



SALUTE e SANITA'

**Rafforziamo il SSN, rendiamo effettivo
il diritto alla tutela della salute**

A cura dell'Area Stato Sociale e Diritti

Aggiornamento



Maggio 2026

Indice

Una proposta di legge per una mobilitazione popolare - Daniela Barbaresi (Segretaria nazionale CGIL)	pag. 3
---	--------

PRIMA PARTE

Analisi di contesto e proposte	pag. 6
Proposta di legge di iniziativa popolare	pag. 19
Relazione illustrativa	pag. 32
Sintesi della proposta di legge di iniziativa popolare	pag. 53

SECONDA PARTE

Salute e sanità nella Legge Bilancio 2026	pag. 58
PNRR M6 - Missione Salute	pag. 60
Nelle Regioni	pag. 61
In Europa	pag. 72
La piattaforma della CGIL	pag. 76
Le fonti	pag. 77

Una proposta di legge per una mobilitazione popolare

Daniela Barbaresi – Segretaria nazionale CGIL

Il Servizio Sanitario Nazionale, pur tra politiche inadeguate, tante difficoltà per mancanza di risorse e personale, rimane tra i migliori al mondo. Continua, sotto i colpi degli interessi privati, a garantire eccellenti esiti di salute, qualità delle cure, efficienza degli interventi e questo lo si deve in gran parte all'essere pubblico, universalistico e solidale.

Dietro a questi risultati c'è la professionalità del personale e un sistema che, nonostante sia logorato, sottofinanziato, privato da troppo tempo delle risorse economiche e umane necessarie, vuole ancora garantire la tutela del diritto alla salute ma non può più continuare a reggersi solo con il sacrificio di chi ci lavora.

*Il SSN sta vivendo da tempo a una **grave crisi sistemica e di sostenibilità** che si traduce in tempi di attesa insostenibili, profonde diseguaglianze tra persone e territori con 8 Regioni che non garantiscono i LEA, un decimo della popolazione (in forte e continua crescita) che rinuncia a cure e prestazioni, la spesa sanitaria direttamente a carico delle famiglie che supera i 46 miliardi di euro e il personale sanitario che non è adeguatamente valorizzato economicamente e professionalmente, è insufficiente e allo stremo.*

*Sono i numeri dello stato in cui versa quella che dovrebbe essere la **principale infrastruttura sociale del Paese** a tutela del diritto fondamentale alla salute e fattore indispensabile per coniugare il benessere della popolazione, lo sviluppo economico e la coesione sociale.*

È impietoso il raffronto della spesa sanitaria pubblica italiana con quella degli altri Paesi europei, rispetto ai quali l'Italia è il fanalino di coda con gap sempre più difficili da colmare, con una prospettiva di ulteriore riduzione del finanziamento del SSN in rapporto al PIL già gravemente insufficiente rispetto ai bisogni di prevenzione, assistenza e cura.

*Non possiamo, né vogliamo, rassegnarci al declino del SSN e dopo tante iniziative e mobilitazioni, assieme a un'ampia rete di associazioni, sentiamo il dovere e la responsabilità di fare qualcosa in più: lanciare una straordinaria raccolta di firme a sostegno della **legge di iniziativa popolare**, accompagnata da una grande campagna di partecipazione e mobilitazione, in continuità con la straordinaria campagna referendaria a difesa della Costituzione, della giustizia e della democrazia.*

*La proposta di legge - "**Disposizioni per rendere effettivo il diritto alla salute mediante il rafforzamento del Servizio Sanitario Nazionale e la valorizzazione del personale**" - parte da un primo contributo prodotto dal **Forum della Salute** della CGIL; esperti di riconosciuta autorevolezza, competenza ed esperienza nazionale e internazionale: Nerina Dirindin, Francesco Taroni, Livia Turco, Francesco Pallante, Emmanuele Pavolini, Elena Granaglia, Mariella Martini, Mirella Coiro, Mirella Gubbellini, solo per citare i primi.*

*I principi a fondamento della proposta sono quelli definiti dalla **Costituzione** e quelli indicati dalla **legge istitutiva del SSN**: universalità, uguaglianza equità e globalità da garantire attraverso il governo pubblico, in un quadro di programmazione e partecipazione del personale, delle persone, delle comunità, delle forze sociali e sindacali.*

