

PER IL DIRITTO ALLA SALUTE PER LA SANITÀ PUBBLICA

DALLA MOBILITAZIONE
ALLE PROPOSTE



INDICE

La nostra bussola.....	4
La Costituzione italiana	
• L'Art. 32	
La Legge 833/1978	
• L'Art. 1	
L'Organizzazione Mondiale della Sanità	
L'approccio 'One Health'	
La medicina di genere	
Il nostro orizzonte: l'Europa.....	5
Crisi profonda, serve una svolta.....	5
L'appello degli scienziati: "Non possiamo fare a meno del SSN, adeguare i fondi agli standard europei"	
Le nostre priorità	
Basta con il definanziamento: più risorse e più personale indispensabili per il rilancio del SSN	
Sostenibilità appropriatezza equità.....	9
Prima la Sanità pubblica – ridefinire i rapporti pubblico-privati.....	10
Valorizzare le professioni sanitarie e sociosanitarie.....	10
Ridurre le diseguaglianze territoriali – governare le interdipendenze.....	12

La madre di tutte le riforme: ripartire dal territorio e dalla prossimità.....	14
• Prevenzione è rivoluzione – La salute in tutte le politiche.....	16
• Salute mentale e benessere psicologico.....	17
• Consumi e dipendenze patologiche.....	18
• Salute riproduttiva e consultori.....	18
• Nonautosufficienza.....	19
Le aree interne strategiche per il futuro del Servizio Sanitario Nazionale.....	20
Medicina di genere, o medicina delle differenze.....	21
Farmaco.....	22
Ricerca e sperimentazione clinica.....	24
Verso un'adozione strategica e responsabile dell'IA in sanità.....	26
Edilizia sanitaria.....	27
In conclusione.....	28

Per il diritto alla salute Per la Sanità pubblica Dalla mobilitazione alle proposte

La nostra bussola La Costituzione italiana

Art. 32

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

La Legge 833/1978

Art. 1

La Repubblica tutela la salute come fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività mediante il servizio sanitario nazionale. La tutela della salute fisica e psichica deve avvenire nel rispetto della dignità e della libertà della persona umana. Il servizio sanitario nazionale è costituito dal complesso delle funzioni, delle strutture, dei servizi e delle attività destinati alla promozione, al mantenimento ed al recupero della salute fisica e psichica di tutta la popolazione senza distinzione di condizioni individuali o sociali e secondo modalità che assicurino l'egualianza dei cittadini nei confronti del servizio.

L'Organizzazione Mondiale della Sanità

"La salute è uno stato di totale benessere fisico, mentale e sociale e non la mera assenza di malattie o infermità".

Constitution of the Word Health Organization, 1946

L'approccio 'One Health'

È un approccio integrato e unificante per bilanciare e ottimizzare la salute delle persone, degli animali e dell'ambiente. **La salute in tutte le politiche** è vitale per affrontare le attuali sfide multidimensionali per la salute, tra cui: malattie infettive emergenti e pandemie come COVID-19; il carico delle malattie zoonotiche; l'aumento dei rischi per la sicurezza degli alimenti, del suolo e delle acque; l'impatto dell'inquinamento; la crescente minaccia della resistenza agli antimicrobici; e il degrado degli ecosistemi naturali e della biodiversità.

La medicina di genere

"Lo studio dell'influenza delle differenze biologiche (definite dal sesso) e socio-economiche e culturali (definite dal genere) sullo stato di salute e di malattia di ogni persona".

Equity act, 2000

L'Organizzazione Mondiale della Sanità riconosce il sesso e il genere come fattori determinanti la salute e la malattia. L'approccio della medicina basata su sesso e genere, più nota come "medicina di genere", nasce dalla presa d'atto scientifica delle differenze in termini di salute e malattia date da sesso e genere.

Il sesso si riferisce alle diverse caratteristiche biologiche e fisiologiche, come i cromosomi, gli ormoni e gli organi riproduttivi; il genere si riferisce a norme, comportamenti, ruoli e relazioni, cioè caratteristiche socialmente costruite riferite alle persone in quanto esseri sessuati. Il genere influenza l'accesso all'assistenza sanitaria e il vissuto dell'esperienza. Il modo in cui i servizi sanitari sono organizzati e forniti può, infatti, limitare o consentire l'accesso di una persona alle informazioni, al supporto e ai servizi sanitari stessi e l'esito di tali incontri.

Il nostro orizzonte: l'Europa

Richiamiamo qui i principi scaturiti dalla **Conferenza sul futuro dell'Europa** dai quali emerge la volontà dei cittadini europei di procedere al consolidamento del Pilastro Europeo dei diritti sociali al fine di definire standard comuni su prevenzione, domiciliarità e assistenza territoriale:

- *difendere e rilanciare una sanità pubblica che oltre a garantire il diritto alla salute crei posti di lavoro di qualità;*
- *garantire che i prestatori di assistenza sanitaria privati concorrono agli obiettivi pubblici di salute, non beneficino ingiustamente di fondi pubblici e non sottraggano risorse dai sistemi sanitari pubblici;*
- *promuovere dopo l'esperienza della pandemia un'Unione europea della salute, strutturale e non solo emergenziale, che gestisce le risposte transnazionali alle pandemie, sostiene e rispetta i sistemi sanitari pubblici a livello nazionale e stabilisce standard e azioni di sostegno comuni su prevenzione e sanità territoriale;*
- *promuovere la salvaguardia degli standard sanitari comuni, ma anche promuovere salari minimi dignitosi, un numero massimo di ore di lavoro e gli stessi standard di formazione, per le stesse certificazioni, per gli operatori sanitari in tutta l'Unione europea;*
- *continuare a sviluppare azioni di orientamento per prevenire i problemi di salute mentale, inclusa una strategia europea per la salute mentale;*
- *adoperarsi affinché sia implementata una tariffazione giusta e trasparente dei farmaci per prevenire le carenze e sostenere l'accesso tempestivo ai medicinali e l'innovazione, anche per le malattie rare;*
- *sostenere le iniziative di ricerca pubblica comune europea in materia di innovazione in sanità, vaccini, medicinali salvavita e resistenza antimicrobica.*

Crisi profonda, serve una svolta

Siamo di fronte ad una crisi del Servizio Sanitario Nazionale profonda e strutturale, un'emergenza che non può essere affrontata con risposte tampone e di propaganda.

Le liste d'attesa che non si accorciano, i 4,5 milioni di italiani che rinunciano alle cure perché non possono permettersi di rivolgersi al privato; la cifra record di oltre 40 miliardi di € di spesa out of pocket; le crescenti diseguaglianze territoriali e l'aumento della mobilità sanitaria tra Nord e Sud, le difficoltà spesso drammatiche di chi vive nelle aree interne; lo stato di malessere e frustrazione di operatrici e

operatori sanitari a tutti i livelli: tutti questi fattori ci dicono che se davvero vogliamo affrontare il tema della Sanità pubblica e salvare il nostro Sistema Sanitario Nazionale **dobbiamo produrre una svolta nelle politiche pubbliche.**

Grazie all'azione dei sindacati e degli ordini dei professionisti sanitari, delle associazioni, degli amministratori regionali e locali, di molte personalità del mondo culturale e scientifico, e grazie alla nostra mobilitazione, la questione della Sanità è ormai da mesi stabilmente al centro dell'agenda politica e istituzionale del Paese. Purtroppo l'atteggiamento di totale chiusura del Governo nazionale ha sin qui impedito un confronto vero e costruttivo. Numerose dichiarazioni di esponenti della maggioranza sul cosiddetto "secondo pilastro" di finanziamento rendono evidente che il Governo si appresta a stravolgere il modello universalistico che abbiamo ereditato dalla legge 833/78. Il ritorno alle mutue, che a parole tutti escludono, rischia di essere invece la dura realtà. Contrasteremo con ogni mezzo questo disegno.

L'appello degli scienziati: "Non possiamo fare a meno del SSN, adeguare i fondi agli standard europei"

"Dal 1978, data della sua fondazione, al 2019 il SSN in Italia ha contribuito a produrre il più marcato incremento dell'aspettativa di vita (da 73,8 a 83,6 anni) tra i Paesi ad alto reddito. Ma oggi i dati dimostrano che il sistema è in crisi: arretramento di alcuni indicatori di salute, difficoltà crescente di accesso ai percorsi di diagnosi e cura, aumento delle diseguaglianze regionali e sociali. (...) Molto, quindi, si può e si deve fare sul piano organizzativo, ma la vera emergenza è adeguare il finanziamento del SSN agli standard dei Paesi europei avanzati (8% del PIL), ed è urgente e indispensabile, perché un SSN che funziona non solo tutela la salute ma contribuisce anche alla coesione sociale."

Ottavio Davini, Enrico Alleva, Luca De Fiore, Paola Di Giulio, Nerina Dirindin, Silvio Garattini, Franco Locatelli, Francesco Longo, Lucio Luzzatto, Alberto Mantovani, Giorgio Parisi, Carlo Patrono, Francesco Perrone, Paolo Vineis

Le nostre priorità

Basta con il definanziamento: più risorse e più personale indispensabili per il rilancio e la riforma del SSN

I dati sono inequivocabili: per troppi anni la Sanità italiana è stata sotto finanziata, producendo molte fragilità. Anche i governi da noi sostenuti in passato non sono stati sufficientemente consapevoli delle conseguenze di un inadeguato investimento finanziario sulla sanità pubblica. Proprio per questo, nel pieno dell'emergenza pandemica, in cui si fece uno sforzo finanziario straordinario, abbiamo preso un impegno solenne a non tornare mai più al definanziamento e ad allineare progressivamente la spesa sanitaria pubblica del nostro Paese almeno alla media europea.

Così infatti scrivevamo nel programma elettorale del Partito Democratico: "nel vivo della pandemia sono state fatte scelte in chiara discontinuità con il passato. Anzitutto, aumentando il Fondo Sanitario Nazionale di 10 miliardi di euro in soli tre anni, cui si sono aggiunti 20 miliardi del PNRR. Negli ultimi 2 anni, con 30.800 nuove borse studio, è stato finalmente superato lo storico problema dell'imbuto formativo che

**PER IL DIRITTO ALLA SALUTE
PER LA SANITÀ PUBBLICA**
DALLA MOBILITAZIONE ALLE PROPOSTE



limitava l'accesso alle scuole di specializzazione dei neolaureati in medicina. In questo contesto i fondi europei vanno considerati aggiuntivi, per investimenti strategici, e non sostitutivi del fabbisogno ordinario del SSN".

