico per dimissioni, pensionamenti o trasferimenti al privato.

## 1.3. LA FRAMMENTAZIONE TERRITORIALE: LA FINE DELL'EQUITA'

La terza piaga è la disuguaglianza territoriale, la negazione del carattere "Nazionale" del Servizio Sanitario. La riforma del Titolo V della Costituzione ha regionalizzato la sanità, ma senza adeguati meccanismi di controllo e perequazione. Questo ha tradito il principio fondante del SSN: garantire a tutti i cittadini, a prescindere da dove vivono, lo stesso diritto alla salute. Il federalismo sanitario, mai pienamente governato, ha prodotto ventuno sistemi sanitari diversi, con performance e capacità di spesa drammaticamente divergenti. Il rapporto SVIMEZ del 2024 "Un Paese, due cure" ha fotografato una realtà brutale: nel Mezzogiorno la speranza di vita è inferiore di quasi un anno e mezzo rispetto al Nord-Est, la mortalità evitabile è più alta e solo una minoranza di Regioni riesce a garantire pienamente i Livelli Essenziali di Assistenza (LEA). Questa frattura alimenta il fenomeno della "migrazione sanitaria", un esodo di pazienti dal Sud al Nord che nel 2023 è costato circa 5,15 miliardi di euro, in aumento del 23% rispetto al 2022, drenando ulteriormente le risorse delle regioni più deboli e sovraccaricando quelle più performanti. I dati di monitoraggio civico confermano queste disparità in ogni ambito, dall'accesso alle prestazioni alla copertura degli screening oncologici, disegnando una mappa dell'Italia dove il diritto alla salute è un privilegio geografico.

### COSA SIGNIFICA:

oggi non esiste un unico Servizio Sanitario Nazionale, ma 20 sistemi sanitari regionali diversi, con budget, modelli organizzativi e, soprattutto, risultati di salute molto differenti.

### LE CONSEGUENZE DIRETTE:

- **Sanità a due (o più) velocità:** Un cittadino in una regione "virtuosa" ha accesso a cure di alta qualità e in tempi rapidi. Un cittadino in una regione con un piano di rientro dal debito sanitario affronta servizi carenti, liste d'attesa più lunghe e tecnologie obsolete.
- **Migrazione sanitaria:** Milioni di persone sono costrette a viaggiare dalla propria regione (tipicamente dal Sud verso il Nord) per ricevere le cure di cui hanno bisogno. Questo non solo crea un disagio enorme per i pazienti e le loro famiglie, ma drena anche le risorse delle regioni più deboli a favore di quelle più forti.
- **Violazione di un diritto costituzionale:** Il luogo di residenza è diventato un fattore determinante per la salute di una persona, negando di fatto l'universalità e l'equità del sistema.

DEMOS ritiene che l'attuale assetto del regionalismo sanitario abbia prodotto disuguaglianze incompatibili con l'eguaglianza dei diritti di cittadinanza. È necessario rafforzare il ruolo dello Stato nella definizione, nel finanziamento e nella garanzia dei LEA, introducendo metodi di valutazione

## > 1.3

delle performance regionali contestualizzate alla capacità programmatica ed organizzativa dello specifico territorio legandola a vincoli di realizzazione degli obiettivi strategici regionali cogenti e meccanismi sostitutivi automatici in caso di inadempienza regionale, legati alla realizzazione di servizi e alla capacità di efficientamento ed erogativa e non a tagli lineari e vincoli unicamente di bilancio.

E' necessario rafforzare l'accountability territoriale: non basta affermare che le disuguaglianze regionali sono inaccettabili, occorre costruire un sistema nazionale di valutazione comparabile, pubblico e leggibile, che misuri per ogni Regione accesso, esiti, qualità, sicurezza, tempi di attesa, prevenzione, salute mentale, assistenza territoriale e protezione finanziaria delle famiglie.

DEMOS propone la creazione di un cruscotto nazionale pubblico di performance sanitaria regionale, costruito con indicatori coerenti con i principali standard europei, che renda immediatamente visibili ai cittadini le differenze territoriali e faccia scattare piani di miglioramento obbligatori e poteri sostitutivi mirati in caso di inadempienza strutturale.

Inoltre, ci troviamo di fronte ad un ulteriore rischio per la salute dei cittadini e per l'esigibilità del diritto alla salute: l'autonomia differenziata, applicata alla tutela della salute, mette a rischio l'unità sostanziale del Servizio Sanitario Nazionale e può trasformare un diritto universale in un diritto diseguale, condizionato dal territorio di residenza. In un Paese già segnato da forti divari regionali nell'accesso ai servizi, nelle performance sanitarie e nella mobilità dei pazienti, il trasferimento di ulteriori competenze rischia di consolidare e amplificare le disuguaglianze invece di ridurle. Sul piano politico, il pericolo è quello di una sanità sempre più frammentata, competitiva e diseguale, in cui le Regioni più forti trattengono capacità organizzativa, risorse e personale, mentre quelle più fragili arretrano ulteriormente. Anche la Corte costituzionale ha ribadito che il trasferimento di funzioni che incidono su diritti civili e sociali richiede la previa determinazione dei LEP e non può tradursi in uno svuotamento della responsabilità unitaria dello Stato nella garanzia dei diritti.

### **IL CIRCOLO VIZIOSO: COME I FATTORI SI ALIMENTANO A VICENDA**

Questi tre problemi sopra riportati non sono separati, ma creano una spirale negativa che si autoalimenta:

1. Il definanziamento cronico peggiora le condizioni di lavoro e abbassa gli stipendi, causando l'esodo del personale.
2. L'esodo del personale riduce la capacità del sistema di offrire servizi, allunga le liste d'attesa e peggiora la qualità delle cure, rendendo il SSN meno efficiente e attraente.
3. La frammentazione territoriale fa sì che gli effetti del definanziamento e dell'esodo siano molto più gravi in alcune regioni, che non riescono a trattenere i professionisti e sprofondano in una crisi ancora più profonda generando disparità nell'accesso alle cure e disuguaglianze di salute tra i cittadini.

## > 1.4

---

Il peggioramento generale dei servizi pubblici spinge i cittadini (che possono permetterselo) verso il settore privato. Questo indebolisce ulteriormente il sostegno pubblico al SSN e rende politicamente più facile continuare a definanziarlo, chiudendo il cerchio.

In conclusione, la crisi attuale non è un'emergenza che può essere risolta con un intervento tampone, ma il risultato di scelte strategiche sbagliate e di un modello che ha perso la sua coerenza. Per salvarlo, è necessario un intervento organico che agisca contemporaneamente su tutti e tre questi fronti.

### **1.4. LA "VERA" RIVOLUZIONE GLOBALE DELLA SALUTE: UN NUOVO PARADIGMA**

Mentre il SSN combatte con le sue crisi interne, una trasformazione globale, silenziosa ma inarrestabile, sta ridefinendo le regole del gioco. Questa rivoluzione non è guidata da politiche pubbliche, ma dalla tecnologia, dai dati e da un nuovo tipo di consumatore. Ignorare questa marea montante significherebbe condannare il sistema a un'inevitabile obsolescenza.

Oggi si pone al centro del sistema, una nuova figura: il cittadino protagonista della propria salute. Si supera progressivamente il modello paternalistico medico-paziente, per approdare a una differente relazione tra istituzioni, professionisti e persone.

Entro il 2030, il cittadino non sarà più un soggetto passivo che accede ai servizi solo in condizioni di bisogno, ma un attore consapevole, informato e responsabile nella gestione del proprio percorso di salute. Questo cambiamento è reso possibile dalla crescente accessibilità ai dati sanitari personali, alimentati da tecnologie come test genetici a basso costo, dispositivi indossabili e strumenti di diagnostica domiciliare, nonché dall'evoluzione dell'intelligenza artificiale.

In questo scenario, le tecnologie digitali e gli assistenti virtuali diventano strumenti di supporto alle decisioni, favorendo modelli di prevenzione e presa in carico anticipata. La domanda di salute evolve così verso un paradigma fondato sulle "5P": predittiva, preventiva, proattiva, personalizzata e precisa.

A questa nuova domanda corrisponde lo sviluppo di un mercato globale della salute che integra servizi, tecnologie e soluzioni per il benessere, la prevenzione e la longevità. Un ecosistema in forte espansione, sostenuto sia dalla riorganizzazione dell'industria farmaceutica sia da nuovi investimenti in innovazione.

## > 1.4

---

In questo contesto emergono ambiti strategici come la nutrizione personalizzata, le tecnologie per la salute femminile, le soluzioni per l'invecchiamento attivo e i servizi digitali per la salute mentale, delineando nuove opportunità ma anche nuove responsabilità per il governo pubblico della salute. Questa rivoluzione pone una sfida radicale a un sistema pubblico come il SSN.

Il mercato privato innova a una velocità esponenziale, mentre il SSN è imbrigliato in cicli di programmazione pluriennali, procedure burocratiche e una cultura analogica. Si sta creando un profondo "gap di governance": gli strumenti regolatori attuali del SSN sono pensati per autorizzare farmaci e accreditare ospedali, non per certificare l'affidabilità di un algoritmo di IA, garantire la privacy dei dati raccolti da un'app di fitness o contrastare la disinformazione diffusa dagli influencer sui social media. Questo vuoto normativo e culturale non è solo un rischio - di un aumento delle disuguaglianze, di un'erosione della fiducia e di un Far West digitale - ma rappresenta anche la più grande opportunità per il SSN di ridefinire il proprio ruolo per il XXI secolo. Infatti, nel XXI secolo, l'equità sanitaria non riguarda più soltanto il reddito o il territorio, ma anche la capacità dei cittadini di comprendere, utilizzare e governare informazioni, strumenti e servizi digitali. Il divario di health literacy e digital literacy diventa quindi una nuova frontiera della disuguaglianza, che il SSN deve contrastare attivamente.

Pertanto, l'innovazione digitale produce valore pubblico solo se è accompagnata da capacità di governance, alfabetizzazione sanitaria e digitale, interoperabilità dei dati e garanzie contro nuove forme di esclusione. In assenza di questi presupposti, il digitale non riduce ma amplifica i divari di accesso.

### **Nell'era digitale, rinnovare il patto con i cittadini per DEMOS vuol dire anche:**

- **garantire trasparenza e partecipazione:** dati aperti su liste d'attesa, esiti, qualità dei servizi, e forme strutturate di coinvolgimento di cittadini, pazienti e comunità locali nei processi decisionali;
- **riconoscere nuovi diritti, come il diritto alla salute digitale** (sicurezza, privacy, accessibilità delle tecnologie) e al controllo consapevole dei propri dati sanitari, che sono bene comune ma non merce;
- **costruire una relazione di fiducia basata su comunicazione** chiara, contrasto alla disinformazione, alfabetizzazione sanitaria e digitale.