*La proposta di legge si concentra sugli **interventi ritenuti prioritari per interrompere il declino del SSN**. Non esaurisce tutti i temi che meriterebbero attenzione, non supera la necessità di ulteriori misure, ma si prefigge un cambiamento culturale che riporti la salute fra le priorità dell'agenda politica a partire dalla necessità di agire sui determinanti di salute: condizioni di vita, lavoro, ambiente. Significa tenere insieme politiche della salute, ambientali, industriali, dei redditi e fiscali, mettendo al centro la salute delle persone. Significa dare centralità alla prevenzione prima della cura, alla salute prima della malattia, alla presa in carico dei bisogni superando le insostenibili liste d'attesa, alle persone titolari di diritti che non siano trattate come meri consumatori di prestazioni sanitarie per chi può permetterselo. Con la proposta di legge si vogliono **creare le condizioni finanziarie, umane e strumentali per promuovere il progressivo rafforzamento e valorizzazione del SSN e del personale, adeguando l'offerta di assistenza ai bisogni della popolazione.***

Per **garantire al SSN risorse adeguate** occorre finanziarlo con un livello non inferiore al **7,5% del PIL** e le maggiori risorse devono essere interamente destinate al potenziamento delle strutture pubbliche. Occorre **riconoscere il valore del lavoro di chi tutela e promuove la salute, assiste e cura**, con organici, e conseguente spesa, necessari per la tutela della salute della popolazione; pertanto, la spesa per il personale del SSN non deve essere più soggetta ad alcun tetto.

Il riordino e lo sviluppo dell'assistenza territoriale deve essere un nodo centrale: va assicurata la centralità al Distretto socio-sanitario in stretta collaborazione con gli Ambiti Territoriali Sociali per una gestione integrata dei servizi sanitari e sociali; le Case e gli Ospedali di comunità devono essere la realtà ovunque nel Paese, superando i ritardi nell'attuazione dei progetti del PNRR.

Occorre dare concretezza alle politiche in favore delle **persone anziane e non autosufficienti** con il potenziamento dei percorsi assistenziali, a partire dall'assistenza domiciliare e della residenzialità, e con l'incremento del Fondo nazionale per la non autosufficienza. È attraverso il necessario investimento nel SSN, in termini di incremento delle risorse, del personale dipendente, riordino dell'assistenza territoriale e garanzia della **presa in carico dei bisogni di salute delle persone**, in particolare quelle con patologie croniche, che si può garantire il rispetto dei **tempi di attesa**: questo è ciò che serve, non decreti d'urgenza a zero risorse.

Ci sono altre aree prioritarie quali la **prevenzione, la tutela della salute e sicurezza nei luoghi di lavoro, i consultori familiari, la salute mentale, le dipendenze, la farmaceutica e la ricerca indipendente**: temi spesso dalla forte valenza politica sui quali la destra sta marcando il terreno con approccio fortemente ideologico e regressivo.

La proposta di legge affronta, in termini di principio, anche il tema della sanità integrativa rimarcando che la sostenibilità del SSN non può essere garantita attraverso il secondo pilastro. Un tema importante su cui è necessario aprire subito un percorso di approfondimento e una discussione all'interno della CGIL per assumere una posizione e una linea precisa dell'organizzazione a tutela della salute, a difesa del SSN e contestualmente del ruolo della contrattazione collettiva.

La sanità integrativa rappresenta una questione delicata che occorre attenzionare, anche alla luce della delibera della **Giunta regionale lombarda sulla cd. "super intra moenia"** che sta delineando i presupposti per il **superamento dell'universalismo della sanità pubblica**. Ancora più preoccupanti le dichiarazioni (e le azioni) di importanti esponenti politici della destra al governo che vogliono pericolosamente riaprire le porte a un sistema misto, pubblico-privato, di tipo mutualistico.