"Il nostro obiettivo è quello di raggiungere nel 2027 almeno il 7% del Pil (le stime per il 2023 sono al 6,4%), allineando progressivamente la spesa sanitaria pubblica a quella dei maggiori Paesi dell'Europa occidentale".

Per queste ragioni **Il Pd ha presentato alla Camera la Pdl a prima firma Schlein ponendo due obiettivi molto chiari: raggiungere in cinque anni la media europea del 7,5% del Pil per il finanziamento pubblico della sanità e superare definitivamente il tetto di spesa per il personale.**

Purtroppo tale impegno, che pure corrisponde alle aspettative della stragrande maggioranza degli italiani, non trova concorde l'attuale maggioranza e l'attuale governo con cui invece siamo, ahimè, precipitati al minimo storico della spesa sanitaria in rapporto al Pil degli ultimi 15 anni.

La Fondazione GIMBE, nel suo ultimo Rapporto, corrobora con i dati questo giudizio: "all'avvio della XIX Legislatura, con la Legge di Bilancio 2023 il Governo ha aumentato il FSN di € 2,15 miliardi per il 2023 (di cui € 1,4 miliardi assorbiti da maggiori costi dovuti alla crisi energetica), di € 2,3 miliardi per il 2024 e di € 2,6 miliardi per il 2025. Cifre irrisorie, anche in considerazione dell'inflazione, che a settembre 2023 era del 5,7% (...). La Legge di Bilancio 2024 ha previsto un aumento del FSN di € 3 miliardi per il 2024, di

PER IL DIRITTO ALLA SALUTE PER LA SANITÀ PUBBLICA

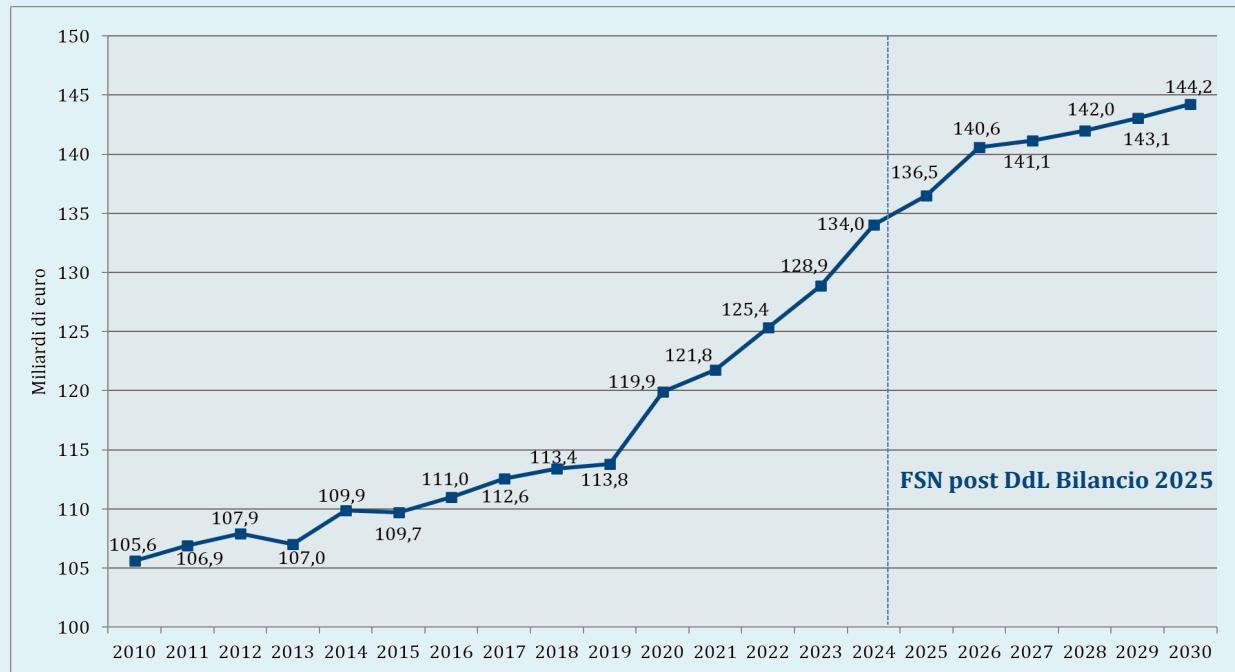
DALLA MOBILITAZIONE ALLE PROPOSTE

€ 4 miliardi per il 2025 e di € 4,2 miliardi per il 2026. Tuttavia, oltre € 2.400 milioni saranno destinati al doveroso rinnovo contrattuale del personale sanitario e gli incrementi previsti nel 2025 (+1%) e nel 2026 (+0,15%) sono talmente esigui che non riusciranno nemmeno a compensare l'inflazione, né l'aumento dei prezzi di beni e servizi". (Rapporto GIMBE 2024, p. 6)

Le cose non sono andate meglio con la Legge di Bilancio 2025, che stanzia risorse nettamente insufficienti rispetto alle difficoltà della Sanità pubblica di garantire in maniera equa il diritto alla tutela della salute. "Emerge chiaramente la riduzione degli investimenti per la Sanità rispetto alla ricchezza prodotta dal Paese, segno che il rafforzamento del SSN e la tutela della salute non sono una priorità nemmeno per l'attuale Governo. Infatti, in termini di percentuale di PIL, il FSN scende dal 6,12% del 2024 al 6,05% nel 2025 e 2026, per poi precipitare al 5,9% nel 2027, al 5,8% nel 2028 e al 5,7% nel 2029 (...). Con la Manovra 2025 si scende addirittura sotto la soglia psicologica del 6%, toccando il minimo storico" (Comunicato stampa GIMBE, 9 gennaio).

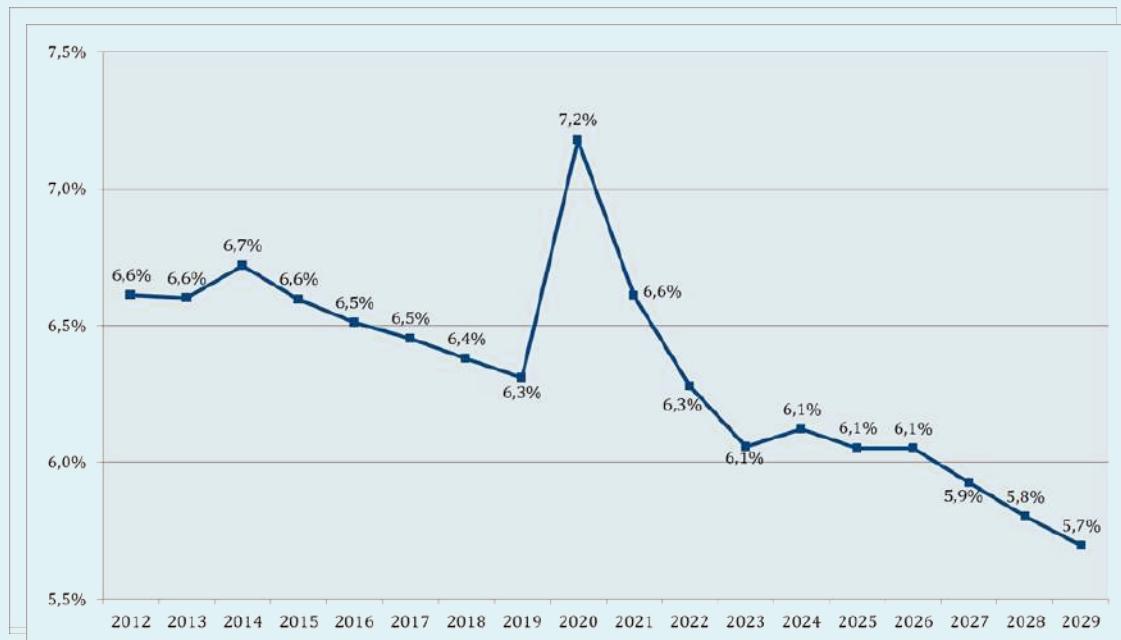
Prendendo in esame il Documento di Finanza Pubblica 2025 (DFP) presentato nei giorni scorsi, la stessa Fondazione GIMBE registra la previsione di un aumento della spesa sanitaria concludendo "...tuttavia, nonostante l'incremento previsto in valore assoluto, il peso della sanità sul Pil resta inchiodato al 6,4% fino al 2028, lasciando il SSN largamente sotto finanziato". (Comunicato stampa GIMBE, 16 aprile)

Fabbisogno Sanitario Nazionale (milioni €)



Dati FSN: Corte dei Conti (2012-2024), DdL Legge di Bilancio 2025 (2025-2029)

Fabbisogno Sanitario Nazionale (PIL %)



Dati FSN: Corte dei Conti (2012-2024), DdL Legge di Bilancio 2025 (2025-2029)
Stime PIL 2024-2029: da Piano Strutturale di Bilancio di medio termine

Senza una radicale inversione di tendenza in termini di investimento pubblico sulla Sanità, senza un Piano straordinario di assunzioni dei profili carenti e senza il riconoscimento di retribuzioni adeguate per tutti i professionisti sanitari non sarà possibile abbattere le liste d'attesa e neppure affrontare le necessarie riforme.

Sostenibilità appropriatezza equità

Come reperire risorse adeguate da allocare alla Sanità pubblica? Innanzi tutto con un **sistema fiscale equo e progressivo** in cui tutti pagano le tasse dovute. È irrinunciabile una politica di **lotta all'evasione** fiscale, condotta senza infingimenti e senza continui condoni e regalie a chi le tasse non le paga. L'evasione fiscale in Italia è stimata ammontare a oltre 80 miliardi di Euro (MEF): soldi più che sufficienti a raggiungere l'obiettivo del 7,5 % di PIL per la Sanità.

In secondo luogo si possono e debbono **riorientare risorse pubbliche** oggi destinate a scopi diversi e discutibili, come è il caso di molti Sussidi Ambientalmente Dannosi.

Inoltre, di fronte all'emergenza in cui versa oggi il SSN, non sarebbe da escludere nemmeno la **tassazione dei determinanti commerciali di salute**, una tassa cioè su consumi che provocano danni alla salute (tabacco, alcool, bevande zuccherate, etc) che produrrebbe un doppio vantaggio in termini di prevenzione e di incremento delle risorse da destinare al SSN.

Considerando il trend demografico e la crescita esponenziale dei bisogni di cura dei cittadini **anziani non autosufficienti** (circa 4 milioni di persone), va valutata anche l'ipotesi di una **tassa di scopo specifica** legata alla Long Term Care.