## 1.5. LA SCOMMESSA DEL PNRR: UNA RIFORMA NECESSARIA MA INCOMPIUTA

Di fronte alla duplice crisi, strutturale e pandemica, l'Italia ha risposto con il più grande piano di investimenti del dopoguerra. La Missione 6 "Salute" del PNRR, insieme al suo braccio operativo, il Decreto Ministeriale 77 del 2022, rappresenta la scommessa strategica per modernizzare il SSN. L'intento è visionario e condivisibile: superare il modello "ospedale-centrico" e costruire una sanità di prossimità, digitale e integrata. Il piano prevede la creazione di una rete capillare di 1.350 Case della Comunità (CdC), 400 Ospedali di Comunità (OdC) e 600 Centrali Operative Territoriali (COT), supportata da un massiccio investimento nella telemedicina e nel potenziamento del Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE 2.0).

Tuttavia, a pochi mesi dalla scadenza finale del 30 giugno 2026, l'attuazione di questa imponente riforma mostra ritardi preoccupanti. I dati di monitoraggio aggiornati al primo semestre 2025 e fino ai primi mesi 2026, dipingono un quadro critico: risulta completato solo il 41% degli obiettivi UE previsti per la Missione 6. Sebbene alcune scadenze burocratiche siano state rispettate, l'avanzamento materiale è insufficiente. La Corte dei Conti ha evidenziato ritardi significativi proprio nell'avvio dei lavori per le Case e gli Ospedali di Comunità, una lentezza operativa che mette a fortissimo rischio il rispetto della scadenza del giugno 2026. Il ritmo di spesa necessario per recuperare il tempo perduto richiederebbe ora un'accelerazione che appare poco realistica.

Il problema più profondo, però, risiede in un difetto strutturale del Piano stesso. Il PNRR, per vincolo europeo, finanzia gli investimenti in conto capitale - i muri, le tecnologie - ma non la spesa corrente necessaria a far funzionare queste strutture: gli stipendi del personale, la manutenzione, le utenze. Questa è la "falla" che rischia di far affondare l'intera nave. In un sistema che già soffre di una drammatica carenza di personale, si stanno costruendo contenitori senza avere la certezza di poterli riempire di contenuti. Questo crea una "scogliera di sostenibilità" al 1° luglio 2026, quando l'onere finanziario ricadrà interamente sulle Regioni.

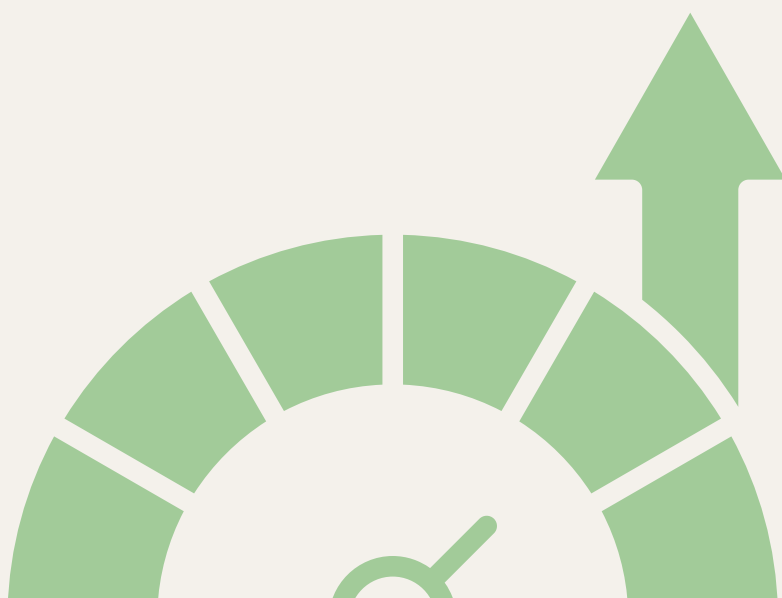
Questo difetto di progettazione, se non corretto da un intervento nazionale, rischia di avere un effetto paradossale e devastante: invece di ridurre le disuguaglianze, le amplificherà. Le Regioni più ricche, pur con difficoltà, potrebbero riuscire a trovare nei propri bilanci le risorse per assumere il personale e rendere operative le nuove strutture.

## > 1.5

---

Le Regioni del Sud, spesso soggette a Piani di Rientro, si ritroveranno con edifici nuovi ma vuoti, trasformando un investimento da miliardi di euro in un colossale spreco di denaro pubblico e cristallizzando un divario sanitario incolmabile. Peraltro, il PNRR ha diviso nelle diverse missioni la componente sanitaria da quella sociale (Missione 5 e Missione 6), creando di fatto una divisione tra i diversi interventi che avrebbero dovuto essere integrati sia nella progettazione che nella realizzazione soprattutto infrastrutturale. Si è di fatto voluto separare la sanità dal sociale, le competenze sanitarie solo regionali, da quelle sociali prevalentemente degli enti locali, ma riteniamo che i Comuni, i Municipi e le Città metropolitane devono essere riconosciuti come attori della salute. Le Case della Comunità devono diventare luoghi di integrazione reale tra sanità, servizi sociali e politiche di prossimità, riducendo le disuguaglianze territoriali. La scommessa del PNRR, nata per unire il Paese, rischia così di dividerlo ancora di più.

Si ritiene che le nuove strutture territoriali debbano essere valutate annualmente su indicatori di utilizzo, presa in carico dei cronici, integrazione sociosanitaria, riduzione delle disuguaglianze di accesso, impatto sugli accessi evitabili in emergenza e soddisfazione degli utenti, superando una logica meramente





# 2

**UNA NUOVA  
VISIONE PER  
LA SALUTE:  
PRINCIPI  
GUIDA PER UN  
"NUOVO" SSN**



# 2.

## UNA NUOVA VISIONE PER LA SALUTE: PRINCIPI GUIDA PER UN “NUOVO” SSN

Affrontare la tempesta perfetta già descritta, richiede più di semplici aggiustamenti o di un mero incremento di risorse. È necessario un cambio di paradigma, una rifondazione concettuale del nostro patto per la salute. La crisi attuale non è solo economica e organizzativa, ma anche di visione. I principi fondanti della Legge 833/1978 – universalismo, equità, globalità – non sono obsoleti. Al contrario, rappresentano la bussola etica e strategica per navigare la complessità del XXI secolo. La sfida consiste nel riaffermarli con forza, aggiornandone il significato e l'applicazione all'era digitale e a una società profondamente mutata. Lo sforzo sarà quello di delineare i tre pilastri concettuali su cui deve poggiare l'ammodernamento e riforma del SSN: un patto rinnovato con i cittadini, un modello di servizio che passa dalla cura reattiva alla presa in carico proattiva, e una nuova concezione del ruolo dello Stato, che da principale erogatore di servizi deve evolvere a intelligente governatore dell'intero ecosistema della salute.

### 2.1. RINNOVARE IL PATTO CON I CITTADINI: UNIVERSALISMO ED EQUITÀ NELL'ERA DIGITALE

Il principio di universalismo, inteso come garanzia di tutela estesa a tutta la popolazione, rimane una conquista di civiltà irrinunciabile. Tuttavia, in un contesto di risorse finite e bisogni crescenti, un universalismo indifferenziato rischia di diventare iniquo. È necessario evolvere verso un universalismo che modula l'intensità dell'intervento pubblico in base al bisogno reale ed effettivo dell'individuo e della popolazione. Questo significa superare la logica di garantire formalmente tutto a tutti, per concentrare le risorse pubbliche dove il bisogno è appropriato e maggiore, assicurando che i diritti siano realmente esigibili e non solo dichiarati. Nel nuovo SSN, universalismo, significa contemporaneamente accesso, appropriatezza, continuità, protezione finanziaria, qualità, strutturazione e comprensibilità dei percorsi. Un diritto formalmente riconosciuto ma concretamente inaccessibile, incomprensibile o economicamente insostenibile non è un diritto pienamente garantito.

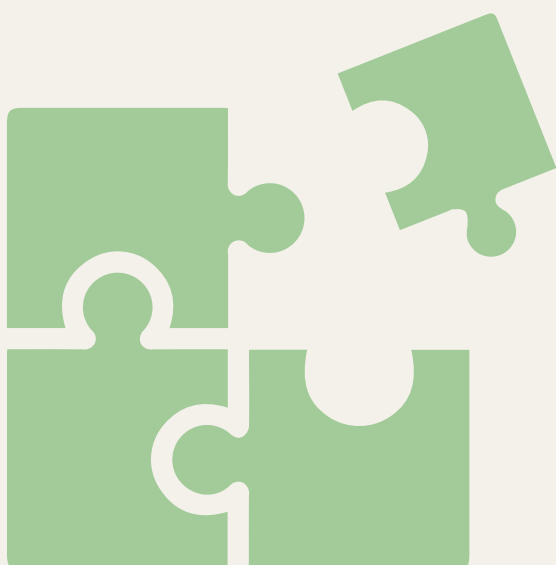
Tutto questo si può garantire applicando il principio di onestà e sostenibilità: come riportava un recente documento di esperti di sanità, bisogna “promettere solo ciò che si può mantenere”. La definizione di Livelli Essenziali di Assistenza (LEA) slegata da una realistica valutazione delle risorse disponibili (finanziarie, umane e tecnologiche) è una delle principali cause di iniquità.

## >2.1

---

Quando il sistema promette più di quanto può erogare, l'accesso non è più governato dal bisogno, ma dalla capacità del singolo cittadino di navigare il sistema, dalla sua competenza (literacy sanitaria), dalle sue reti sociali e dalla sua capacità di spesa. Le persone socialmente più forti riescono a ottenere le prestazioni promesse, esaurendo le risorse e di fatto escludendo i più fragili. Una riforma seria deve ristabilire la coerenza tra diritti garantiti e risorse allocate, rendendo i LEA una garanzia effettiva e non un catalogo astratto.