Un'ulteriore insidia per il SSN è rappresentata dal **disegno di legge delega** recentemente licenziata dal Governo e ora all'esame del Parlamento, per la **riorganizzazione dell'assistenza territoriale e ospedaliera**, con il quale si tenta di ridisegnare l'architettura ospedaliera portando ciò che già funziona sotto la responsabilità del Ministero, introducendo gli ospedali di terzo livello e gli ospedali elettivi: una scelta che drenerà ulteriormente risorse dal sistema pubblico verso il privato frammentando il diritto alla salute e aumentando le differenze territoriali, già evidenti nel nostro Paese, creando ancor più diseguaglianze tra la popolazione. Inoltre, mentre si realizza uno spezzatino della rete ospedaliera, la "neutralità finanziaria" prevista dal DDL condanna le Regioni a gestire un ulteriore e sempre più probabile declino del SSN e in particolare dell'assistenza territoriale.

Per tutte queste ragioni la Proposta di legge di iniziativa popolare assume un'importanza straordinaria ed è necessario **lavorare tutti insieme per costruire un movimento di popolo** per raccogliere il più largo sostegno possibile tra le persone e le comunità.

Fu **Giovanni Berlinguer**, che partecipò attivamente al lavoro preparatorio della Legge 833/78 e ne fu un protagonista, oltre naturalmente a Tina Anselmi, Ministra della Sanità, a ricordare il valore della mobilitazione popolare a sostegno della legge: "non è retorico affermare che il soggetto principale [della Legge n. 833/1978] è stato in grande misura il popolo, insieme agli specialisti; e che l'oggetto fondamentale è stata la salute in sé, insieme alle cure e insieme alla dignità della persona e ai diritti del corpo e della mente. [...]. Venne soltanto all'inizio degli anni Sessanta la prima proposta operativa di Servizio sanitario nazionale; e venne da una fonte, la CGIL, insolita, perché fino allora tutti i sindacati e tutte le associazioni avevano teso soprattutto a mantenere la loro influenza diretta nei consigli d'amministrazione delle mutue".

Ora, come allora, faremo la nostra parte.



SALUTE e SANITA'

**Rafforziamo il SSN, rendiamo effettivo
il diritto alla tutela della salute**

A cura dell'Area Stato Sociale e Diritti

PRIMA PARTE



Maggio 2026

Analisi di contesto e proposte

“La Repubblica tutela la salute come fondamentale diritto dell’individuo e interesse della collettività tramite il Servizio sanitario Nazionale”

Art. 1, Legge n. 833/1978

La Legge 833/1978 istitutiva del Servizio Sanitario Nazionale (SSN), pubblico e universale, è stata una grande conquista, frutto di una straordinaria stagione di lotte dei lavoratori e delle lavoratrici, di grande partecipazione e di conquiste sul fronte dei diritti sociali e civili.

Richiamando l’art. 32 della Costituzione, l’art. 1 della Legge 833/1978 sancisce che è proprio attraverso il SSN che la Repubblica tutela la salute come fondamentale diritto dell’individuo e interesse della collettività.


In queste pagine si vuole offrire un quadro di lettura della situazione della sanità pubblica, a partire dalle principali criticità, evidenziando le azioni da adottare, come indicate nei singoli articoli della Proposta di legge di iniziativa popolare.

Il Servizio Sanitario Nazionale italiano, da troppi anni sottofinanziato, ha saputo resistere grazie all’impegno e al valore dei suoi lavoratori e lavoratrici, ma oggi rischia il collasso.

L’emergenza pandemica, superata grazie all’abnegazione di chi in quei servizi lavorava e lavora, ha evidenziato la condizione di **forte criticità del SSN** e del sistema socio-sanitario. L’incompiuta attuazione della Legge 833/1978 e la pesante inadeguatezza del finanziamento, frutto di politiche di *austerità* e di una cultura neoliberista, rappresentano in gran parte le cause del preoccupante quadro di criticità.

“Non possiamo fare a meno del Servizio Sanitario Pubblico” scrivono 14 scienziati italiani – dal premio Nobel Giorgio Parisi a Nerina Dirindin e tanti altri – in un appello per la difesa e rilancio della sanità pubblica. *“Oggi i dati dimostrano che è in crisi”* e *“la vera emergenza è adeguare il finanziamento del Servizio Sanitario Nazionale agli standard dei Paesi europei avanzati (8% del PIL). È urgente e indispensabile, perché un SSN che funziona, non solo tutela la salute, ma contribuisce anche alla coesione sociale”*.