Ragionare sulla sostenibilità finanziaria richiede anche maggiore attenzione alle troppe prescrizioni inappropriate. Per questo è indispensabile un **patto per l'appropriatezza** che responsabilizzi tutti gli attori del sistema: soltanto interventi di provata efficacia (medicina basata sull'evidenza) potranno realmente difendere (prevenzione) o contribuire a riacquistare (diagnosi e terapia) la salute del cittadino. In questa direzione è fondamentale anche il ruolo che possono svolgere le Case di Comunità – infrastrutture strategiche della nuova medicina territoriale – nel promuovere una comunità competente e consapevole, istituendo e definendo iniziative di confronto, formazione e informazione con medici e infermieri per una corretta divulgazione sui temi sanitari.

Così si migliorano i servizi e si liberano risorse. Puntare a garantire le prestazioni realmente necessarie ed utili, e farlo in tempi rapidi e congrui con le problematiche che il cittadino/paziente presenta, è infatti un formidabile strumento per abbattere le liste di attesa, oggi ingolfate da troppe richieste incongrue.

In questa direzione sarà decisiva anche la collaborazione degli ordini professionali sanitari per indirizzare i corsi ECM, nonché campagne di vera e propria educazione alla salute da condurre nelle scuole.

Prima la Sanità pubblica – ridefinire i rapporti pubblico-privati

Il confronto tra diverse esperienze e modelli regionali impone una riflessione critica e un punto di chiarezza: essendo le risorse pubbliche disponibili comunque limitate **la priorità va data al funzionamento delle strutture pubbliche**. Per abbattere le liste d'attesa, per esempio, l'abolizione del tetto di spesa per il personale, piuttosto che il continuo aumento delle percentuali per la spesa privata convenzionata, è la strada maestra da percorrere.

Inoltre è necessario che sia la **programmazione pubblica**, fatta sulla base delle priorità e dei bisogni di cura delle comunità, a determinare cosa affidare al privato convenzionato e come usare al meglio le risorse disponibili, evitando che il privato si scelga le prestazioni più remunerative scaricando sul pubblico quelle più complesse e costose.

Infine è necessario monitorare la presenza e il ruolo di società di capitali nella proprietà di strutture e servizi sanitari con particolare riferimento al controllo sulla qualità delle prestazioni e sul rispetto dei contratti di lavoro del personale impiegato.

Un'attenzione particolare va dedicata al Terzo Settore, quel privato non profit che spesso rappresenta sul territorio una soggettività che si integra positivamente con il servizio pubblico.

La spesa sanitaria intermediata da **fondi e assicurazioni** riguarda un numero crescente di cittadini e lavoratori. È per questo necessario un approfondimento per delineare una regolamentazione della materia nel segno della trasparenza e per rivedere le agevolazioni fiscali connesse. Con l'obiettivo di rendere i fondi sanitari realmente integrativi rispetto alle prestazioni già incluse nei LEA, al fine di arginare diseguaglianze, privatizzazione, erosione di risorse pubbliche e derive consumistiche.

Valorizzare le professioni sanitarie e sociosanitarie

Senza le persone che vi lavorano il Servizio Sanitario Nazionale non esiste. Proteggere e valorizzare la risorsa umana è una priorità assoluta.

Una delle emergenze più serie con cui il SSN è alle prese riguarda la carenza di personale: infermieri, medici, tecnici di laboratorio, tecnici di radiologia, fisioterapisti, ostetriche, psicologi, assistenti so-

PER IL DIRITTO ALLA SALUTE PER LA SANITÀ PUBBLICA

DALLA MOBILITAZIONE ALLE PROPOSTE

ciali, OSS. Il già citato tetto di spesa per il personale, introdotto dalla legge n. 226 del 2005, impedisce il fisiologico e necessario ricambio generazionale, nonostante le misure di progressivo superamento ad opera del decreto-legge "Calabria" n. 35 del 2019 e, da ultimo, del decreto-legge n.73 del 2024. E' necessario quindi superare definitivamente il tetto di spesa, prevedere risorse strutturali certe e valorizzare le competenze di tutte le professioni.

La carenza di personale, oltre a rendere impossibile rispondere adeguatamente agli aumentati bisogni di cura delle nostre comunità, alimenta malessere e frustrazione tra gli operatori. Si registrano sempre più frequentemente demotivazione, uscite anticipate, dimissioni di personale. In questo contesto è necessaria un'azione decisa volta ad eliminare il fenomeno, altamente distorsivo, dei cosiddetti gettonisti.

Mentre il numero complessivo dei medici è in Italia leggermente superiore alla media OCSE e i problemi maggiori riguardano la distribuzione e una carenza selettiva in alcune specializzazioni, il numero complessivo degli infermieri è tra i più bassi tra i Paesi avanzati.

Il corso di laurea in scienze infermieristiche non vede una partecipazione adeguata rispetto alle esigenze dei servizi mentre le borse di studio per le specializzazioni mediche maggiormente carenti (emergenza urgenza, anestesiologia, psichiatria, etc) restano in buona parte inutilizzate. Appare evidente che le specializzazioni con minore attrattività - per le quali le borse assegnate sono meno della metà dei posti banditi - sono quasi tutte a forte caratteristica ospedaliera mentre, per le discipline che hanno notevoli sbocchi lavorativi nel settore privato e in ambito libero-professionale, le borse assegnate sono pari al 95 per cento.

In relazione all'inquadramento delle professioni socio-sanitarie, è necessario inoltre dare piena attuazione all'articolo 5 della legge n. 3 del 2018, che prevede la creazione di una specifica area per le professioni socio-sanitarie che include gli OO.SS. (disposizione ripresa dal decreto-legge n. 73 del 2021). Infine, è opportuno prestare attenzione alle professioni non riconosciute come sanitarie dalla legge n. 3 del 2018, ma che comunque operano nel sistema sanitario.

Siamo di fronte quindi non solo a problemi legati a un'inadeguata programmazione del passato ma anche a una sfida nuova: **come rendere nuovamente attrattive le professioni sanitarie e il lavoro nel SSN.**

Ciò significa:

- affrontare il nodo delle **retribuzioni** che sono oggettivamente troppo basse, anche nella fase della formazione specialistica;
- **ripensare l'organizzazione dei servizi** per mettere i professionisti sanitari nelle condizioni di poter conciliare lavoro e vita;
- lavorare per **proteggere** i professionisti sanitari dalle aggressioni e per ridurre l'area del contenzioso giudiziario, facendo anche un primo bilancio sulla attuazione della Legge Gelli-Bianco.

Il dialogo e il confronto con le OO.SS. del settore, con gli ordini professionali, con le società scientifiche è cruciale sia per comprendere le difficoltà sia per individuare le possibili strade da percorrere per cambiare la situazione. Non si possono realizzare le riforme dall'alto, senza il pieno coinvolgimento di chi contribuisce ogni giorno alla vita del SSN.

Per quanto riguarda la **formazione universitaria** della professione medica, la maggioranza di destra ha proposto ed approvato una proposta di Legge per modificare le modalità di accesso al Corso di Laurea in Medicina e Chirurgia. Il Gruppo Pd ha contribuito al confronto parlamentare con una propria proposta di legge ritenendo che fosse giusto superare l'attuale forma dei test, mantenendo un principio di programmazione degli ingressi e prevedendo un primo anno con accesso libero ad un certo numero di corsi di laurea "affini" per poi avere una selezione di merito per l'ingresso a Medicina al termine del primo anno. Questa ipotesi avrebbe richiesto ovviamente un investimento sull'Università e un'azione di riordino seria degli ordinamenti interessati. La proposta approvata dalla destra ha invece anticipato al primo semestre il momento della selezione e ha negato la necessità di un maggiore finanziamento all'Università per attuare questa riforma, senza peraltro escludere esplicitamente il ricorso alle università telematiche. Per queste ragioni il Pd ha votato contro questa proposta pasticciata e pericolosa che rischia di introdurre nuovi elementi di discriminazione e diseguaglianza.

In merito ai **Medici di Medicina Generale** e le cure primarie è ormai evidente la necessità di prevedere una **specializzazione universitaria** che superi l'attuale modello su base regionale e valorizzi questa professione ponendola, anche nel percorso formativo, al pari delle altre specializzazioni. In tal senso il Pd ha presentato proposte di riforma in Parlamento che chiederemo di discutere al più presto con l'obiettivo di far partire i primi corsi di specializzazione entro l'anno accademico 2026-2027. E' impensabile che i Medici di Medicina Generale, destinati a diventare, insieme ai Pediatri di Libera Scelta, gli attori principali della gestione territoriale del SSN e della presa in carico del cittadino non ricevano la più qualificata formazione scientifica e manageriale.

Per molte ragioni emerge inoltre l'esigenza di una riflessione più di fondo sui percorsi formativi e sui profili delle professioni sanitarie. Se infatti da un lato siamo di fronte ad una rivoluzione tecnologica e digitale che richiede nuove competenze e modifica le relazioni tra le diverse professionalità, dall'altro l'aumento delle cronicità e delle fragilità legate all'invecchiamento richiede una rinnovata attenzione alla relazione con il paziente e i suoi familiari, alla dimensione olistica della salute, alla ineludibile necessità di **lavorare in modo multidisciplinare e multi professionale mettendo al centro la persona** e i suoi molteplici bisogni di cura.

Tutto questo ovviamente interroga, accanto al SSN, anche il mondo della scuola e soprattutto dell'Università.

Ridurre le diseguaglianze territoriali – governare le interdipendenze

Un recente articolo sulla rivista Lancet ha rilanciato l'allarme per la frammentarietà del nostro Servizio Sanitario che, incardinato sulla responsabilità primaria delle Regioni, presenta molte differenze territoriali con un'evidente disparità di trattamento tra i cittadini. Questa preoccupazione – suffragata da dati particolarmente duri che lo Svimez e altri hanno ripetutamente messo in luce – è stata ed è anche alla base della nostra totale e netta contrarietà al disegno di Autonomia Differenziata di Calderoli che rappresenterebbe la pietra tombale del SSN.

Secondo il Rapporto Svimez **Un Paese due cure. I divari Nord-Sud nel diritto alla Salute** del febbraio 2024, "il Mezzogiorno è l'area del Paese caratterizzata dalle peggiori condizioni di salute (...). Nel 2022, la

speranza di vita alla nascita per i cittadini meridionali era di 81,7 anni (...) circa 1,3 anni in meno rispetto al Centro e Nord-Ovest, 1,5 nel confronto con il Nord-Est. (...)