Allo stesso modo, il principio di equità deve essere aggiornato. Non basta più combattere le sole disuguaglianze geografiche, per quanto gravi. Nell'era del "Paziente-CEO", emergono nuove forme di disuguaglianza: il divario digitale (tra chi ha accesso e sa usare le nuove tecnologie e chi ne è escluso), il divario di literacy (tra chi sa interpretare i propri dati sanitari e chi ne è sopraffatto) e il divario di empowerment (tra chi partecipa attivamente alle proprie cure e chi rimane soggetto passivo). L'obiettivo della centralità della persona deve quindi tradursi in un impegno attivo del SSN a colmare questi nuovi divari, fornendo a tutti i cittadini, specialmente i più vulnerabili, gli strumenti culturali e tecnologici per diventare protagonisti della propria salute. L'empowerment del cittadino non deve essere un privilegio lasciato al mercato, ma un obiettivo di salute pubblica perseguito attivamente dal SSN. Dentro questa chiave va letta anche la ridefinizione della rete ospedaliera: ospedali di terzo livello, ospedali elettivi per acuti, standard e bacini di utenza non possono essere pensati solo in termini di attrattività e competizione, ma in funzione del bilanciamento tra alta complessità, accessibilità, continuità assistenziale e integrazione sociosanitaria. L'Italia non ha bisogno di un sistema spaccato in luoghi di eccellenza e luoghi della rinuncia, ma di una rete pubblica che assicuri qualità esigibile in ogni territorio.



# 2.2

## 2.2 OSPEDALI DI ECCELLENZA E RIEQUILIBRIO DEL SSN

Il disegno di legge delega n. 1825 non può essere considerato un semplice intervento tecnico di riordino del Servizio Sanitario Nazionale. Per come è formulato oggi, esso interviene sul cuore del modello, spostando il baricentro del sistema verso l'ospedale – in particolare verso gli ospedali di eccellenza e quelli elettivi – e indebolendo l'asse territorio-prevenzione che la legge 833/1978 e, più recentemente, il DM 77/2022 hanno individuato come pilastro imprescindibile dell'universalismo.

La delega richiama, in modo generico, obiettivi di tutela della salute, efficienza e sostenibilità, ma rinvia ai decreti attuativi le scelte sostanziali: assetto degli ospedali di terzo livello, revisione del DM 70/2015 e del DM 77/2022, ridisegno del rapporto tra pubblico e privato accreditato, impatto effettivo sui LEA e sui diritti esigibili delle persone. In questo quadro, il Parlamento fissa cornici ampie e poco determinate, mentre il baricentro decisionale si sposta sul binomio Ministero della Salute-MEF, con un'elevata discrezionalità su nodi che non sono neutri, ma definiscono quale tipo di SSN vogliamo: pubblico e universalistico, oppure selettivo e più esposto alle logiche di mercato.

L'enfasi sugli ospedali di eccellenza rischia così di costruire un "circuito protetto" per alcuni poli di alta specialità – concentrati nelle aree più forti del Paese – mentre la rete ospedaliera di base e, soprattutto, la sanità territoriale e la prevenzione vengono lasciate alle compatibilità di bilancio regionali, a processi di razionalizzazione e a possibili arretramenti organizzativi. Proprio ciò che l'esperienza della pandemia aveva dimostrato essere insostenibile.

Per DEMOS il tema non è mettere in discussione la necessità di reti di alta specialità, né il valore delle strutture che attraggono casistica complessa e producono ricerca e innovazione. Il tema è garantire che queste funzioni si collochino all'interno di una strategia coerente con l'universalismo della 833/1978, con il disegno del DM 77/2022 e con gli articoli 3 e 32 della Costituzione. Una riforma che non rende intangibili – se non per rafforzarle – le garanzie sulla presa in carico territoriale, che non prevede risorse strutturali e vincolate per il territorio, la prevenzione e la non autosufficienza e che ricentra l'attenzione politica e finanziaria sugli ospedali di eccellenza rischia, al contrario, di riportare il SSN verso un modello ospedale-centrico e selettivo.

In questo senso, il giudizio non può limitarsi a un generico richiamo alla "necessità di governare" gli ospedali di terzo livello: occorre affermare con chiarezza che, nella formulazione attuale, la delega non garantisce il riequilibrio tra ospedale e territorio, ma espone il sistema a un'ulteriore polarizzazione tra pochi poli di eccellenza e un territorio sottofinanziato e frammentato. È una direzione incompatibile con l'idea di SSN universalistico, preventivo e territoriale che questo documento propone.

# 2.3

## 2.2. DALLA "CURA" ALLA "PRESA IN CARICO": IL MODELLO PROATTIVO E OLISTICO

Il modello organizzativo del SSN è ancora largamente improntato a una logica reattiva e frammentata, una "sanità di attesa" che interviene prevalentemente sulla malattia acuta. L'invecchiamento della popolazione e l'esplosione delle patologie croniche, che oggi interessano quasi il 40% degli italiani, rendono questo modello insostenibile ed inefficace. La riforma deve accelerare la transizione verso una "sanità di iniziativa", un sistema proattivo che non aspetta il paziente, ma lo va a cercare, lo ingaggia e lo accompagna lungo tutto il percorso di vita e di cura.

Il cardine di questo nuovo modello è il principio della "presa in carico". Per il cittadino sano, significa un impegno sistematico nella prevenzione e nella promozione di stili di vita corretti. Per il paziente, specialmente quello cronico, significa avere un piano di cura personalizzato, integrato e continuativo, che superi la frammentazione tra i diversi specialisti, l'ospedale e il territorio. Significa non essere più lasciati soli a ricomporre un puzzle di visite, esami e terapie, un onere che oggi ricade interamente sulle famiglie e penalizza chi ha meno risorse. Il passaggio dalla logica della cura episodica a quella della presa in carico proattiva e continuativo lungo tutto il continuum della vita, deve essere misurato con indicatori di esito e di esperienza del paziente, includendo la continuità assistenziale, l'aderenza terapeutica, la qualità della transizione ospedale-territorio e la capacità del sistema di accompagnare le persone fragili lungo tutto il percorso di cura.

La presa in carico deve essere olistica, abbracciando il principio di globalità. Occorre adottare una visione onnicomprensiva in cui la salute non è intesa semplicemente come assenza di patologia, ma come uno stato di completo benessere fisico, mentale e sociale; un principio guida, promosso dall'OMS, che deve informare ogni nostra azione. Ciò impone di abbattere i "silos" istituzionali e di integrare pienamente l'assistenza sanitaria con quella sociale, il supporto psicologico e gli interventi sulla non autosufficienza.

Il concetto di "One Health" ci ricorda che la salute umana è indissolubilmente legata alla salute degli animali e dell'ambiente. Pertanto, il SSN deve diventare un attore protagonista nel promuovere la "salute in tutte le politiche", contribuendo a orientare le decisioni in materia di ambiente, urbanistica, lavoro e istruzione verso obiettivi di benessere collettivo.

# 2.4

## 2.4 IL NUOVO RUOLO DEL SETTORE PUBBLICO: DA "EROGATORE" A "GOVERNATORE"

La trasformazione più profonda e strategica riguarda il ruolo stesso del SSN nell'ecosistema della salute del futuro. Di fronte a un mercato privato globale, ipertecnologico e in rapidissima espansione, l'idea che il settore pubblico possa - o debba - competere nella produzione di ogni servizio e di ogni tecnologia è un'illusione. Il tentativo di farlo porterebbe solo a un dispendio di risorse e a un perenne inseguimento dell'innovazione privata. La vera forza del SSN non risiede nella sua capacità produttiva, ma nella sua legittimità, nella sua missione universalistica e nel capitale di fiducia che ancora detiene presso i cittadini.

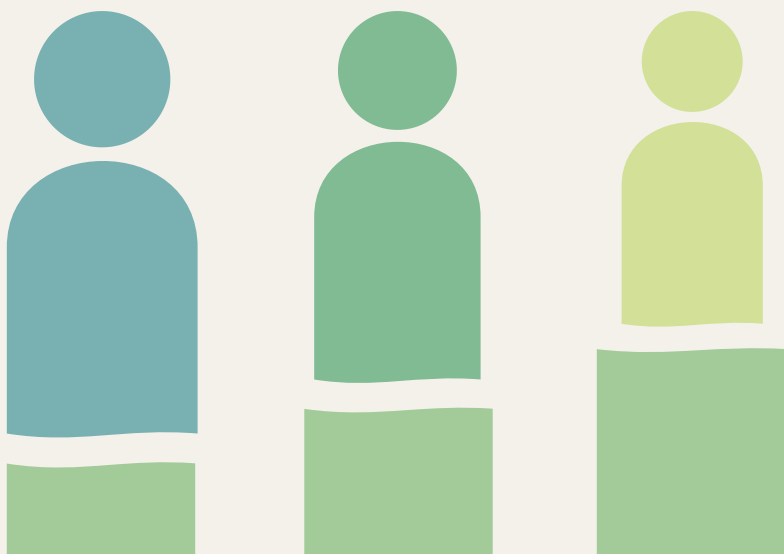
La visione per il futuro è quindi quella di una metamorfosi strategica: il SSN deve evolvere da principale erogatore di prestazioni a principale governatore dell'intero sistema. Questo nuovo ruolo di governance si articola in tre funzioni strategiche, delineate con lucidità nell'analisi delle sfide future:

- **Regolatore e garante sovrano della fiducia:** in un mercato affollato di app, dispositivi e servizi digitali di dubbia qualità, il SSN deve diventare l'autorità terza e indipendente che certifica l'efficacia, la sicurezza e l'eticità delle innovazioni. Deve essere l'ente che, attraverso un "bollino di garanzia", guida i cittadini nelle loro scelte, proteggendoli da prodotti inefficaci, da rischi per la privacy e dalla disinformazione. Questo ruolo trasforma la debolezza regolatoria attuale in un punto di forza strategico.
- **Orchestratore e integratore dell'ecosistema:** la frammentazione dei dati è una delle maggiori minacce alla continuità della cura. Il SSN, grazie al suo mandato universale, è l'unico attore in grado di assumere il ruolo di orchestratore di sistema. Deve imporre standard di interoperabilità e utilizzare il Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE) come hub centrale per integrare i dati provenienti da tutte le fonti - ospedali pubblici, laboratori privati, dispositivi indossabili certificati, farmacie - creando una visione olistica e longitudinale della salute di ogni cittadino.
- **Promotore di equità e innovatore dei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA):** Il SSN deve usare la sua leva più potente - la rimborsabilità - per guidare il mercato verso l'interesse pubblico e garantire che le innovazioni di valore siano accessibili a tutti, non solo a chi può pagarle. Questo significa superare un modello di LEA basato su singole prestazioni e introdurre il rimborso basato sul valore (value-based healthcare).
- **Le tecnologie e i percorsi di cura digitali** che dimostrano, dati alla mano, di migliorare gli esiti di salute e di essere costo-efficaci per il sistema devono essere inclusi nei LEA e resi disponibili a tutti i cittadini, indipendentemente dal reddito.