Un altro appello accorato lo hanno lanciato un anno fa **130 associazioni**: **“Non possiamo restare in silenzio. La società civile per la sanità pubblica”**. Il documento in 10 punti chiave per il rilancio della sanità pubblica e contro l’autonomia differenziata parte dall’assunto che il declino della sanità pubblica non è irreversibile ma il SSN deve poter contare su risorse adeguate a garantire il diritto “incomprimibile” alla salute, attraverso le strutture pubbliche e riducendo progressivamente il ricorso a erogatori privati. Autorevoli e nette sono le parole del **Presidente della Repubblica, Sergio Mattarella**: *“Il Servizio sanitario nazionale è un patrimonio prezioso da difendere e adeguare”*.

 **Occorre rendere effettivo il diritto alla tutela della salute** della popolazione e adeguare l’offerta di assistenza ai bisogni di tutte le persone e **arrestare il declino del Servizio Sanitario Nazionale**, nel rispetto della Costituzione e degli artt. 1 e 2 della legge 833/1978.

Spesa sanitaria. Come rimarcato ripetutamente anche dalla [Corte dei Conti](#), la **spesa sanitaria pubblica italiana è di gran lunga inferiore a quella degli altri Paesi Europei**.

Secondo i dati [OCSE](#), elaborati dalla CGIL (v. anche [“Verso il G7 della Salute”](#)) in Italia la **spesa sanitaria pubblica** ha avuto nel 2024 un’incidenza sul PIL del **6,3%**, inferiore alla media europea e di gran lunga al di sotto a quello di Paesi come la Germania (che ha destinato al finanziamento della sanità pubblica il 10,6% del PIL), la Francia (9,7%) o il Regno Unito (9,1%). L’Italia si colloca così al 20° posto tra i Paesi europei.

In valori pro-capite (prezzi correnti a parità di potere d’acquisto), la spesa per la sanità pubblica in Italia è stata pari a **2.375 euro, ovvero 416 euro in meno rispetto alla media europea**. Pesante il raffronto con la maggior parte dei Paesi europei: la Germania destina alla spesa sanitaria pubblica 5.004 euro per abitante, più del doppio dell’Italia, la Francia 3.846 euro, il Regno Unito 3.397 euro; Paesi nei quali negli ultimi 10 anni la spesa sanitaria pubblica pro capite è notevolmente cresciuta.

Tra i Paesi in Europa, l'Italia è anche quello in cui è particolarmente elevata l'incidenza della **spesa privata** sul totale della spesa sanitaria ([OCSE](#)). Infatti, su una spesa complessiva pro capite di 3.198 euro nel 2024, in Italia la spesa sanitaria pubblica rappresenta il 74,3% del totale, la spesa sostenuta dai cittadini di tasca propria incide per il 22,3%, (pari a 714 euro pro-capite), mentre la spesa privata intermediata rappresenta il 3,4% (110 euro). Nei Paesi come Regno Unito, Germania o Francia, in cui si investe in modo rilevante nella sanità pubblica, la componente privata è nettamente inferiore. In particolare, la spesa *out of pocket* incide rispettivamente per il 14,6%, il 10,7% e l'8,9%.

Per raggiungere il livello della spesa indicato dai 14 scienziati e allineare l'Italia agli standard dei Paesi europei avanzati, al Servizio Sanitario Nazionale italiano occorrono **almeno 40 miliardi di euro in più all'anno e oltre 80 miliardi** in più per raggiungere la spesa della Germania.

Dopo l'incremento per contrastare la pandemia, quando nel 2020 il **Fabbisogno Sanitario Nazionale** (FSN) era arrivato al 7,4% del PIL, già dall'anno successivo è tornato a scendere in rapporto al PIL, con la drammatica prospettiva di ulteriore contrazione prefigurata nel Piano Strutturale di Bilancio 2025-2029.