Analoghi divari Nord-Sud si osservano per la **mortalità evitabile**. Nel Mezzogiorno, dal 2010 al 2019, il numero di decessi trattabili e/o prevenibili (grazie a una assistenza sanitaria tempestiva ed efficace e adeguati interventi di prevenzione secondaria) è diminuito da 21,8 a 18,2 per 10.000 abitanti(--) Una riduzione simile a quella del Centro (da 19,3 a 16,1), ma sensibilmente inferiore a quella di Nord-Ovest (da 17,9 a 15,9) e Nord-Est (da 18,7 a 14,7). Anche la **mortalità per tumore** è più elevata al Sud. Nel 2020, il tasso di mortalità (per 10.000 abitanti) era dell'8,8 nelle regioni meridionali (8,2 per le donne e 9,6 per gli uomini), significativamente più alto rispetto alle altre aree del Paese: 7,8 nel Centro (7,4 per le donne e 8,3 per gli uomini) e nel Nord-Ovest (7,2 per le donne e 8,3 per gli uomini), 7,1 nel Nord-Est (6,6 per le donne e 7,6 per gli uomini).

Solo 13 regioni su 20 risultano in grado di garantire pienamente i LEA e, pur con qualche eccezione come nel caso della Puglia, sono in prevalenza nel Centro-Nord.

In questo quadro non possiamo nasconderci il fatto che gli strumenti di verifica e confronto tra Governo centrale e Regioni siano stati nel tempo principalmente orientati a garantire la tenuta dei conti piuttosto che il rispetto del diritto alle cure per i cittadini. E che commissariamenti e piani di rientro non abbiano nella maggior parte dei casi portato a riforme migliorative del livello dei servizi.

D'altra parte nell'emergenza pandemica sono emersi altri due temi: da un lato, l'esigenza di un coordinamento più stretto ed efficace a livello europeo e, dall'altro, la complessità di assumere decisioni nazionali urgenti per la salute pubblica con un'architettura istituzionale che attribuisce la competenza primaria alle Regioni.

In coerenza con la nostra idea di valorizzazione delle autonomie e di sussidiarietà, riteniamo che le Regioni siano il livello più adeguato per la programmazione e la gestione della rete dei Servizi sanitari. Ciò non impedisce di **aggiornare l'attuale assetto istituzionale e organizzativo** alla luce sia della necessità di ridurre i divari territoriali esistenti sia delle nuove sfide.

In particolare riteniamo si debba lavorare per:

- rafforzare la dimensione globale ed europea sul terreno delle politiche pubbliche per la salute (armonizzazione, coordinamento, collaborazione), anche attraverso la costituzione di una infrastruttura pubblica UE per la ricerca e la produzione di farmaci;
- rendere maggiormente efficace e stringente l'azione di pianificazione e indirizzo nazionale in tema di salute pubblica ed effettivamente esigibili i LEA su tutto il territorio nazionale;
- valorizzare il ruolo degli Enti Locali e delle comunità nella promozione della salute con adeguate forme di partecipazione sul territorio, prevedendo regolarmente luoghi e percorsi per il coinvolgimento delle associazioni di pazienti e del Terzo Settore a momenti di consultazione e programmazione. Non si tratta di una "concessione" ma di dare vita a strumenti per aumentare informazione, comunicazione e consapevolezza. Il ruolo delle associazioni è fondamentale. Sia per conoscere quale siano le esigenze delle persone che vivono sulla propria pelle le patologie e le difficoltà che con le loro famiglie devono affrontare, sia per capire come attivare interventi di aiuto che permettano di superare tante criticità, sia "territoriali" che determinate da situazioni socioeconomiche complicate;
- semplificare le procedure coinvolgendo i professionisti, sanitari e personale amministrativo, e le

associazioni dei cittadini al fine di sburocratizzare e facilitare l'accesso alla rete dei servizi.

La madre di tutte le riforme: ripartire dal territorio e dalla prossimità

Proprio la fase drammatica della pandemia ha messo in luce la necessità di rimettere mano al modello, di aggiornare il SSN per adeguarlo ai mutati bisogni di salute della nostra società e ai tumultuosi progressi tecnologici, scientifici, farmacologici che, se da un lato offrono soluzioni prima impensabili, dall'altro mettono fortemente in tensione il sistema sotto il profilo della sostenibilità finanziaria.



Nel pieno dell'emergenza pandemica, non casualmente, è emersa la necessità di rafforzare la rete delle cure primarie e dei servizi territoriali. La rete ospedaliera - importantissima - non può infatti rispondere a tutti i bisogni di salute.

In particolare **l'invecchiamento della popolazione e l'aumento delle cronicità**, dovute anche al miglioramento delle cure per malattie un tempo letali, richiedono la presa in carico di ogni persona, un forte investimento sulla domiciliarità e sull'integrazione socio-sanitaria, una rete diffusa di servizi di prossimità. Da questa consapevolezza nasce il DM 77 "Regolamento recante la definizione di modelli e standard per lo sviluppo dell'Assistenza Territoriale nel Servizio Sanitario Nazionale" e la conseguente Missione 6 del PNRR.

Il PNRR prevedeva originariamente 600 Centrali Operative Territoriali, 1350 Case di Comunità, 400 Ospedali di Comunità, numeri poi ridotti dall'attuale Governo, che tuttavia continua ad affermare di voler finanziare le restanti con fondi diversi da quelli del Next Generation EU. La realizzazione dei progetti finanziati dal PNRR procede, non senza ritardi e difficoltà come ha messo in luce un recente report della Cgil.

Non possiamo perdere nemmeno un Euro delle risorse europee programmate nel Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza per la sanità pubblica. Si tratta di una opportunità irripetibile per investimenti fondamentali anche per quanto riguarda l'ammmodernamento tecnologico e la digitalizzazione dell'intero sistema.

Ma, mentre prosegue la realizzazione delle strutture fisiche e degli investimenti, l'interrogativo più rilevante riguarda **chi e cosa deve esserci dentro questi "nuovi" servizi** e come si ridisegna complessivamente la rete.

Ovunque nei territori emerge infatti il tema del personale da dedicare a Cot, CdC, OdC in un quadro in cui mancano all'appello molte figure professionali, mediche ma soprattutto infermieristiche. D'altra parte, poiché le Case di Comunità hanno la funzione di primo e secondo livello, definendo percorsi mirati di prevenzione e cura, per fornire sul territorio ai cittadini una prima risposta coordinata a bisogni di salute di minore criticità e bassa complessità, dopo averli rilevati e valutati tempestivamente, l'unico personale presente non può essere solo quello medico o infermieristico. Per una presa in carico globale, specialmente per quanto riguarda le aree marginali, è necessario che al loro interno si realizzi una vera e propria integrazione sociosanitaria con la presenza di assistenti sociali e operatori sociosanitari.

In questo quadro rimettere in discussione il rapporto libero professionale dei Medici di Medicina Generale se da un lato può offrire alcune risposte ai punti di criticità che si registrano nella medicina territoriale dall'altro pone una serie di elementi di complessità relativi ai tempi di realizzazione e a questioni sul piano giuslavoristico ed economico.

Piuttosto che concentrare il dibattito sulle forme contrattuali e sulla loro efficacia e fattibilità riteniamo che nell'immediato sia preferibile ragionare prima di tutto sui **nodi da sciogliere** e sui passi necessari per garantire con equità e senza discriminazioni un servizio sanitario di prossimità alle singole persone portatrici di un diritto positivo alla salute, costituzionalmente protetto:

- quale il ruolo dei MMG nelle Case di Comunità, negli Ospedali di Comunità e nei presidi diffusi sul territorio che necessariamente dovranno essere garantiti al di fuori delle mura della CdC. Se da un lato occorre infatti superare definitivamente la figura del medico di famiglia che lavora da solo, motivo per il quale vanno favorite le medicine di gruppo e rese obbligatorie le AFT, dall'altro è necessario valorizzare la capillarità della presenza dei MMG e PLS, come soggetti delle cure primarie, superando ogni resistenza alla loro partecipazione nella vita e nel funzionamento delle Case di Comunità. Su questo tema nella scorsa legislatura il Ministro Speranza aveva negoziato con le rappresentanze dei MMG e le Regioni uno schema per regolamentare le 38 ore settimanali del MMG, prevedendo che 20 ore fossero dedicate ai propri assistiti mentre 18 ore sarebbero state messe a disposizione di Asl, Distretto, Case di Comunità per le cure primarie e la tutela della salute pubblica. Un'innovazione profonda e importante, che non fu possibile attuare per la caduta anticipata del Governo, e che oggi è necessario riprendere per favorire davvero lo sviluppo di una nuova stagione della medicina territoriale;
- come coinvolgere nell'attuazione del DM77 le altre figure professionali altrettanto decisive quali infermieri, assistenti sanitari e sociali, tecnici, fisioterapisti e medici specialisti che, per realizzare una reale presa in carico della persona dovranno tutti insieme lavorare come un'equipe operante sul territorio, in prossimità alle persone da assistere;

- Come riteniamo debba essere riorganizzato il rapporto tra l'ospedale e la rete territoriale;

La Casa della Comunità va immaginata come l'infrastruttura strategica di una nuova rete di assistenza con nodi diffusi e interconnessi sul territorio (che garantiscano una presa in carico olistica della persona) di cui le aggregazioni di MMG costituiscano le antenne più prossime ai cittadini atte a garantire un'assistenza continuativa. Le Case della Comunità devono prioritariamente essere luogo di riferimento per l'orientamento ai servizi, la valutazione del bisogno, l'erogazione delle prestazioni sanitarie, assistenziali e sociali e non meri poliambulatori che erogano prestazioni.

In questa direzione riteniamo indispensabile:

- rilanciare il ruolo dei Distretti, attribuendo loro la necessaria autonomia gestionale e finanziaria, all'interno dell'azienda sanitaria di appartenenza, sulle strutture territoriali;
- garantire la presenza dei Medici di medicina Generale e Pediatri di famiglia in ogni comune/quartiere, anche offrendo ambulatori a costi calmierati, che favoriscano la medicina di gruppo e l'attivazione nei territori più disagiati;
- dare priorità all'Assistenza Domiciliare, con attenzione alle fragilità e agli anziani, alla rete di cura per la salute mentale nelle sue varie forme (psichiatria, dipendenze, neuropsichiatria infantile, disabilità psichica) e all'intercettazione del disagio giovanile coinvolgendo, in questo tutte le agenzie educative del territorio. Lo stato dei servizi, per tempistiche delle prestazioni e per risorse impegnate, è in gravissima sofferenza, compromettendo la tutela della salute in primis di bambini, adolescenti e giovani adulti;
- realizzare gli Ospedali di Comunità, quali presidi territoriali in grado di garantire ricoveri brevi intermedi e di bassa intensità tra domicilio e ospedale in rete con l'offerta locale;
- ribadire il ruolo centrale delle comunità locali tramite i loro Sindaci, sia nella progettazione sia nella verifica dei servizi erogati.