## >2.4

---

I principi fondanti del SSN, in questa nuova prospettiva, non sono valori da difendere passivamente, ma diventano asset strategici da utilizzare attivamente per governare un ecosistema complesso. L'universalismo diventa la base per imporre standard che proteggano tutti. L'equità diventa il motore per rendere l'innovazione inclusiva. La globalità diventa la capacità unica di orchestrare dati a livello di popolazione. È questa la via per un SSN moderno, forte e fedele alla sua missione originaria.





# 3

**INTERVENTI  
PROGRAMMA  
TICI PER LA  
SANITÀ DEL  
FUTURO**



# 3.

## INTERVENTI PROGRAMMATICI PER LA SANITÀ DEL FUTURO

La visione delineata richiede un'agenda di riforme coraggiosa e concreta. E' necessario tradurre i principi in una serie di interventi programmatici, strutturati per affrontare le criticità sistemiche e costruire le fondamenta della sanità del futuro. Ogni proposta è disegnata per essere operativa, basata sull'evidenza disponibile e mirata a produrre un impatto misurabile sulla salute dei cittadini e sulla sostenibilità del Servizio Sanitario Nazionale. Si tratta di un piano organico che interviene simultaneamente sui pilastri del sistema: le risorse finanziarie, il capitale umano, l'organizzazione territoriale, la governance digitale, la politica farmaceutica e di ricerca, e le aree prioritarie di intervento come la prevenzione e l'assistenza ai più fragili.

### 3.1. FINANZIARE LA SALUTE, INVESTIRE NEL PAESE: UN PATTO PER LA SOSTENIBILITÀ

La crisi del SSN è, prima di tutto, una crisi di risorse. Il definanziamento cronico ha portato il sistema a un punto di rottura, compromettendo la sua capacità di garantire i LEA in modo uniforme su tutto il territorio nazionale.

Bisogna garantire al SSN risorse finanziarie stabili, adeguate e pluriennali, uscendo dalla logica dei finanziamenti annuali e riconoscendo la spesa per la salute come un investimento strategico nel capitale umano, nella coesione sociale e nella produttività del Paese.

#### COME?

##### Le proposte:

- **Legge di programmazione pluriennale per la sanità:** istituire un quadro normativo vincolante per un incremento graduale della spesa sanitaria pubblica, con l'obiettivo di raggiungere la media dei principali partner europei. Si fissa un target minimo del 7.5% del PIL da conseguire nell'arco di un quinquennio, per garantire stabilità e certezza nella programmazione regionale. Come già detto la legge di programmazione pluriennale dovrà definire non solo un obiettivo di incidenza della spesa sanitaria pubblica sul PIL, ma anche un percorso di convergenza della spesa pubblica pro capite e della protezione finanziaria delle famiglie, verso i livelli medi dei Paesi OCSE ad alto reddito, con pubblicazione annuale di un Rapporto sul divario italiano. Inoltre, ogni revisione di ticket, compartecipazioni, fondi integrativi e regimi fiscali agevolati dovrà essere sottoposta a una valutazione d'impatto distributivo e sanitario, verificando ex ante ed ex post gli effetti sul rischio di rinuncia alle cure, sulla spesa catastrofica e sull'impoverimento sanitario

## >3.1

---

- **Fonti di finanziamento sostenibili:** per garantire la copertura di questo aumento, si propone un mix di interventi mirati a reperire risorse stabili senza gravare in modo indifferenziato sulla fiscalità generale:
  - **Lotta all'evasione fiscale:** una quota parte delle maggiori entrate derivanti da una politica seria e determinata di contrasto all'evasione fiscale (stimata in oltre 80 miliardi di euro annui) deve essere vincolata per legge al finanziamento del FSN.
  - **Riconversione ecologica della spesa pubblica:** riorientare le risorse oggi destinate a Sussidi Ambientalmente Dannosi (SAD) verso investimenti che promuovono la salute, in un'ottica "One Health".
  - **Tassazione dei determinanti commerciali di salute:** introdurre o rafforzare imposte di scopo su prodotti con un accertato impatto negativo sulla salute, come tabacco, bevande alcoliche e bevande zuccherate ecc., destinando il gettito al finanziamento di programmi di prevenzione e cura.
- **Abolizione definitiva del tetto di spesa per il personale:** procedere con l'abrogazione immediata e permanente del vincolo sulla spesa per il personale sanitario. Questo limite, ormai anacronistico, blocca da anni le assunzioni indispensabili e il turnover generazionale, spingendo il sistema verso soluzioni precarie e onerose come i "medici a gettone". Tale misura è il prerequisito per ogni piano di rilancio del SSN.

# 3.2

## 3.2. LE PERSONE AL CENTRO DEL SISTEMA: UN PIANO STRAORDINARIO PER I PROFESSIONISTI DELLA SALUTE

Il SSN sta vivendo una crisi di capitale umano senza precedenti. La carenza di personale, in particolare di infermieri e di alcune specializzazioni mediche, ha raggiunto livelli di allarme. L'Italia conta solo 6,5 infermieri per 1.000 abitanti, un dato drammaticamente inferiore alla media OCSE di 9,8. Il sistema perde oltre 10.000 infermieri ogni anno per dimissioni, pensionamenti e trasferimenti all'estero, mentre quasi un infermiere su quattro in servizio nel SSN ha più di 55 anni, prefigurando un'imminente "gobba pensionistica". Retribuzioni basse, carichi di lavoro insostenibili e scarse prospettive di carriera rendono le professioni sanitarie sempre meno attrattive per i giovani.

E' necessario rendere il Servizio Sanitario Nazionale un luogo di lavoro nuovamente attrattivo, capace di reclutare, trattenere e valorizzare i propri professionisti, riconoscendo che nessuna riforma tecnologica o strutturale può avere successo senza le persone che la devono attuare.

### COME?

#### LE PROPOSTE:

- Piano Straordinario di assunzioni e stabilizzazioni per il Personale Sanitario: avviare un piano nazionale quinquennale di reclutamento, basato su una mappatura reale dei fabbisogni delle Regioni, con l'obiettivo di colmare il divario con gli standard europei. Il piano deve dare priorità all'assunzione a tempo indeterminato di infermieri, Medici di Medicina Generale, e specialisti nelle discipline più carenti (come medicina d'emergenza-urgenza, neuropsichiatria infantile e anestesia ecc.), e alla stabilizzazione del personale precario. Si propone che il Piano Straordinario per il Personale includa un programma nazionale di task shifting e skill-mix redesign, con sperimentazioni regolamentate e successiva messa a regime di competenze avanzate infermieristiche, riabilitative, psicologiche, farmaceutiche e sociosanitarie, soprattutto nelle cure primarie, nella cronicità e nella domiciliarità. Le politiche di retention dovranno includere, oltre agli adeguamenti retributivi, programmi strutturali di prevenzione del burnout, sviluppo professionale continuo, percorsi di carriera clinico-assistenziali e modelli organizzativi che riducano il carico burocratico improprio, sui professionisti. La qualità del lavoro nel SSN dovrà essere considerata un indicatore di performance del sistema: tassi di turnover, dimissioni volontarie, assenze per burnout, aggressioni al personale e ricorso a esternalizzazioni dovranno entrare stabilmente nel monitoraggio nazionale.

## >3.2

- **Riforma delle retribuzioni e delle carriere:** stanziamento di risorse dedicate per allineare le retribuzioni del personale sanitario alla media europea, superando l'attuale gap che alimenta la "fuga" verso l'estero o il settore privato. Parallelamente, riformare i percorsi di carriera per valorizzare le competenze professionali acquisite e le responsabilità gestionali, superando una progressione basata sulla sola anzianità di servizio.
- **Formare i professionisti del futuro:** rivedere profondamente i percorsi formativi universitari e di specializzazione. È indispensabile:
- **Istituire una specializzazione universitaria per la medicina generale:** superare l'attuale modello formativo a gestione regionale, creando un percorso di specializzazione accademico per i Medici di Medicina Generale. Questo eleverebbe la disciplina, equiparandola per status e struttura formativa alle altre specialità mediche.
- **Potenziare le competenze digitali e relazionali:** rendere obbligatori nei curricula di tutte le professioni sanitarie moduli formativi avanzati su sanità digitale, telemedicina, gestione e analisi dei dati, intelligenza artificiale, ma anche su competenze comunicative e relazionali per interagire con un "Paziente-CEO" più informato ed esigente.
- **Migliorare le condizioni di lavoro:** Avviare un piano nazionale per il benessere organizzativo nel SSN, con misure concrete per la prevenzione del burnout, la conciliazione vita-lavoro, e la tutela dei professionisti da aggressioni e violenza. È inoltre necessario ridurre il contenzioso medico-legale attraverso una piena attuazione e un monitoraggio della Legge Gelli-Bianco.



# 3.3

## 3.3. COSTRUIRE LA “SANITÀ DI PROSSIMITÀ” OLTRE IL PNRR: DAI MURI AI SERVIZI

La realizzazione delle infrastrutture previste dal PNRR (Case e Ospedali di Comunità) è un passo necessario ma non sufficiente. Il rischio, come evidenziato, è di trovarsi nel 2026 con "scatole vuote" a causa della mancanza di personale e di un modello organizzativo e finanziario sostenibile per la loro gestione a regime.

E' necessario assicurare la piena e uniforme attivazione della nuova rete di assistenza territoriale su tutto il territorio nazionale, trasformando gli investimenti del PNRR in servizi concreti e accessibili per i cittadini, anche dopo la fine del finanziamento europeo.

### COME?

#### LE PROPOSTE:

- **Fondo Nazionale per l'Assistenza Territoriale:** istituire un fondo nazionale dedicato, cofinanziato da Stato e Regioni, per coprire i costi di gestione (personale, utenze, manutenzione) delle nuove strutture territoriali a partire dal 1° luglio 2026. L'allocazione delle risorse di questo fondo dovrà essere legata al raggiungimento di specifici obiettivi di performance e di risultato garantendo i servizi e le prestazioni previste nel DM/77 e, soprattutto, dev'essere legato a criteri perequativi volti a ridurre attivamente le disuguaglianze territoriali nell'erogazione dei servizi. Il Fondo Nazionale per l'Assistenza Territoriale dovrà vincolare una quota delle risorse al raggiungimento di risultati misurabili: riduzione degli accessi evitabili al pronto soccorso, aumento della presa in carico dei cronici, continuità ospedale-territorio, copertura dell'assistenza domiciliare, riduzione delle disuguaglianze territoriali e miglioramento dell'esperienza dei pazienti
- **Nuovi modelli organizzativi e contrattuali:** per far funzionare la nuova rete è indispensabile superare il modello isolato del Medico di Medicina Generale (MMG). Si propone di rendere obbligatoria l'integrazione dei MMG e dei Pediatri di Libera Scelta (PLS) all'interno delle Case della Comunità, attraverso una revisione dell'Accordo Collettivo Nazionale che incentivi il lavoro in team e preveda una quota oraria dedicata ad attività di sanità pubblica e di presa in carico comunitaria, sulla scia della proposta già negoziata nella XVIII legislatura. In linea con le evidenze internazionali sulle cure primarie, le Case della Comunità dovranno garantire un accesso esteso e continuativo, anche in fasce orarie oggi scoperte, per ridurre l'uso improprio dell'emergenza-urgenza e offrire ai cittadini un punto di riferimento stabile, multiprofessionale e realmente di prossimità.