La Legge di Bilancio 2026. La Legge di Bilancio 2026 ha portato il **Fabbisogno Sanitario Nazionale** a **142,9 miliardi di euro** pari a **6,15% del PIL**: una previsione di FSN che non solo resta inadeguata ma arriverà al picco negativo mai registrato negli ultimi decenni, **tornando a scendere** nel 2027 al 6,04% fino a **spfondare al 5,92%** nel 2028: valori assolutamente insufficienti a garantire il diritto alla salute e a rispondere ai bisogni urgenti delle persone, oltre ad allontanare ulteriormente l'Italia dai Paesi europei più avanzati per investimenti nella sanità pubblica.

Si tratta di importi economici che non consentono né la **valorizzazione del personale né le nuove assunzioni prevedendone appena un quinto di quelle che sarebbero necessarie solamente per garantire l'assistenza territoriale**.

Oltretutto le risorse non sono destinate al sostegno e al rafforzamento dell'attività ordinaria del servizio pubblico ma sono in gran parte vincolate a specifici progetti. In particolare, sono ancora destinate al privato e all'extra lavoro del personale, già allo stremo, finanziando prestazioni aggiuntive come presunto utile intervento per l'abbattimento delle liste di attesa: operazione fallita, visto che i dati indicano chiaramente l'**arretramento del servizio pubblico**.

Basti pensare che si innalzano ulteriormente i tetti alla **spesa per il privato convenzionato e per la farmaceutica**, mentre viene confermato il vergognoso tetto alla spesa sul personale.

A fianco della propaganda governativa e delle roboanti dichiarazioni della Presidente del Consiglio Meloni, c'è la realtà dei numeri della Legge di Bilancio 2026, il mondo reale con il progressivo allontanamento delle persone dalla tutela della sanità pubblica, dal diritto alla salute, con **6 milioni di persone** che rinunciano a curarsi e la concreta e **progressiva privatizzazione della sanità**.

Cala il rapporto tra la spesa e il PIL perché **il Governo decide dolosamente di ridurre la quota di ricchezza del Paese da destinare alla sanità pubblica** imponendo alle persone di pagare per curarsi se possono permetterselo.

Una prospettiva destinata ad aggravare la già precaria condizione economico-finanziaria delle Regioni. La stessa [Corte dei Conti](#) ha evidenziato come stiano crescendo le Regioni che presentano disavanzi prima delle coperture (1,5 miliardi di euro complessivi nel 2024), un fenomeno che si sta estendendo anche alle *"Regioni che finora avevano sempre garantito un'elevata qualità dei servizi e un equilibrio economico"*.



Occorre garantire al SSN risorse adeguate, allineandone progressivamente il finanziamento ai valori medi dei Paesi europei, fissandolo a un **livello non inferiore al 7,5% del PIL**.

Le risorse destinate al SSN vanno incrementate progressivamente fino a **43 miliardi di euro** in più all'anno a decorrere dal 2030.

Il finanziamento del FSN standard cui concorre lo Stato non deve **mai essere inferiore a quello dell'anno precedente** e l'incremento deve essere **interamente destinato** al potenziamento di **servizi e cure direttamente erogati dalle strutture del SSN**.

Il personale sanitario. **Totalmente sbagliate anche le scelte sul personale** fatte con le ultime Leggi di Bilancio: nonostante la carenza di medici e infermieri, i salari inadeguati e i tempi di attesa da

ridurre, non solo si conferma il **tetto alla spesa** sul personale, ma il Governo sembra non avere nessuna strategia se non quella di **far lavorare di più i professionisti con prestazioni aggiuntive**, mentre le condizioni e i carichi di lavoro, ormai sempre più insostenibili, spingono molti di loro ad abbandonare il servizio pubblico.

In questo scenario, il 27 ottobre scorso è stato firmato il **Contratto Collettivo Nazionale di Lavoro (CCNL) della Sanità Pubblica per il triennio 2022-2024**, con la mancata firma di FP CGIL e UIL FPL che hanno espresso sconcerto e indignazione per quanto accaduto al tavolo negoziale. **Un contratto svilente, al ribasso che non valorizza né il lavoro né il sacrificio dei 580 mila professionisti del comparto.**

Con un aumento del 5,8% (calcolato sull'intera massa salariale, quindi anche sulle voci di retribuzione accessoria) a fronte di un'inflazione che nel triennio è cresciuta del 16,5%, i firmatari del contratto hanno accettato supinamente di certificare la riduzione del potere di acquisto delle lavoratrici e dei lavoratori della sanità decisa unilateralmente dal Governo. Si tratta di 10 punti percentuali in meno rispetto a ciò che sarebbe stato necessario, non per fare crescere il potere d'acquisto delle retribuzioni, ma per mantenere inalterati i salari reali.