Una nuova idea della salute e un nuovo modello di sanità di prossimità, articolata in Medicina di Popolazione, Sanità di iniziativa, Stratificazione della popolazione, Progetto di Salute, comporta anche maggiori investimenti, in termini di risorse e progettualità, in tutti gli ambiti che si effettuano a livello territoriale e che qui richiamiamo brevemente.

Prevenzione è rivoluzione – La salute in tutte le politiche

Difendere il modello universalistico fondato su equità, egualianza e solidarietà significa innanzi tutto intervenire prima che le persone si ammalino. Lotta alla povertà e all'esclusione sociale, cura dell'ambiente, della qualità dell'aria che respiriamo, dell'acqua che beviamo, dei cibi che mangiamo, attenzione all'abitare: tutto questo è parte delle politiche pubbliche per la salute.

La prevenzione salva più vite di qualsiasi terapia. Attualmente l'Italia dedica circa il 2,3% della propria spesa sanitaria totale alla prevenzione. Una quota scarsa, che ci colloca dietro a quasi tutti i Paesi dell'Europa Occidentale, abbondantemente sotto la media dell'Ocse ed ultimo tra i Paesi del G7. Ciò può avere conseguenze molto negative in un Paese tra l'altro sempre più anziano come l'Italia. Infatti, oltre il 24% della popolazione ha più di 65 anni e di questi la metà ha almeno due malattie croniche. Prioritario è quindi investire sulla prevenzione in particolare **potenziando le vaccinazioni e gli screening per**

i cittadini d'ogni fascia d'età (compreso gli screening neonatali). Bisogna contrastare false credenze, assurde diffidenze e la sottovalutazione di gravi pericoli per la salute sia della singola persona che dell'intera cittadinanza evitando errori da parte delle Istituzioni sanitarie del Paese, come è avvenuto in alcuni casi per la vaccinazione di gestanti e/o neonati contro il Virus respiratorio sinciziale che hanno causato danni importanti a molti bambini.

L'incidenza delle malattie prevenibili può essere fortemente ridotta incentivando stili di vita sani, contrastando consumi dannosi per la salute come il fumo o l'alcol. Oggi sappiamo come l'insorgenza di molte patologie dell'età adulta sia riconducibile ad errati stili di vita sin dalla giovane età o a condizioni familiari che incidono sullo sviluppo dei bambini e delle bambine. **L'educazione alla salute nelle scuole** è indispensabile per promuovere una maggiore consapevolezza dei ragazzi e delle ragazze. Promuovere da parte dei MMG **una visita con cadenza annuale** a tutti i propri assistiti, compresi quelli in giovane età, al fine di intervenire tempestivamente su errate abitudini di vita o alle prime avvisaglie di disturbi aiuterebbe a prevenire l'insorgenza di molte patologie, in particolare quelle da ricondurre a dismetabolismi, sovrappeso, fumo, abuso di alcool.

La **lotta al gioco patologico** è un altro dei terreni sui quali occorre prestare una crescente attenzione, così come alla qualità dell'ambiente e della sicurezza nei luoghi di lavoro. In questa direzione serve rilanciare il ruolo dei Dipartimenti di Prevenzione – da inserire nella nuova architettura della medicina territoriale – e investire maggiormente sulla prevenzione primaria. Mentre la destra continua a strizzare l'occhio alla galassia no vax e a diffondere pregiudizi antiscientifici, noi ci battiamo perché i cittadini siano incoraggiati e messi nelle condizioni di aderire alle campagne di vaccinazioni e screening, che rappresentano un fondamentale fattore di tutela della salute. Aumentare la spesa e le iniziative per la prevenzione – a cominciare dalle campagne indipendenti di informazione ed educazione sanitaria – tutela la salute e fa risparmiare il SSN.

Proponiamo perciò di **spostare la spesa per la prevenzione** dal lato della spesa corrente al **lato degli investimenti**.

Salute mentale e benessere psicologico

Proprio nel momento in cui qualcuno irresponsabilmente propone che l'Italia esca dall'Organizzazione Mondiale della Sanità – un luogo indispensabile perché i virus non conoscono confini e solo la collaborazione tra tutti i Paesi consente di proteggere la salute di ognuno – vogliamo qui richiamare la definizione di salute dell'OMS “Una condizione di completo benessere fisico, mentale, sociale e non esclusivamente l'assenza di malattia o infermità”. Rilanciare la medicina territoriale significa anche accrescere l'impegno per la salute mentale e il benessere psicologico che nel corso degli anni hanno subito pesanti ridimensionamenti. I dati epidemiologici ci dicono che dopo la pandemia il disagio psicologico e i disturbi mentali sono aumentati in modo preoccupante, tra i giovani e gli adolescenti ma non solo. Proponiamo l'istituzione dello psicologo di base e la presenza di servizi psicologici nelle scuole e nelle università ed un rafforzamento dei Dipartimenti per la Salute Mentale che debbono trovare posto nella riorganizzazione dei servizi di prossimità in rapporto in particolare alle Case di Comunità. Rilanciamo l'obiettivo di destinare almeno il 5% del FSN ai servizi per la salute mentale e contrastiamo con fermezza ogni tentativo di introdurre “controriforme” rispetto alla Legge Basaglia che invece va pienamente attuata, tenendo conto dei contesti di oggi. Tra le questioni da affrontare con attenzione e urgenza c'è la questione della salute mentale nel carcere, sia facendo una valutazione delle attuali REMS sia promuovendo un dialogo e un confronto tra mondo della giustizia e mondo della sanità al fine di individuare

percorsi adeguati a prevenire e trattare i problemi di salute mentale della popolazione detenuta.

Consumi e dipendenze patologiche

Le dipendenze rappresentano un grave problema di sanità pubblica, a tutt'oggi piuttosto misconosciuto. L'attuale governo ha in più occasioni dimostrato sulla materia "droghe" una torsione tutta ideologica, concentrata sugli aspetti repressivi e securitari, sottovalutando l'importanza di un approccio proattivo volto a lavorare su prevenzione, diagnosi precoce, presa in carico, riabilitazione, riduzione del danno, lotta allo stigma, integrazione tra interventi sociali e sanitari. L'attuazione del DM 77 richiede che anche i Servizi per le Dipendenze siano riorganizzati ed inseriti nella nuova medicina territoriale, valorizzando le competenze dei professionisti che operano attualmente nei SerD e creando le condizioni per un più efficace raccordo tra servizi pubblici e privato sociale. In questa direzione il Pd ha presentato al Senato una PDL a prima firma di Ylenia Zambito per la riforma dei servizi dedicati alle dipendenze.

Salute riproduttiva e consultori

Anche in tema di salute riproduttiva il Governo Meloni ha dimostrato di non essere amico delle donne. A partire dall'attacco sistematico, seppure subdolo, alla Legge 194. Come se non bastassero le modifiche del governo al PNRR, con cui si è introdotta la possibilità per le Regioni di prevedere la presenza di **associazioni antiabortiste nei consultori**, la Relazione 2024 sull'attuazione della 194 è stata presentata al Parlamento con 10 mesi di ritardo e senza i dati sull'obiezione di coscienza per Marche, Sardegna e Sicilia. La tardiva, incompleta e incerta disponibilità dei dati non è solo una violazione della Legge, ma – come ricordato dall'OMS – un ostacolo per l'aborto sicuro.

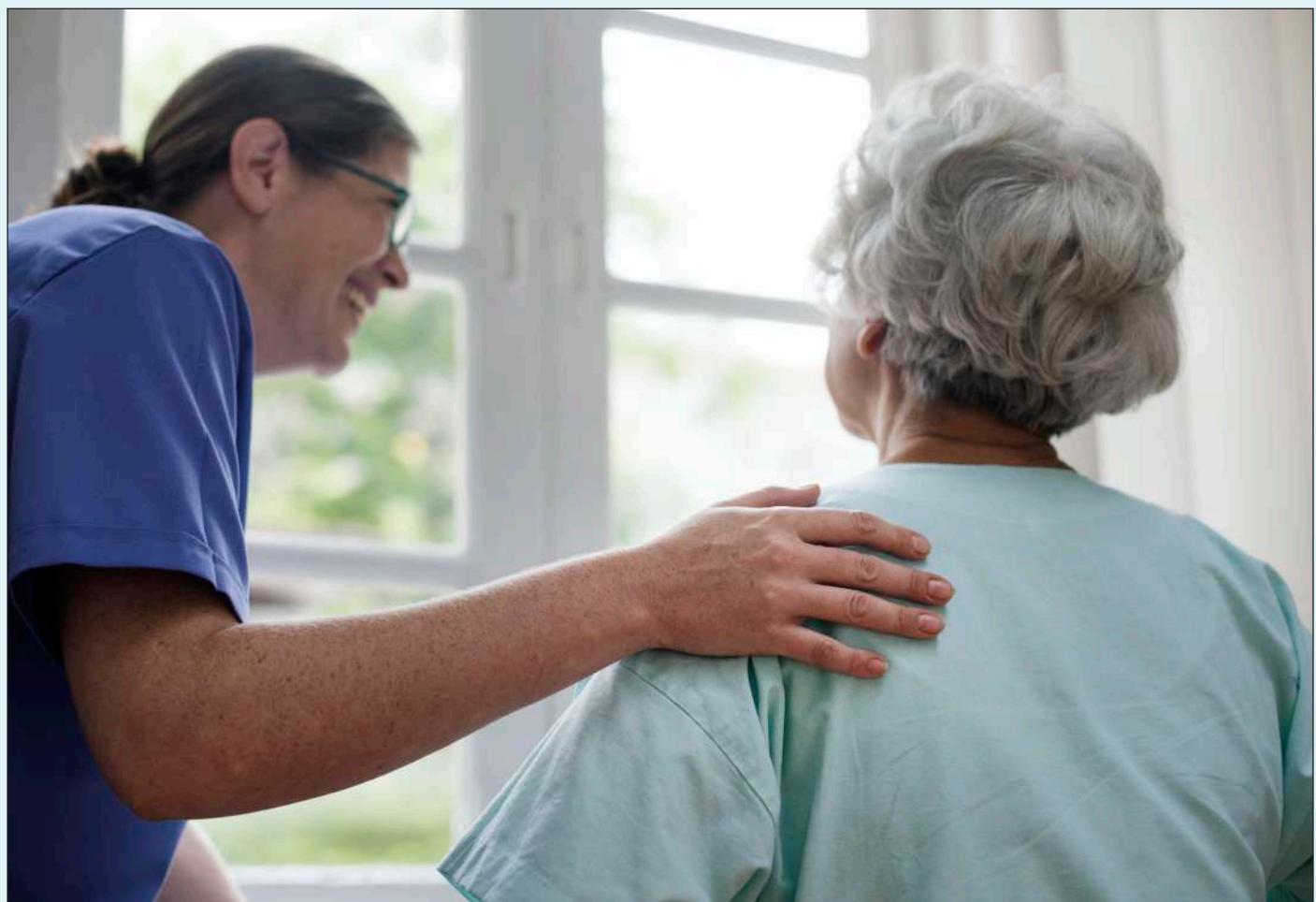
Rispetto al 2021 sono tornati a crescere gli interventi di IVG (+3,2%) e così il tasso di abortività (+5%), aumentato soprattutto nelle donne tra i 25 e i 34 anni. Sempre preoccupanti sono i dati sugli **obiettori di coscienza**, con una media nazionale di **ginecologi obiettori pari al 60,7%**. Sono **quindici le Regioni e PA con una percentuale di ginecologi obiettori superiore al 50%**.