## > 3.3

- **Potenziamento dell'infermiere di famiglia e di comunità:** riconoscere contrattualmente e potenziare numericamente la figura dell'Infermiere di famiglia e di comunità, affidandogli un ruolo centrale di case manager per i pazienti cronici e fragili, in stretta collaborazione con i MMG e gli assistenti sociali.
- **Rafforzamento dell'Assistenza Domiciliare Integrata (ADI):** utilizzare le nuove Centrali Operative Territoriali (COT) come cabine di regia per un potenziamento radicale dell'ADI. È fondamentale raggiungere oltre all'obiettivo previsto dal PNRR di fornire assistenza a domicilio ad almeno il 10% della popolazione con più di 65 anni, raggiungere un nuovo obiettivo che è quello di garantire almeno il 50% in più di prese in carico per media ed alta complessità anziani e pazienti in ADI trasformando questo target in un Livello Essenziale di Assistenza esigibile e garantito su tutto il territorio nazionale.



# 3.4

## 3.4. GOVERNARE LA RIVOLUZIONE DIGITALE: UNA STRATEGIA NAZIONALE PER DATI E TECNOLOGIE

L'Italia si trova in una fase cruciale per la digitalizzazione del SSN. Sebbene il sistema pubblico sconti ancora ritardi e frammentazione, il mercato è in forte accelerazione: la spesa per la sanità digitale ha raggiunto i 2,47 miliardi di euro, segnando un +12% rispetto all'anno precedente.

Questa espansione, se non accompagnata da una governance pubblica forte in grado di orientare e regolare l'innovazione tecnologica, rischia di essere guidata unicamente da logiche commerciali, dove l'innovazione aumenta le disuguaglianze invece di colmarle e l'interoperabilità resta un miraggio. La sanità digitale non è neutrale: senza una guida pubblica forte, rischia di aumentare le disuguaglianze e di trasformare la salute in un bene di consumo. DEMOS propone una sanità digitale governata dal pubblico, in grado di rendere più accessibili i servizi, di rendere più equo ed appropriato il percorso di cura: garantire i diritti senza lasciare indietro nessuno.

È necessario quindi, dotare il Paese di una strategia nazionale che ponga il SSN nel ruolo di "regista" di questo ecosistema in crescita, garantendo che i nuovi investimenti in tecnologia e digitale, si traducano in salute per tutti, in modo equo, sicuro e sostenibile.

### COME?

#### LE PROPOSTE:

- **Istituzione di un'Agenzia Nazionale indipendente per la Salute Digitale:** Piena operatività e potenziamento dell'Agenzia per la Sanità Digitale (ASD): è urgente dare piena attuazione al mandato conferito ad AGENAS (dal DL 4/2022) come Agenzia per la Sanità Digitale, trasformandola da organo tecnico di supporto ad Autorità Regolatoria indipendente con elevate competenze tecniche, sul modello di altre agenzie regolatorie europee. Alla luce della recente Legge sull'IA (L. 132/2025), che affida la vigilanza generale ad AgID e ACN, è fondamentale e necessario che la nuova Agenzia per la Sanità Digitale abbia una competenza esclusiva e vincolante per il settore sanitario su due fronti: l'Agenzia per la Salute Digitale dovrà produrre una valutazione periodica degli effetti reali della digitalizzazione su accesso, esiti, costi, qualità percepita e divari territoriali e sociali, affinché il digitale sia uno strumento di eguaglianza e non un ulteriore fattore di esclusione. La strategia nazionale per la salute digitale dovrà essere esplicitamente allineata ai principi europei di data governance e di uso affidabile dell'intelligenza artificiale in sanità, garantendo interoperabilità, trasparenza degli algoritmi, accountability pubblica, robustezza, sicurezza informatica e non discriminazione.

## >3.4

- **HTA per il digitale e Certificazione "Fast-Track":** Gestire la valutazione rapida delle tecnologie sanitarie digitali (DTx, algoritmi diagnostici), diventando l'unico sportello per l'accesso al rimborso SSN. Il processo di Health Technology Assessment deve integrare i nuovi regolamenti UE (Reg. 2021/2282) valutando non solo l'efficacia clinica, ma anche la cybersicurezza e l'etica degli algoritmi. Il "Bollino di Garanzia" dell'Agenzia diventerà lo standard di fiducia per cittadini e professionisti.
- **Vigilanza attiva e lotta alla disinformazione sull'uso del digitale:** L'Agenzia deve poter sanzionare le app salute prive di validazione scientifica e agire come "certificatore di verità" contro le fake news sanitarie online, colmando un vuoto che le attuali autorità generaliste non riescono a coprire. L'Agenzia deve poter agire come la fonte più autorevole e accessibile di informazione sanitaria per i cittadini, contrastando attivamente la disinformazione online.
- **Piena attuazione dell'obbligo di interoperabilità del FSE 2.0:** occorre garantire l'inflessibile rispetto di quanto già sancito dal DM 7 settembre 2023 e dal Decreto PNRR. Nonostante la scadenza della "Fase 2" (settembre 2025) abbia formalmente imposto l'adeguamento alle strutture private accreditate, i dati di alimentazione mostrano ancora ritardi inaccettabili in diverse Regioni. È necessario che il mancato raggiungimento dei target di alimentazione reale del Fascicolo (e non solo l'adesione formale) e di utilizzo effettivo del FSE da parte dei professionisti faccia scattare automaticamente il meccanismo sanzionatorio sui fondi regionali, senza ulteriori proroghe, in vista della scadenza finale dell'Ecosistema Dati Sanitari (EDS) fissata per il marzo 2026. Per Demos è necessario rendere effettivo il Fascicolo Sanitario Elettronico 2.0, garantendone l'alimentazione obbligatoria, la consultabilità semplice, l'interoperabilità tra regioni e livelli di cura, la sicurezza dei dati. La telemedicina va resa davvero esigibile e integrata nei percorsi assistenziali, non limitata a esperienze frammentate. La digitalizzazione deve semplificare l'accesso, rafforzare la continuità della presa in carico, migliorare la programmazione e consentire una reale trasparenza delle liste d'attesa, in coerenza con la normativa più recente in materia di monitoraggio e governo dei tempi di accesso.
- **Regolamentazione e integrazione della telemedicina:** Superare definitivamente la fase sperimentale garantendo la piena operatività delle nuove norme e integrare pienamente la telemedicina nei percorsi di cura ordinari. Con l'entrata in vigore del "Decreto Tariffe" (30 dicembre 2024), le prestazioni chiave come la televisita e il teleconsulto sono state ancorate ai LEA e dotate di una tariffa nazionale. Ora la sfida è l'attuazione uniforme: occorre vigilare ancora in zone grigie della normativa affinché tutte le Regioni recepiscano tempestivamente i nuovi nomenclatori senza creare ulteriori difformità territoriali, e completare il quadro normativo chiarendo definitivamente gli aspetti di responsabilità professionale specifica per il telemonitoraggio e le terapie digitali.

## >3.4

---

**Governare il digitale significa anche evitare che si producano nuove esclusioni.** Una sanità digitale che funziona solo per chi ha competenze, strumenti e connessioni adeguate rischia di allargare il divario tra cittadini forti e cittadini fragili. Per questo servono politiche di alfabetizzazione digitale, strumenti accessibili, supporti territoriali, semplificazione delle interfacce e garanzie pubbliche che i dati sanitari non diventino merce scambiabile. L'innovazione tecnologica deve essere una leva di universalismo, non un nuovo criterio di selezione sociale.



# 3.5

## 3.5. UNA NUOVA POLITICA PER FARMACI E RICERCA: VALORE E COMPETITIVITÀ

La spesa farmaceutica rappresenta una quota crescente del FSN e una delle voci più critiche del bilanciosanitario, caratterizzata ormai da uno squilibrio strutturale rispetto alle risorse programmate, richiedendo una governance più attenta al rapporto costo/efficacia. La spesa complessiva ha infatti ampiamente superato il tetto fissato al 15,3% del Fondo Sanitario Nazionale, generando una situazione di disavanzo cronico: per il solo 2025, lo sfioramento per gli acquisti diretti è stimato in 4,1 miliardi di euro. Questa dinamica rende il meccanismo del Payback sempre più oneroso e fonte di incertezza per le imprese, imponendo una revisione radicalmente diversa dello stesso.

Contemporaneamente, l'Italia sta perdendo terreno nel campo della ricerca e della sperimentazione clinica, frenata da procedure burocratiche complesse e da una concorrenza europea sempre più agguerrita. Il rischio concreto è un impoverimento scientifico del Paese e, soprattutto, un ritardato accesso dei pazienti alle terapie innovative.

È indispensabile garantire ai cittadini un accesso equo e tempestivo ai farmaci, assicurando al contempo la sostenibilità economica tramite il rispetto dei tetti di spesa, e rilanciare l'Italia come uno dei principali hub europei per le Life Sciences, trasformando il SSN in un volano di sviluppo economico. La governance del farmaco dovrà essere coerente con una visione di salute pubblica che premi il valore terapeutico aggiunto, l'equità di accesso e la sostenibilità di lungo periodo, ma dovrà anche includere un forte investimento nella lotta all'antimicrobico-resistenza, riconosciuta tra le principali minacce sistemiche alla salute e alla sostenibilità dei sistemi sanitari.

### COME?

#### Le proposte:

#### Riforma della governance farmaceutica:

- 1. Prezzi basati sul valore aggiunto:** Rivedere sistematicamente i criteri di negoziazione dei prezzi, legandoli in modo più stringente al valore terapeutico aggiunto (costo-efficacia) rispetto alle alternative esistenti.
- 2. Potenziamento degli acquisti centralizzati:** Rafforzare le procedure di gara a livello nazionale o di area vasta per ottenere prezzi più sostenibili, promuovendo al contempo l'uso di farmaci equivalenti e biosimilari per liberare risorse. Il sistema degli acquisti deve essere reso più efficace, ma anche più intelligente. Centralizzare non basta: bisogna saper coniugare potere di acquisto, qualità, appropriatezza e capacità di valorizzare l'innovazione realmente utile.

## >3.5

### **Piano Nazionale di contrasto all'antimicrobico-resistenza (AMR):**

Avviare con urgenza un **nuovo Piano Nazionale per l'AMR**, adeguatamente finanziato, che integri sorveglianza, prevenzione, uso appropriato degli antibiotici e supporto alla ricerca di nuovi farmaci contro i super-batteri.

### **Rilancio della sperimentazione clinica:**

- 1. Semplificazione burocratica ("Fast Track Italia"):** Creare un'unica autorità nazionale per l'autorizzazione delle sperimentazioni cliniche, garantendo tempi certi e ridotti sul modello dei Paesi europei più competitivi.
- 2. Incentivi fiscali per la ricerca:** Introdurre un credito d'imposta di entità significativa per le aziende farmaceutiche e biotecnologiche che scelgono di investire in Ricerca & Sviluppo e di condurre trial clinici direttamente sul territorio italiano.
- 3. Il SSN come rete di ricerca integrata:** Valorizzare il patrimonio di dati e competenze del SSN come asset strategico. Creare piattaforme nazionali di dati clinici anonimizzati (Real World Evidence) e promuovere le reti di IRCCS e ospedali universitari per attrarre studi internazionali, riconoscendo la ricerca come parte integrante della missione del SSN.

UN SSN che deve assumere la ricerca clinica e organizzativa come una funzione strategica, non come un'attività collaterale. Ciò richiede semplificazione amministrativa, tempi certi, reti di sperimentazione più forti, investimenti pubblici dedicati e incentivi che rendano l'Italia un luogo attrattivo per la ricerca di qualità.

La posta in gioco è doppia: garantire ai cittadini accesso equo e tempestivo alle cure più efficaci e fare del SSN un motore di sviluppo, lavoro qualificato e capacità scientifica. In questa prospettiva, farmaco e ricerca non vanno contrapposti alla sostenibilità del sistema; vanno governati come leve di innovazione pubblica orientata al bene comune.



# 3.6



## 3.6. AREE PRIORITARIE DI AZIONE: PREVENZIONE, SALUTE MENTALE E NON AUTOSUFFICIENZA

### PIANO NAZIONALE PER LA NON AUTOSUFFICIENZA

Prevenzione, salute mentale, dipendenze, disabilità e assistenza alla non autosufficienza sono aree strategiche per la salute della popolazione e la sostenibilità a lungo termine del SSN, ma sono state storicamente sistematicamente sottofinanziate e trascurate.

L'area della prevenzione è il terreno su cui si misura la serietà e l'efficacia di un sistema sanitario pubblico. Investire in prevenzione significa ridurre disuguaglianze, evitare sofferenze inutili e contenere la spesa futura. DEMOS considera il sottofinanziamento della prevenzione una scelta miope e socialmente ingiusta. È necessario lanciare piani nazionali mirati che trasformino queste aree in pilastri strategici del Servizio Sanitario Nazionale, con budget vincolati, con obiettivi misurabili e un impatto diretto sulla qualità della vita dei cittadini.

### COME?

#### Le proposte:

### PIANO NAZIONALE PER LA PREVENZIONE ("PRIMA LA SALUTE")

Sebbene l'evidenza dimostri che le strategie preventive salvano più vite di molte terapie, l'Italia destina ancora circa il 3% della spesa sanitaria alla prevenzione (dato 2024/25), ben lontano dal target del 5%.

- **Vincolo di bilancio:** Rendere cogente e non derogabile il vincolo di destinazione di almeno il 5% del FSN alla Prevenzione, prevedendo meccanismi sostitutivi per le Regioni inadempienti.
- **Estensione degli Screening Oncologici (Nuovi LEA):** Oltre a uniformare i tre screening storici (seno, colon-retto, cervice), è urgente finanziare e attuare strutturalmente i nuovi screening raccomandati dall'UE (polmone e prostata), attualmente attivi solo in via sperimentale e a macchia di leopardo, per allinearsi al Piano Europeo contro il Cancro.
- **Rilanciare le campagne vaccinali:** rafforzare il Piano Nazionale di Prevenzione Vaccinale con campagne informative mirate e un accesso facilitato tramite MMG, pediatri e farmacie di comunità. Con la scadenza del PNPV 2023-2025, occorre varare immediatamente un nuovo Piano Vaccinale Pluriennale, garantendo risorse certe per le nuove tecnologie vaccinali e potenziando la somministrazione in farmacia come canale strutturale.

## >3.6

### PIANO NAZIONALE PER LA SALUTE MENTALE

- **La risposta post-pandemica è stata frammentaria.** Il "Bonus Psicologo", reso strutturale, si è rivelato una misura tampone incapace di coprire il fabbisogno reale (copre meno del 5% delle richieste).
- **Obiettivo 5%:** Vincolare il 5% del Fondo Sanitario Regionale ai Dipartimenti di Salute Mentale (oggi fermi al 2,5-3% in media), penalizzando le Regioni che dirottano queste risorse altrove.
- **Dallo "Bonus" allo "Psicologo delle cure primarie":** Superare la logica del sussidio economico a domanda ("Bonus") per istituire strutturalmente lo Psicologo di Base come servizio LEA, presente fisicamente nelle Case della Comunità, garantendo un primo livello di accesso gratuito e universale senza barriere ISEE.
- **Emergenza Adolescenti: Piano straordinario per la Neuropsichiatria Infantile,** oggi al collasso, con l'assunzione vincolata di specialisti per abbattere liste d'attesa che superano i 12 mesi per una prima visita.

### PIANO NAZIONALE PER LA NON AUTOSUFFICIENZA

L'assistenza agli anziani e alle persone non autosufficienti è una delle più grandi emergenze sociali e sanitarie del Paese. Si propone di:

1. **Dare piena e finanziata attuazione alla Legge Delega 33/2023:** superare la frammentazione attuale e creare un Sistema Nazionale per l'Assistenza agli Anziani (SNA) che integri realmente le prestazioni sanitarie, sociali e assistenziali sotto un'unica governance e con punti di accesso unificati sul territorio (le Case della Comunità) superando le storture del decreto attuativo che frammenta nuovamente la risposta che dev'essere unitaria ed integrata. L'attuazione della riforma (D.Lgs. 62/2024) ha deluso le aspettative, introducendo una "Prestazione Universale" sperimentale, estremamente limitata (riservata a pochissimi ultraottantenni indigenti) e mantenendo la frammentazione tra indennità monetarie e servizi. È inoltre necessario correggere il D.Lgs. 62/2024 e superare l'attuale fase sperimentale (2025-2026) che copre una platea irrisoria (circa 25.000 persone).
2. **Finanziamento strutturale (LTC):** L'attuale dotazione è insufficiente a coprire l'invecchiamento demografico. Occorre aprire il dibattito su un "Secondo Pilastro" obbligatorio per la Long-Term Care o su una fiscalità di scopo, per evitare che i costi dell'assistenza ricadano interamente sui risparmi delle famiglie (out-of-pocket) e per assicurare la sostenibilità di un'assistenza universale e dignitosa.

Il sistema per la non autosufficienza dev'essere costruito come una vera infrastruttura di long-term care integrata, con governance unitaria, presa in carico multidimensionale, sostegno ai caregiver e livelli essenziali socio-sanitari effettivamente esigibili su tutto il territorio nazionale.

# 3.7



## 3.7 QUALITÀ E SICUREZZA DELLE CURE

DEMOS propone l'istituzione di un Programma Nazionale per la Qualità e la Sicurezza delle Cure, fondato su indicatori pubblici e comparabili per Regione e per struttura relativi a esiti, riammissioni evitabili, sicurezza del paziente, infezioni correlate all'assistenza, appropriatezza e qualità percepita. La valutazione del management sanitario dovrà includere in modo vincolante il miglioramento di questi indicatori, superando una governance centrata unicamente sull'equilibrio economico-finanziario.

### COME?

#### Le proposte:

1. **Programma Nazionale per Qualità e Sicurezza** con indicatori pubblici, confrontabili e obbligatori per tutte le Regioni e strutture.
2. **Cruscotto unico nazionale su esiti**, riammissioni evitabili, infezioni, sicurezza del paziente, appropriatezza e qualità percepita (PREMs e PROMs).
3. **Trasparenza totale**: dati accessibili ai cittadini tramite piattaforma digitale nazionale integrata con il Fascicolo Sanitario Elettronico.
4. **Valutazione vincolante delle Regioni e dei direttori generali** basata su qualità e sicurezza (almeno 50% degli obiettivi), non solo sui conti.
5. **Audit clinici, benchmarking e piani di miglioramento obbligatori** per le strutture sotto standard.
6. **Sistema nazionale "no blame"** per la segnalazione degli eventi avversi e rafforzamento della cultura della sicurezza.



# 3.8



## 3.8 PARTECIPAZIONE, COMUNICAZIONE PUBBLICA E SALUTE IN TUTTE LE POLITICHE

Per rafforzare la legittimazione democratica del SSN e la qualità delle politiche sanitarie, DEMOS propone di istituire organismi permanenti di partecipazione civica nelle aziende sanitarie e ospedaliere, con coinvolgimento di associazioni di pazienti, terzo settore e rappresentanze dei cittadini nella programmazione e valutazione dei servizi.

Parallelamente, va costruita una strategia nazionale di comunicazione pubblica sulla salute, orientata a promuovere health literacy, contrastare la disinformazione e accompagnare i cittadini nell'uso consapevole dei servizi territoriali e digitali.

“Il rilancio del SSN richiede infine che il principio ‘Salute in tutte le politiche’ diventi operativo, con meccanismi interministeriali stabili di valutazione dell’impatto sanitario delle decisioni su ambiente, lavoro, scuola, trasporti, urbanistica e politiche sociali, in una prospettiva coerente con l’approccio One Health.