Nonostante il Governo – ci sarebbe da dire – ci sono anche dati positivi come il calo degli interventi chirurgici per l'IVG (46% del totale) e il continuo aumento dell'**aborto farmacologico**, anche se la distribuzione geografica continua ad essere molto diseguale, prospettando in molti casi alle donne un vero percorso a ostacoli.

Questi dati in chiaroscuro non smentiscono quanto affermato dall'Istituto Superiore di Sanità, che ha definito la 194 "uno tra i più brillanti interventi di prevenzione di salute pubblica realizzati in Italia". Semmai sottolineano l'importanza di dare **piena applicazione** alla Legge su tutto il territorio nazionale.

Questo richiede un rilancio dei consultori pubblici che offrono un servizio di counseling imprescindibile per la salute delle donne, per la prevenzione e per l'informazione. A fronte di un rapporto raccomandato di un consultorio ogni 20mila abitanti in Italia ne abbiamo uno ogni 35 mila, con grandi differenze territoriali e gravi carenze di personale.

Puntare sulla medicina del territorio significa quindi aggredire finalmente anche il tema del potenziamento dei consultori come punto di riferimento di donne, famiglie e intere comunità. La fertilità è fortemente correlata all'età anagrafica e nel nostro Paese le donne scelgono di diventare madri sempre più tardi. Per questo accedere ai servizi in modo adeguato su tutto il territorio nazionale è la precondizione per la prevenzione, la cura e la preservazione della salute riproduttiva e sessuale delle donne e non solo.



Non autosufficienza

Non c'è famiglia in Italia che non debba fronteggiare prima o poi la complessità di una persona fragile e non autosufficiente. La riforma approvata ad inizio legislatura, che in gran parte raccoglieva il lavoro fatto dal precedente governo anche con il prezioso contributo di decine di associazioni, è stata in larga parte tradita dal decreto attuativo del governo. Non solo perché non ci sono finanziamenti aggiuntivi oltre quelli già precedentemente destinati alle persone anziane non autosufficienti ma perché viene meno l'obiettivo fondamentale che ci si era proposti: riorganizzare la rete dei servizi mettendo al centro la persona, puntando molto sulla integrazione socio-sanitaria e unificando la risposta che oggi è frammentata e insufficiente. La riorganizzazione della rete della medicina territoriale e di prossimità deve diventare un'occasione per affrontare questa emergenza, rilanciando l'impegno per l'integrazione tra le diverse prestazioni e professionalità e per l'attuazione della Legge 33/2023.

Realizzare gli obiettivi indicati dal DM 77/2022 e ridisegnare una rete di servizi articolati e diffusi nel territorio che raggiungano il cittadino più vicino possibile al domicilio e promuovano una nuova idea della salute comporta, di conseguenza, anche una maggiore integrazione e continuità – in particolare attraverso le COT – con l'Ospedale, chiamato esso stesso a mutare la sua organizzazione per adeguare le risposte ai nuovi bisogni e alle nuove possibilità rappresentate anche dalla digitalizzazione e dalle nuove tecnologie.

Le aree interne strategiche per il futuro del Servizio Sanitario Nazionale

Le aree interne e montane italiane, comprese le zone periferiche e insulari, sono state tra le prime a subire gli effetti del progressivo definanziamento del Servizio Sanitario Nazionale. In questi territori, in cui vivono 13 milioni di persone pari al 22,7 per cento della popolazione italiana, la riduzione dei servizi si è manifestata con maggiore intensità, aggravata da un altro fenomeno strutturale: l'invecchiamento della popolazione. Le aree interne hanno anticipato tendenze demografiche poi estese all'intero Paese, diventando oggi un laboratorio fondamentale per la sperimentazione di nuovi modelli di assistenza. Le proposte su cui confrontarci e lavorare:

Riforma del sistema di emergenza-urgenza

Soprattutto per affrontare efficacemente le patologie tempo-dipendenti, è necessario:

- valorizzare il ruolo del medico di emergenza-urgenza, rendendo più attrattiva questa specializzazione, per superare la grave carenza di professionisti;
- assicurare, nelle situazioni caratterizzate da particolari difficoltà di collegamenti, il "diritto a una diagnosi immediata", prevedendo ambulanze con professionisti specializzati e l'utilizzo delle risorse della telemedicina;
- adottare un piano straordinario di investimenti per una rete pubblica di cardioprotezione (defibrillatori e piazzole per elisoccorso con illuminazione);
- formare la popolazione sul primo soccorso e sull'uso dei defibrillatori.

Incentivi per il personale sanitario

La carenza di medici di famiglia, pediatri e ospedalieri si fa sentire in modo acuto in questi territori. Le misure da attuare comprendono:

- l'assegnazione di una parte dell'orario dei medici di medicina generale alle esigenze indicate dalle ASL;
- incentivi economici, dotazioni strumentali adeguate e personale ausiliario per gli ambulatori;
- agevolazioni economiche, professionali e abitative per i medici ospedalieri che scelgono di lavorare nei presidi periferici, vincolandone la permanenza per un certo periodo.

Revisione del D.M. 70/2015

Il Decreto Ministeriale 70/2015 ha introdotto criteri rigidi per la rete ospedaliera, penalizzando le aree montane e disagiate. A dieci anni dalla sua entrata in vigore, è indispensabile:

- valutare l'effettiva applicazione degli standard previsti nelle varie Regioni;
- verificare se tali criteri rispondono ancora alle esigenze attuali delle popolazioni residenti in territori difficili.

Assistenza agli anziani e sviluppo della telemedicina

Il PNRR rappresenta un'opportunità per rafforzare l'assistenza domiciliare, con l'obiettivo di raggiungere entro il 2026 almeno il 10% della popolazione over 65, raddoppiando gli attuali livelli di copertura. In questo contesto, le aree interne devono essere una priorità, vista l'elevata presenza di popolazione anziana. Parallelamente, lo sviluppo della telemedicina (televisite, teleconsulti, telemonitoraggio e telesistemi) può migliorare significativamente la qualità della presa in carico dei pazienti, soprattutto

cronici, rendendo possibile una gestione multidisciplinare e multiprofessionale.

Medicina di genere, o medicina delle differenze

A trent'anni dalla sua nascita, la "medicina di genere" interessa non solo la medicina, ma tutte le scienze della cura e professioni sanitarie; non solo degli effetti delle malattie, ma anche la prevenzione e sanità pubblica, come pure, trattando non solo di aspetti clinici, ma anche relazionali dati dal genere, interessa anche la violenza di genere.

Non è una nuova specialità ma una dimensione multidisciplinare, trasversale a tutte le specializzazioni mediche ed a tutte le professioni sanitarie.

L'articolo 3, della legge 3/2018 disciplina per la prima volta l'applicazione e la diffusione della medicina di genere.

Dalla sua pubblicazione in Gazzetta Ufficiale molti provvedimenti previsti per la sua completa attuazione sono già stati emanati:

- nel maggio 2019 è stato pubblicato il Piano per l'applicazione e la diffusione della Medicina di Genere che propone di fornire un indirizzo coordinato e sostenibile per la diffusione della Medicina di Genere mediante divulgazione, formazione e indicazione di pratiche sanitarie che nella ricerca, nella prevenzione, nella diagnosi e nella cura tengano conto delle differenze derivanti dal genere;
- nel 2020 è stato istituito l'Osservatorio sulla Medicina di Genere;
- nel 2023 è stato predisposto, con un ulteriore decreto del Ministro della salute, di concerto con il Ministro dell'università e della ricerca, un Piano formativo nazionale per la medicina di genere, inteso a garantire la conoscenza e l'applicazione dell'orientamento alle differenze di genere nella ricerca, nella prevenzione, nella diagnosi e nella cura. A tal fine, è prevista la promozione di specifici indicatori nei corsi di laurea delle professioni sanitarie nonché nell'ambito dei piani formativi delle aziende sanitarie.

Il nostro impegno dovrà essere orientato soprattutto:

1. ad affermare un assetto di sanità nazionale attento a garantire un diritto di salute equo, favorendo un'appropriatezza clinica basata sulle differenze di sesso e genere sia nella ricerca scientifica che nella cura e l'assistenza attraverso tutte le professioni della salute, per gli aspetti di salute, prevenzione e malattia. Un sistema capace di interpretare gli aspetti relazionali clinici (professionisti – pazienti) come parte della diagnosi e cura, e la violenza di genere come fenomeno da contrastare interdisciplinariamente, per le conseguenze sanitarie e sociali. Un assetto, infine, che renda coerente l'organizzazione e la comunicazione dei servizi alle differenze e al contrasto alle diseguaglianze di genere;
2. ad attribuire più fondi alla ricerca interdisciplinare biomedica, farmacologica e umanistica che tenga conto delle differenze di sesso e genere negli impianti di ricerca e nell'applicabilità dei dati desunti (traslazionalità);
3. a riconoscere alle Università una premialità per azioni coerenti e attente ai determinanti sesso e genere in termini di: formazione di universitari e professionisti sanitari; ricerche; collaborazione assistenziale; attuazione della "terza missione";
4. a garantire che i Servizi Sanitari Regionali attuino le politiche sanitarie con un'ottica attenta a garantire un diritto di salute equo, volto a favorire un'appropriatezza clinica basata sulle differenze di sesso e genere;

5. a promuovere un ruolo attivo degli Enti Locali per l'informazione pubblica territoriale e promozione della salute, in particolare per l'attenzione di uomini e donne agli stili di vita sani, al benessere psicologico, alla descrizione sintomatologica differenziata, al vissuto e gestione della malattia, all'accesso ai servizi;
6. a garantire che gli Atenei applichino il Piano Formativo Nazionale per la medicina di genere e premerne affinché venga pubblicato. Senza la sua pubblicazione non potrà mai essere applicato, mancando così l'obiettivo di coinvolgere tutti i soggetti che possono contribuire a orientare l'approccio di genere nelle attività di insegnamento, di ricerca e di assistenza clinica. La medicina di genere deve entrare nelle università e nelle diverse articolazioni del SSN;
7. ad assicurarsi che l'Osservatorio di Medicina di Genere, in seno all'ISS, possa riprendere le sue attività di monitoraggio, facendo pressione affinché i 12 componenti del Ministero della Salute vengano nominati.