### COME?

#### Le proposte

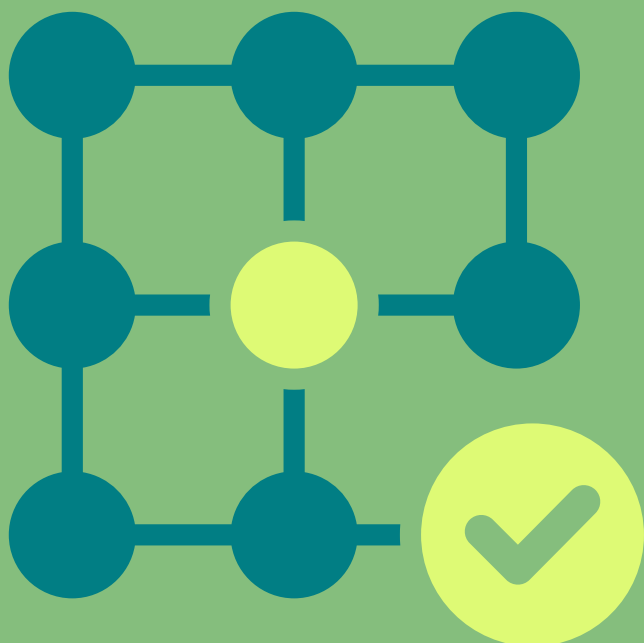
1. Organismi permanenti di partecipazione civica in tutte le aziende sanitarie, con ruolo strutturato nella programmazione e valutazione.
2. Coinvolgimento diretto dei cittadini attraverso consultazioni pubbliche, strumenti partecipativi e rilevazione sistematica dell’esperienza (PREMs e PROMs).
3. Strategia nazionale di comunicazione sulla salute per rafforzare health literacy, prevenzione e uso appropriato dei servizi.
4. Piattaforma pubblica digitale con contenuti certificati, accessibili e personalizzati, integrata con il Fascicolo Sanitario Elettronico.
5. Cabina di regia interministeriale per rendere operativo il principio “Salute in tutte le politiche”.
6. Valutazione obbligatoria di impatto sulla salute (VIS) per tutte le principali politiche pubbliche.
7. Attuazione concreta dell’approccio One Health nelle politiche ambientali, sociali e sanitarie.





# 4

**OBIETTIVI/  
TRAIETTORIE  
E UNA  
TABELLA DI  
MARCIA PER  
L'AZIONE**



# 4.1

## OBIETTIVI/TRAIETTORIE E UNA TABELLA DI MARCIA PER L'AZIONE

La trasformazione del Servizio Sanitario Nazionale qui delineata è un'impresa complessa ma non più procrastinabile. Richiede una visione chiara, un impegno politico duraturo e un'attuazione rigorosa. Siamo nel 2026, l'anno della verità per il PNRR, e il sistema mostra fratture strutturali evidenti. Il punto non è soltanto indicare una direzione, ma definire priorità politiche, passaggi istituzionali e condizioni attuative che rendano davvero esigibile il diritto alla salute. Un sistema pubblico si misura nella capacità di trasformare le visioni in strumenti, le norme in organizzazione, gli investimenti in diritti effettivi.

### 4.1. GLI OBIETTIVI PER UNA NUOVA POLITICA DELLA SALUTE

Questa parte finale del documento sintetizza le proposte programmatiche di DEMOS in una serie di traiettorie chiave e le organizza in una tabella di marcia operativa definendo priorità, tempistiche e responsabilità. L'obiettivo è trasformare l'analisi e la visione in un piano d'azione concreto, un vero e proprio "cantiere per la salute" da avviare senza indugio. La conclusione non è un punto di arrivo, ma un appello a tutte le forze politiche, sociali e professionali del Paese per stringere un nuovo e ambizioso "Patto per la Salute", l'unica garanzia per il futuro del nostro bene più prezioso.

La **prima traiettoria** riguarda la ricostruzione di una regia nazionale forte. Negli ultimi anni il Servizio Sanitario Nazionale ha oscillato tra centralismi episodici e regionalismi competitivi, senza riuscire a trovare un punto di equilibrio stabile. Oggi occorre una nuova stagione di cooperazione istituzionale, nella quale lo Stato torni a esercitare pienamente le sue responsabilità di indirizzo, perequazione, definizione degli standard e garanzia dell'uniformità dei diritti, lasciando alle autonomie regionali spazi di adattamento organizzativo ma non la possibilità di produrre diseguaglianze strutturali. La salute è un diritto di cittadinanza e non può dipendere dalla forza fiscale o amministrativa del territorio in cui si nasce.

In questa cornice deve essere collocato il disegno di legge delega sul rafforzamento del SSN. Il rischio è quello di un SSN "a geometria variabile": i LEA rimangono formalmente uguali per tutti, ma l'accesso reale alle cure dipende in misura crescente dal luogo di residenza, dalla capacità delle singole Regioni di finanziare la rete territoriale, dalla possibilità delle persone di integrare con spesa privata, fondi o assicurazioni, o di spostarsi verso poli di eccellenza concentrati nelle aree più forti. In questo scenario, la promessa di universalismo sostanziale - al centro della 833/1978 e della lettura avanzata degli articoli 3 e 32 della Costituzione - rischia di trasformarsi in un universalismo minimo per chi non ha alternative.

## >4.1

---

Per questo, la posizione più coerente non è limitarsi a chiedere qualche emendamento migliorativo, ma porre una questione di principio e di metodo. Una riforma così delicata richiede un confronto trasparente e partecipato sul futuro del SSN, fondato su alcune condizioni preliminari non negoziabili: salvaguardia e rafforzamento degli standard del DM 77/2022; finanziamenti strutturali e vincolati per territorio, prevenzione e personale; limiti chiari all'espansione sostitutiva del privato accreditato; obiettivi cogenti di riduzione delle disuguaglianze tra Regioni e all'interno delle Regioni.

La **seconda traiettoria** riguarda la sostenibilità del passaggio oltre il PNRR. Il 2026 non può segnare l'inizio di una grande incompiuta. Case della Comunità, Ospedali di Comunità, Centrali Operative Territoriali, assistenza domiciliare e telemedicina devono essere accompagnati da un finanziamento strutturale della spesa corrente. Per questo l'istituzione di un Fondo Nazionale per l'Assistenza Territoriale è una condizione non accessoria ma decisiva: senza personale, organizzazione, manutenzione, formazione e integrazione operativa, le nuove strutture rischiano di restare contenitori vuoti o sottoutilizzati. La sanità di prossimità deve diventare la spina dorsale del sistema, non il suo complemento fragile.

La **terza traiettoria** è il rilancio del lavoro pubblico come infrastruttura della riforma. Nessun riordino dell'offerta, nessuna innovazione digitale, nessun investimento edilizio o tecnologico può funzionare se il SSN continua a perdere professionisti. Occorre quindi legare le scelte organizzative a un piano straordinario per il personale: superamento definitivo dei tetti di spesa, assunzioni stabili, revisione dei modelli contrattuali, rafforzamento dei servizi più in sofferenza, valorizzazione della medicina generale e delle professioni infermieristiche e sociosanitarie. L'alternativa è continuare a spendere male per coprire emergenze prevedibili, invece di costruire capacità pubblica duratura.

La **quarta traiettoria** riguarda il rapporto tra innovazione e diritti. Il digitale, i dati, la telemedicina, l'intelligenza artificiale, la ricerca biomedica e farmaceutica possono diventare strumenti straordinari di democratizzazione della salute, ma solo se governati da istituzioni pubbliche capaci di indirizzarli. Nei prossimi anni sarà decisivo costruire una infrastruttura nazionale della salute digitale che integri Fascicolo Sanitario Elettronico, ricetta elettronica, monitoraggio delle liste d'attesa, gestione delle cronicità, presa incarico territoriale e supporto alle decisioni cliniche. L'obiettivo non è digitalizzare l'esistente, ma usare il digitale per semplificare l'accesso, ridurre la frammentazione e restituire al cittadino un'esperienza di cura più giusta, leggibile e continua.

## >4.1

---

La **quinta traiettoria** è la scelta di alcune priorità sociali e sanitarie non più rinviabili. Prevenzione, salute mentale, dipendenze patologiche, disabilità, area materno infantile e non autosufficienza non possono continuare a dipendere dall'avanzo di bilancio, da fondi sperimentali o da interventi episodici. Devono diventare assi strutturali della programmazione pubblica, con quote vincolate del Fondo sanitario nazionale, obiettivi misurabili e strumenti di valutazione. Questo vale in particolare per la salute mentale di adolescenti e giovani adulti, per la long-term care in una società che invecchia, e per una prevenzione che non sia solo clinica ma anche ambientale, scolastica, lavorativa e comunitaria.

Su questa base, una possibile tabella di marcia per l'azione può essere così articolata:

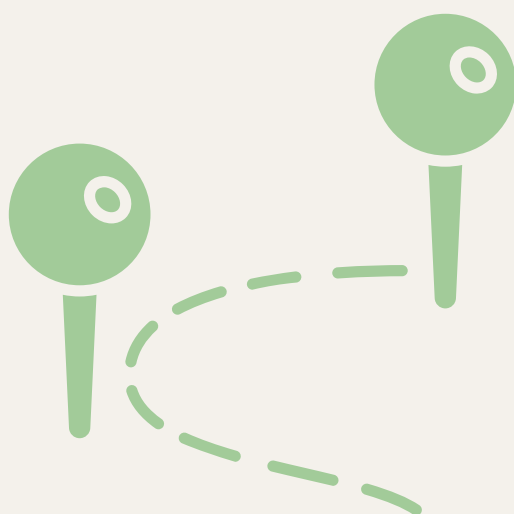
- **Primo obiettivo:** mettere in sicurezza l'universalismo. Occorre approvare una legge di programmazione pluriennale del finanziamento sanitario, che definisca risorse, tempi e criteri per riallineare la spesa pubblica ai bisogni di salute e ai livelli europei, affermando il carattere non comprimibile del diritto alla salute. Agire sulla Governance: rivedere i meccanismi di governance del SSN per rafforzare il ruolo di indirizzo e monitoraggio dello Stato nel garantire i LEA, pur nel rispetto dell'autonomia regionale, e per sviluppare l'autonomia gestionale collegandola realmente alla responsabilità del management aziendale.
- **Secondo obiettivo:** liberare il lavoro sanitario dai vincoli che lo soffocano. Serve il superamento definitivo dei tetti di spesa per il personale, accompagnato da un piano quinquennale di assunzioni, stabilizzazioni e riforma dei percorsi formativi, così da fermare l'esodo di professionisti e ridare al SSN capacità di cura ordinaria.
- **Terzo obiettivo:** rendere strutturale la sanità territoriale. Bisogna finanziare la gestione delle strutture nate con il PNRR, rafforzare l'assistenza domiciliare, integrare realmente medicina generale, infermieristica di comunità e servizi sociali, e legare le risorse a obiettivi di riduzione delle disuguaglianze territoriali.
- **Quarto obiettivo:** governare la rete ospedaliera senza sacrificare l'equità. Una delega sugli ospedali e sul loro riordino dopo il DM 70/15 deve essere sottoposta a criteri pubblici stringenti, verifica di impatto e meccanismi perequativi, per evitare che l'alta specialità si trasformi in un fattore di ulteriore polarizzazione territoriale e definanziamento dei servizi di prossimità.
- **Quinto obiettivo:** fare del digitale una leva di cittadinanza sanitaria. Occorre costruire una infrastruttura pubblica e interoperabile dei dati e dei servizi digitali, garantendo alimentazione completa del FSE, piena operatività della ricetta elettronica, trasparenza sulle liste d'attesa, accessibilità tecnologica e tutela dei diritti dei cittadini.