Farmaco

L'assistenza farmaceutica è elemento essenziale per la tutela della salute dei cittadini; i farmaci erogati a carico del SSN sono infatti inclusi nei LEA.

Per garantire un acceso alle cure più equo e sicuro è necessario che i farmaci disponibili a carico del SSN abbiano il miglior profilo rischi-benefici/costi e che la spesa farmaceutica si mantenga in linea con le risorse disponibili.

L'AIFA, istituita con il DL 269 del 2003, è il soggetto preposto al Governo della politica del farmaco.

L'andamento della **spesa farmaceutica** è una vera emergenza per tutte le Regioni. Le cause principali sono:

- l'autorizzazione all'immissione in commercio da parte di Aifa di numerosi nuovi farmaci molto costosi;
- alcune norme della legge di bilancio 2024: nuova remunerazione delle farmacie, spostamento di farmaci dalla distribuzione diretta alle farmacie convenzionate (ad ora solo le gliptine), aumento del tetto della spesa farmaceutica per acquisti diretti;

I dati ci dicono che anche nelle Regioni più virtuose – come Emilia Romagna e Toscana – la spesa farmaceutica aumenta del 10% nel 2024.

Complessivamente la spesa farmaceutica in Italia assorbe circa il 20% del FSN, segnalando anche in questo caso una differenza in negativo con gli altri Paesi avanzati europei.

Servono dunque misure strutturali di raffreddamento della spesa. A questo scopo sarebbe necessaria una **sede di confronto ad hoc tra le Regioni e il Governo** per valutare quali strumenti mettere in campo. Riteniamo siano da prendere in considerazione

- la Revisione del Prontuario, ovvero:
 - a) la revisione rimborsabilità e de-listing di alcune classi di farmaci precedentemente ammessi alla rimborsabilità: si tratta di una revisione straordinaria ipotizzabile ogni 5-10 anni per escludere una serie di farmaci per lo più inutili (senza adeguate evidenze a supporto) o di marginale peso terapeutico. Questa operazione va spiegata per evitare che i farmaci tolti dalla rimborsabilità diventino spese per i cittadini;

**PER IL DIRITTO ALLA SALUTE
PER LA SANITÀ PUBBLICA**
DALLA MOBILITAZIONE ALLE PROPOSTE

- b) la revisione dei prezzi in funzione del valore aggiunto: le evidenze mostrano chiaramente come in oncologia tutti i farmaci hanno lo stesso costo indipendentemente dal beneficio col risultato che farmaci di basso valore terapeutico costano come quelli di alto valore;
 - c) La revisione prezzi periodica per: farmaci in forte crescita, in aumento di indicazioni per malattie rare che diventano top di spesa; su questi occorre una vigilanza comune AIFA_Regioni;
 - d) prezzi omogenei e confezioni ottimali: revisione di eventuali e significativi scostamenti di prezzo tra farmaci sovrapponibili, della stessa classe terapeutica, attraverso una riduzione dei prezzi più elevati anche rispetto alla numerose formulazioni esistenti; in questo quadro valutare azioni volte a promuovere prescrizione e somministrazione con un numero di dosi personalizzate rispetto alle esigenze dei cittadini al fine di migliorare l'appropriatezza d'uso e ridurre gli sprechi;
 - e) la revisione e aggiornamento delle Note AIFA allo scopo di individuare specificatamente le popolazioni per le quali non vi sono dimostrazioni di benefici o dimostrazioni di benefici nulli o modesti al fine di limitare la rimborsabilità a coloro che ne possono realmente beneficiare;
 - f) la revisione farmaci fascia C a carico dei cittadini: questi farmaci andrebbero rivisti ogni due anni per recuperare alla rimborsabilità i farmaci efficaci collocati in fascia C (pillola anticoncezionale in primis) al fine di avere in classe C solo farmaci inefficaci o marginali o con valide alternative rimborsate (in classe A);
 - g) l'individuazione di meccanismi volti a favorire per i farmaci biologici la sostituzione automatica con i farmaci biosimilari, come avviene per i farmaci chimici con l'equivalente.
-
- la promozione di **gare per prezzi più sostenibili**. Le gare a livello di aree vaste, consorzi d'acquisto e agenzie regionali sono molto virtuose ed efficienti e consentono di ottenere forti scontistiche ove realizzate secondo principi evidence-based e ispirate alla massima trasparenza (non solo economicità) – queste vanno ulteriormente promosse e realizzate come uno degli strumenti principi per la governance della spesa attualmente in forte crescita. Questo ambito va affrontato con obiettivi comuni da Regioni e AIFA alla luce della normativa vigente che richiede l'ok di AIFA sulle classi equivalenti (attualmente poco praticato);
 - la creazione di **Centri regionali o tra IRCCS** per promuovere e sostenere l'informazione indipendente sul farmaco. Avviare e sostenere centri di eccellenza del SSN/SSR per lo sviluppo di sistemi di informazione evidence-based e di qualità (informazioni brevi, chiare e accessibili anche su nuove piattaforme) può contribuire a creare una maggiore consapevolezza nella cittadinanza sull'uso corretto dei farmaci e a ridurre sprechi e abusi;
 - la promozione di un **avvicinamento e maggiore coordinamento tra agenzie regolatorie**, HTA e antitrust a livello nazionale e EU. Armonizzare le procedure regolatorie in materia di produzione e autorizzazione dei farmaci a livello europeo deve portare benefici ai pazienti, in termini di disponibilità dei nuovi farmaci in tempi ragionevoli, fermo restando il criterio cardine di valutazione che non può che essere legato alle evidenze scientifiche.

Nell'ambito delle politiche per il farmaco un'attenzione specifica e particolare va assolutamente dedicata alla **resistenza antimicrobica (Amr)** che è stata identificata dall'Organizzazione mondiale della

sanità (OMS) come una delle dieci principali minacce per la salute globale, rappresentando una seria emergenza sanitaria dovuta alla capacità di microrganismi di riuscire a sopravvivere e moltiplicarsi, vanificando l'efficacia di antibiotici, antifungini, antivirali e antiparassitari. Il Pd ha presentato alla Camera un atto di indirizzo che intende impegnare il Governo

- ad avviare con urgenza la redazione di un nuovo Piano nazionale per il contrasto dell'antimicrobico resistenza, con il coinvolgimento delle società scientifiche, associazioni di pazienti, ricercatori, clinici, esperti di settore, per aggiornare le linee guida e garantire un approccio coordinato tra le regioni;
- ad adottare iniziative volte a migliorare l'efficienza delle risorse esistenti, potenziando il coordinamento tra centri hub e spoke, per garantire diagnosi tempestive, specialmente per infezioni tempo-dipendenti;
- a rafforzare l'organizzazione dei laboratori pubblici e privati convenzionati, attraverso iniziative volte a facilitare l'utilizzo di tecnologie per garantire analisi rapide e tempestive, anche nelle aree più remote;
- a prevedere all'interno dei centri diagnostici l'utilizzo degli strumenti che la scienza mette a disposizione per individuare eventuale inappropriatezza dell'uso di antibiotici e per permettere l'eventuale corretto e necessario utilizzo dei farmaci Reserve, farmaci di nuova generazione da utilizzare in casi di resistenza antibiotica;
- a investire nella "diagnostic stewardship", è un approccio coordinato che punta a migliorare l'uso appropriato del farmaco, ottimizzando l'esecuzione e l'interpretazione dei test e limitando esami inutili, inappropriati;
- a promuovere programmi di sorveglianza per le infezioni respiratorie, attuando le misure previste dai piani pandemici.

Ricerca e sperimentazione clinica

L'attuale quadro macroeconomico riflette un ritardo del nostro continente rispetto a USA e Cina soprattutto nei settori ad alta intensità di ricerca. L'obiettivo enunciato nella Dichiarazione di Budapest di destinare entro il 2030 il 3% del PIL alla spesa in R&D e mantenere la direzione sulle scienze della vita si fa ancora più stringente alla luce dei capovolgimenti geopolitici degli ultimi due mesi.

Puntare ad attrarre ricerca e personale sanitario in Europa ed in Italia, significa **garantire spazi di libertà e democrazia alla ricerca** mondiale su salute e cambiamenti climatici, su ambiente e gender, quindi garantire l'accesso alle cure più innovative ai nostri cittadini.

Stiamo registrando un drastico calo della dinamicità del sistema italiano in un settore in cui è sempre stato protagonista come quello della ricerca e sperimentazione clinica, dove oramai da qualche anno sia la Francia che la Spagna ci hanno superato nelle classifiche europee, fotografando una stagnazione del sistema che porterebbe, se non s'inverte la rotta, ad una perdita inesorabile della nostra ricerca a nocimento delle persone a cui è diretta: i pazienti.

PER IL DIRITTO ALLA SALUTE PER LA SANITÀ PUBBLICA

DALLA MOBILITAZIONE ALLE PROPOSTE

Il documento sul mercato unico di Enrico Letta conferma la sua attualità nell'individuare nella quinta libertà un fattore strategico per rendere attrattivo il mercato comune europeo e garantire benessere alle sue popolazioni, rispettando la promessa di un welfare solidale e inclusivo. Nel nuovo mercato unico la centralità è data alle persone e la quinta libertà si concentra su innovazione, ricerca, competenze e uno sviluppo che punta sulla persona, l'educazione, l'integrazione e l'interoperabilità dei sistemi formativi europei.

Appare pertanto necessario **eliminare gli impedimenti che ancora oggi ostacolano la libera circolazione dei fattori abilitanti l'innovazione** e limitano la possibilità di condurre progetti di ricerca su scala veramente europea. **La libera circolazione della conoscenza**, da aggiungersi alla libera circolazione di beni, servizi, persone e capitali muove proprio in questa direzione. I temi della ricerca, dell'innovazione e della conoscenza dovranno essere al centro della legislatura europea che si è appena aperta, soprattutto perché è questo il terreno sul quale si è fatto più ampio il divario con gli Stati Uniti. I Paesi europei bench mark nella ricerca stanno correndo ai ripari.

Mentre l'Italia è ancora alle prese con la **mancata realizzazione di gran parte del PNRR**, la Germania, ad esempio, ha introdotto una misura fiscale che garantisce uno sconto alle aziende del 5% sugli studi clinici e un ammodernamento del proprio sistema regolatorio e del funzionamento dei propri comitati etici.

Questo incentiva lo spostamento degli studi clinici da Paesi come l'Italia alla Germania. **L'Italia negli ultimi anni ha perso milioni di euro di studi clinici emigrati verso la Spagna** a causa di procedure estremamente farraginose e ad una lentezza nell'attuazione delle riforme sulla sperimentazione clinica.

Insieme agli studi perdiamo i trial clinici sperimentalì con grave nocimento per i nostri pazienti, che vedranno una perdita netta di offerta terapeutica, mentre ospedali, Ircs e policlinici universitari perderanno importanti competenze (medici, ricercatori, personale non medico di ricerca). Complessivamente nel medio periodo rischiamo un impoverimento dell'ecosistema sanitario e di ricerca favorevole alla ricerca indipendente e al trasferimento tecnologico con conseguente perdita di attrattività per l'industria nei confronti di altri Paesi europei che stanno recuperando punti sull'Italia, ancora primo hub farmaceutico europeo.

In particolare è indispensabile dotarsi di un **Piano Nazionale** per intercettare i cambiamenti in corso e far rimanere l'Italia tra i leader europei. Serve creare una **governance nazionale della ricerca sanitaria che sviluppi una strategia di ricerca nazionale e sostenga la ricerca clinica indipendente, con il Ministero della salute, dell'università e ricerca, il Centro di coordinamento nazionale dei comitati etici, il CNR, l'Istituto Superiore di Sanità**. Una governance nazionale a favore dei pazienti realizzando sinergie tra i progetti in corso, superando duplicazioni, sviluppando sperimentazioni nel tempo utilizzando la Real World Evidence, verificando così il beneficio clinico per il paziente, e, attraverso l'HTA, l'effettivo valore per il SSN.

È ugualmente necessario costruire un **contesto territoriale favorevole** agli studi clinici e alla sperimentazione da perseguire:

- supportando delle Direzioni Generali delle Aziende Sanitarie che dovrebbero incentivare i clinici a fare ricerca e coinvolgere il personale amministrativo/gestionale dei centri perché la conduzione dei protocolli di ricerca non richiede solo un solido background scientifico, ma anche un team cross-funzionale con varie competenze, tra le quali quelle regolatorie, statistiche, di Good Clinical

- Practice (GCP), di project management e di farmacovigilanza;
- strutturando e valorizzando il ruolo degli operatori che si occupano della conduzione dei trial clinici all'interno delle strutture ospedaliere;
 - investendo in formazione del personale non solo sanitario affinché tutti gli addetti dei centri clinici prendano consapevolezza del ruolo della ricerca nella promozione dell'innovazione della pratica clinica e acquisisca competenze necessarie nell'ambito, per esempio, della gestione e dell'uso dei dati sanitari;
 - sviluppando specifici percorsi formativi volti a consolidare le nuove figure necessarie alla conduzione delle attività di ricerca clinica quali i project manager;
 - garantendo la partecipazione dei pazienti nel processo con un ruolo più attivo sia nelle fasi di elaborazione del disegno della ricerca che nella attuazione dei progetti.

Riteniamo fondamentale inoltre il rilancio delle **sperimentazioni cliniche** attraverso misure quali:

- il credito d'imposta per le aziende che svolgono trial in Italia, anche con retroattività per 24 mesi;
- l'esenzione dal payback per i farmaci coinvolti in sperimentazioni cliniche;
- favorire le Reti IRCCS per sperimentazioni strategiche in ambiti prioritari (oncologia, neurodegenerativo, rare disease);
- l'accesso garantito per i pazienti italiani a terapie sperimentali avanzate.

Si può e si deve infine favorire il **rientro dei cervelli e l'attrattività del SSN** anche attraverso:

- un fondo pluriennale stabile, finanziato con fondi PNRR residui, Horizon Europe in via di aumento, cofinanziamento pubblico-privato e fondi strutturali;
- un osservatorio permanente sulla fuga e il rientro dei talenti, per il monitoraggio quantitativo e qualitativo;
- incentivi al rientro e fiscalità attrattiva.

Verso un'adozione strategica e responsabile dell'IA in sanità

L'intelligenza artificiale non si presenta come una tecnologia accessoria, ma come uno strumento abilitante per la sostenibilità del Servizio Sanitario Nazionale (SSN), capace di incidere in modo trasversale su efficienza organizzativa, qualità dell'assistenza e benessere dei professionisti. Secondo una stima elaborata dalla Roma Business School, a fronte di una spesa sanitaria che rappresenta oggi circa il 6,3-6,4% del PIL nazionale, pari a 138,3 miliardi di euro nel 2024, l'adozione sistematica dell'IA potrebbe generare risparmi strutturali fino a 21,7 miliardi di euro all'anno. Si tratta di una riduzione media del 12,5% dei costi, ottenibile grazie all'automazione dei processi amministrativi, alla riduzione degli errori clinici e all'ottimizzazione dei percorsi diagnostico-terapeutici.

L'attuale modello sanitario italiano mostra però limiti evidenti che ostacolano il pieno dispiegamento delle potenzialità dell'IA: bassa interoperabilità dei dati, carenza di infrastrutture digitali uniformi, assenza di standard comuni, e sovraccarico burocratico del personale. Si stima infatti che il 58% del tempo dei medici di medicina generale sia ancora oggi assorbito da compiti amministrativi, con effetti

negativi sulla qualità della cura e sull'equilibrio psico-fisico degli operatori sanitari, in un contesto di burnout crescente.

In questo scenario, la digitalizzazione del sistema sanitario non è più procrastinabile. È **prioritario completare la creazione del Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE)** quale archivio unico e accessibile di tutte le prestazioni sanitarie effettuate dal cittadino, integrato da sistemi digitali di supporto clinico e organizzativo. Tutti i fornitori di servizi sanitari devono essere obbligati a implementare sistemi informativi dotati di API standardizzate, in grado di consentire l'accesso ai propri dati sanitari da parte dei pazienti – o dei soggetti da essi delegati – in qualsiasi momento e in formato digitale. Tale architettura decentralizzata e interscambiabile migliora la sicurezza informatica e apre alla possibilità per i cittadini di contribuire a progetti di ricerca condividendo i propri dati, secondo principi di consenso informato e trasparenza.

Su questo patrimonio informativo, il SSN deve essere in grado di applicare algoritmi avanzati di analisi e predizione per generare indicatori dinamici di salute e prevenzione personalizzata, orientando le politiche sanitarie non solo alla cura della malattia, ma alla creazione attiva di salute.

Alla luce di ciò, si impone un cambio di paradigma: l'intelligenza artificiale deve essere considerata come infrastruttura strategica del sistema sanitario e integrata attraverso politiche pubbliche che ne guidino lo sviluppo in modo etico, inclusivo e finalizzato all'interesse collettivo. Telemedicina, terapie digitali, Intelligenza Artificiale rappresentano grandi opportunità e non possono diventare ulteriore causa di diseguaglianze tra territori e tra persone. Piuttosto possono e devono essere utilizzati per sostenere innovare il SSN rilanciandone l'universalità.

In tale prospettiva, si propongono le seguenti direttive di intervento:

- governance unificata, con il coordinamento tra AGENAS, la futura Agenzia per l'IA e l'AgiDi, per definire standard condivisi, linee guida operative e criteri di validazione clinica degli algoritmi;
- interoperabilità obbligatoria dei sistemi informativi regionali, attraverso l'accelerazione del FSE 2.0, l'adozione del formato FHIR e l'attivazione di sandbox cliniche per la sperimentazione sicura dei modelli IA;
- potenziamento delle competenze digitali: introduzione strutturale di contenuti sull'IA nei percorsi formativi universitari e nei crediti ECM, affiancati da campagne di alfabetizzazione rivolte a cittadini e pazienti.

Edilizia sanitaria

Già l'appello dei 14 scienziati a difesa del SSN ha posto, tra le altre, la necessità di "intervenire in profondità sull'edilizia sanitaria, in un Paese dove **due ospedali su tre hanno più di 50 anni**, e uno su tre è stato costruito prima del 1940".

I rari studi sul settore evidenziano che "a livello nazionale, l'82% delle costruzioni è stato realizzato prima del 1990, il 58% prima del 1970. La prima delle due percentuali è particolarmente rilevante se si considera che è con la L.10/1991 che si comincia a disciplinare in modo significativo l'uso razionale dell'energia" e che tale stato induce elevati costi di manutenzione.

PER IL DIRITTO ALLA SALUTE PER LA SANITÀ PUBBLICA

DALLA MOBILITAZIONE ALLE PROPOSTE

Quindi, se con l'attuazione degli interventi strutturali previsti dalla missione 6 del PNRR si può prospettare un significativo rinnovamento delle strutture territoriali, rimane la grande questione del **rinnovo della rete degli ospedali**, la cui obsolescenza è stata particolarmente accelerata dal Covid, durante il quale sono emersi i problemi di strutture scarsamente modulari e con limiti evidenti nella trasmissione degli agenti patogeni, tanto che la stessa OMS ha posto il tema nel documento tecnico "Hospitals of the future: a technical brief on re-thinking the architecture of hospitals" del 22.5.2023.

Disporre di una rete rinnovata di strutture ospedaliere, funzionali dal punto di vista organizzativo, appropriate strutturalmente, umanizzate per pazienti e professionisti, sostenibili dal punto di vista energetico è l'obiettivo di un **piano nazionale di investimenti da perseguire in primis attraverso il riconfinanziamento dell'art.20 della L.67/88 e una semplificazione delle procedure attuative, da realizzare avendo presente gli standard del D.M.70/2015**.

In conclusione

Questo documento di posizione non intende essere esaustivo di tutte le problematiche che il Servizio Sanitario Nazionale attraversa in questo momento. E' per noi la base per un'ampia discussione nel Paese, con il coinvolgimento di esperti ed esperte, centri studi, sindacati e organizzazioni professionali, Terzo Settore, associazioni dei cittadini, dei pazienti e delle loro famiglie, amministratori locali e regionali, iscritti ed elettori del nostro partito e del centrosinistra. A circa metà della legislatura parlamentare, e mentre continua una forte mobilitazione e la battaglia di opposizione nelle Aule parlamentari, vogliamo preparare i contenuti programmatici per le prossime elezioni. Grazie a tutte e a tutti coloro che hanno contribuito a questo documento e grazie a quanti ci aiuteranno ad animare questo confronto a tutti i livelli.

Roma 22/05/2025

I nostri contatti:
06 67547241
salute@partitodemocratico.it