## >4.1

- **Sesto obiettivo:** Riformare la governance del farmaco basandola sul principio del valore terapeutico aggiunto e attuare un piano nazionale efficace contro l'antimicrobico-resistenza. Rivedere il meccanismo del Payback, oggi insostenibile a causa dello sfioramento cronico del tetto del 15,3%, legando i prezzi al valore terapeutico aggiunto e non solo a logiche di contenimento costi.
- **Settimo obiettivo:** rifinanziare le grandi aree dimenticate. Prevenzione, salute mentale e non autosufficienza, dipendenze, disabilità, area materno infantile devono avere quote dedicate, finanziamenti certi, livelli essenziali esigibili e una governance integrata che metta fine alla marginalità programmatoria di questi ambiti.

Infine, occorre affermare un criterio generale che orienti ogni scelta: l'eccellenza ha senso solo se allarga i diritti, non se li seleziona. Un ospedale di terzo livello, una nuova piattaforma digitale, una rete di ricerca clinica o una Casa della Comunità hanno valore pubblico solo se contribuiscono a ridurre le distanze sociali e territoriali, a rafforzare la fiducia dei cittadini, a rendere più semplice e più giusto l'accesso alla cura. Se invece producono nuove asimmetrie, nuove dipendenze dal mercato o nuove fratture tra territori, allora non rappresentano progresso, ma una diversa forma di arretramento del patto democratico.

Rilanciare il Servizio Sanitario Nazionale richiede coraggio politico, continuità istituzionale e una visione di lungo periodo. Non si tratta di difendere l'esistente, ma di ricostruire un'idea di salute all'altezza del nostro tempo. In gioco non c'è solo l'efficienza del sistema sanitario, ma la qualità della cittadinanza, la coesione sociale e la tenuta democratica del Paese. Per questo la sanità deve tornare ad essere una grande questione nazionale, e il nuovo Patto per la Salute deve diventare il banco di prova di una politica capace di scegliere davvero da che parte stare.



# 4.2



## 4.2. LE TRAIETTORIE E LE AZIONI: UNA TABELLA DI MARCIA PER LA RIFORMA

L'implementazione richiede una scansione temporale realistica, aggiornata allo scenario del 2026, che distingue tra interventi d'emergenza e riforme strutturali.

Per avviare una trasformazione vera del Servizio Sanitario Nazionale, si chiede alle istituzioni competenti (Governo, Parlamento, Conferenza Stato-Regioni) di adottare una serie di azioni prioritarie (vedi tabella 4.2):

- **Abolizione definitiva del tetto di spesa per il personale e stop ai "gettonisti".**
- **Legge di programmazione pluriennale (target 7,5% PIL).**
- **Avvio Piano Straordinario Assunzioni (medici/infermieri) per coprire i vuoti PNRR.**
- **Istituzione specializzazione universitaria in Medicina Generale.**
- **Fondo Corrente per il Territorio (risorse per staffare Case/Ospedali di Comunità).**
- **Nuovo ACN Medici di Medicina Generale (ruolo unico e team multiprofessionali).**
- **Potenziamento poteri AGENAS (vigilanza e sanzioni su FSE/App).**
- **Enforcement FSE 2.0: Applicazione sanzioni per mancata alimentazione dati (pubblico/privato).**
- **Monitoraggio applicazione Decreto Tariffe Telemedicina in tutte le Regioni.**
- **Riforma del Payback e tetti di spesa (superamento soglia 15,3%).**
- **Sportello unico "Fast Track" per autorizzazione trial clinici.**
- **Attuazione nuovi screening oncologici (polmone/prostata) e vincolo 5% Prevenzione.**
- **Piena attuazione della L. 33/2023 (Non Autosufficienza).**
- **Istituzione del Programma Nazionale per la Qualità e la Sicurezza delle Cure, con indicatori pubblici e confrontabili e valutazione dei direttori generali basata sui risultati di qualità e sicurezza.**
- **Istituzione di organismi permanenti di partecipazione civica nelle aziende sanitarie e di una Cabina di regia interministeriale per rendere operativo il principio "Salute in tutte le politiche".**



TABELLA 4.2: SINTESI DI AZIONI E TEMPISTICHE (AGGIORNAMENTO GENNAIO 2026)

AREA PRIORITARIA	AZIONE CHIAVE	ORGANO RESPONSABILE	TEMPISTICA
FINANZIAMENTO	Abolizione definitiva del tetto di spesa per il personale e stop ai "gettonisti".	Parlamento, Governo	Immediato (entro 6 mesi)
	Legge di programmazione pluriennale (target 7,5% PIL).	Parlamento, Governo	Medio Termine (1-3 anni)
PERSONALE	Avvio Piano Straordinario Assunzioni (medici/infermieri) per coprire i vuoti PNRR.	Governo, Regioni	Immediato (entro 12 mesi)
	Istituzione specializzazione universitaria in Medicina Generale.	MUR, Min. Salute	Medio Termine (1-3 anni)
TERRITORIO	Fondo Corrente per il Territorio (risorse per staffare Case/Ospedali di Comunità).	Parlamento, Governo	Urgente (Entro Giugno 2026)
	Nuovo ACN Medici di Medicina Generale (ruolo unico e team multiprofessionali).	Governo, Sindacati	Breve Termine (entro 12 mesi)
DIGITALE	Potenziamento poteri AGENAS (vigilanza e sanzioni su FSE/App).	Parlamento, Governo	Breve Termine (entro 12 mesi)
	Enforcement FSE 2.0: Applicazione sanzioni per mancata alimentazione dati (pubblico/privato).	Min. Salute, MEF	Immediato (Stop proroghe)
	Monitoraggio applicazione Decreto Tariffe Telemedicina in tutte le Regioni.	Governo, Regioni	Continuativo
RICERCA & FARMACI	Riforma del Payback e tetti di spesa (superamento soglia 15,3%).	Parlamento, Governo	Breve Termine (entro 12 mesi)
	Sportello unico "Fast Track" per autorizzazione trial clinici.	Min. Salute, AIFA	Medio Termine (1-3 anni)
PREVENZIONE	Attuazione nuovi screening oncologici (polmone/prostata) e vincolo 5% Prevenzione.	Min. Salute, Regioni	Breve Termine (entro 12 mesi)
NON AUTOSUFFICIENZA	Piena attuazione della L. 33/2023 (Non Autosufficienza).	Governo, Parlamento	Medio Termine (1-2 anni)
QUALITÀ & SICUREZZA DELLE CURE	Istituzione del Programma Nazionale per la Qualità e la Sicurezza delle Cure, con indicatori pubblici e confrontabili e valutazione dei direttori generali basata sui risultati di qualità e sicurezza.	Governo, Parlamento, Regioni	Medio Termine (entro 1-3 anni)
PARTECIPAZIONE & SALUTE IN TUTTE LE POLITICHE	Istituzione di organismi permanenti di partecipazione civica nelle aziende sanitarie e di una Cabina di regia interministeriale per rendere operativo il principio "Salute in tutte le politiche".	Governo, Regioni	Breve Termine (entro 12 mesi)

# 4.3



## 4.3. LO SFORZO E IL CORAGGIO PER UN NUOVO "PATTO PER LA SALUTE"

Il futuro del Servizio Sanitario Nazionale non si gioca solo nelle aule parlamentari o nei ministeri. Si gioca nella capacità del Paese di ritrovare un senso di scopo comune attorno al valore della salute pubblica. Le riforme tecniche, per quanto necessarie, non saranno sufficienti senza un rinnovato patto sociale che coinvolga tutti gli attori: le istituzioni a ogni livello, i professionisti della sanità, le organizzazioni sindacali, il mondo della ricerca e dell'industria, le associazioni del terzo settore e, soprattutto, i cittadini. È necessario ricostruire la fiducia, superando le logiche dei "silos" e le contrapposizioni corporative e territoriali, e riconoscere che un SSN forte, equo e universale non è un costo da tagliare, ma il più grande investimento infrastrutturale che una nazione possa fare sul proprio futuro. È un fattore di coesione sociale, un motore di sviluppo economico e la precondizione per una società giusta e resiliente.

Per questa ragione è necessario stringere un nuovo Patto per la Salute degli Italiani: un patto che rimetta al centro l'universalismo, ma lo aggiorni alla società del XXI secolo; che assuma l'equità come criterio guida della programmazione; che faccia della sanità territoriale il fulcro della presa in carico; che investa nel lavoro pubblico come condizione della qualità della cura; che governi il digitale e l'innovazione invece di subirla; che consideri l'alta specialità come bene pubblico nazionale solo se resta subordinata al rafforzamento dell'intero sistema e non alla sua gerarchizzazione.

Un nuovo Patto per la Salute significa anche scegliere con nettezza da che parte stare. Significa dire che la salute non è un mercato e che la sanità pubblica non è un costo da comprimere, ma un investimento sociale, economico e democratico. Significa affermare che non può esistere modernizzazione senza giustizia territoriale, innovazione senza accesso universale, eccellenza senza diffusione dei diritti. Significa, in ultima istanza, riconoscere che la qualità di un sistema sanitario misura la qualità morale e politica di una democrazia.

La sanità italiana ha bisogno di coraggio, di visione e di responsabilità. Ha bisogno di una politica capace di sottrarla alla logica dell'emergenza permanente e di restituirle una prospettiva di lungo periodo. Ha bisogno di istituzioni che programmino, di professionisti valorizzati, di cittadini coinvolti, di territori ascoltati. Ha bisogno di una nuova alleanza tra sapere tecnico, rappresentanza democratica e partecipazione civica.

Questo documento vuole essere un contributo in questa direzione. Non una piattaforma chiusa, ma una base di discussione e di mobilitazione per chi considera il Servizio Sanitario Nazionale (SSN) un bene comune da rifondare e non un residuo da gestire. La posta in gioco è alta e non riguarda soltanto l'organizzazione dei servizi, ma il modello di società che vogliamo costruire. Se la salute resta un diritto, il SSN deve tornare ad essere una priorità nazionale. Se la salute diventa una merce, allora anche la cittadinanza diventa più fragile. È da questo bivio che passa oggi una parte decisiva del futuro democratico dell'Italia.