Chi ha firmato il contratto si assume una responsabilità pesante: quella di aver legittimato un contratto debole e lontano dai bisogni reali di chi lavora nella sanità, decretando il taglio delle retribuzioni e un danno irreversibile alle pensioni.

La **carenza di personale** riguarda tutti i professionisti sanitari, amministrativi, tecnici e soprattutto chi è impegnato direttamente nell'assistenza come gli infermieri che peraltro dovrebbero ricoprire un ruolo fondamentale nella riforma dell'assistenza territoriale.

In particolare, per rendere operative tutte le **Case della Comunità e gli Ospedali di Comunità** previste dal PNRR rispettando gli standard previsti dal DM 77/2022, senza contare i medici, sarebbe necessario assumere **almeno 36 mila unità di personale**, tra infermieri, operatori sociosanitari, assistenti sociali e personale amministrativo.

Senza un **piano straordinario di assunzioni** e di **valorizzazione del personale**, anche sul piano retributivo, si mette a rischio la tutela della salute delle persone.

La stessa [Ragioneria Generale dello Stato](#) ha rimarcato come negli ultimi 10 anni si sia fortemente disinvestito nel personale sanitario mentre è aumentata la spesa in beni e servizi.

 **Occorre** riconoscere il **valore sociale del lavoro di chi tutela e promuove la salute, assiste e cura**, attraverso interventi per la **piena valorizzazione del personale** del SSN in termini professionali ed economici, al fine di **aumentare le retribuzioni** tabellari dei dipendenti del SSN rendendole attrattive rispetto al contesto europeo.

La **dotazione degli organici del personale** del SSN, e la conseguente spesa, vanno adeguati a **rispondere primariamente a obiettivi di tutela della salute** della popolazione e non essere esclusivamente subordinati ai vincoli di finanza pubblica.

Vanno **eliminati i tetti alla spesa del personale** e al salario accessorio.

Occorre prevedere principi e criteri per la **definizione degli organici del personale** e della relativa spesa a garanzia:

- della tempestiva erogazione delle prestazioni, servizi e percorsi assistenziali nel rispetto dell'universalità e globalità del SSN;
- della valorizzazione e appropriato impiego di tutte le professionalità operanti nel SSN;
- del pieno rispetto delle norme in materia di salute e sicurezza, orario di lavoro.

Occorre investire sul personale con un **piano straordinario pluriennale di assunzioni**, che vada oltre le stabilizzazioni e il turnover, superi la precarietà e investa nella formazione e valorizzazione di tutte le professionalità del SSN per rendere attrattiva la formazione nelle professioni sanitarie.

Procedere al reclutamento del personale a partire dal rafforzamento della presenza del **personale infermieristico**, attraverso assunzioni a tempo indeterminato per le unità utili al **completamento degli organici** anche in relazione al potenziamento dell'**assistenza territoriale** prevista dalla Missione 6 del PNRR (DM n. 77/2022).

È necessario intervenire sul trattamento economico e normativo del personale del **profilo sanitario e sociosanitario** delle strutture di assistenza residenziale e semiresidenziale di proprietà pubblica e delle **strutture private accreditate** per equipararlo a quello delle corrispondenti professionalità di enti e aziende del SSN.

Il Ministero della Salute e il Ministero dell'Università e della Ricerca devono promuovere **l'accesso ai percorsi formativi** e sostenere la **valorizzazione delle professioni sanitarie**, attraverso interventi di riconoscimento sociale, formativo, professionale e di carriera.

Per i **medici di medicina generale** (MMG) occorre prevedere la creazione di una **specializzazione universitaria** analoga a quella del personale medico del SSN, nonché il progressivo esaurimento, per MMG e Pediatri di libera scelta (PLS), dell'attuale rapporto convenzionale disponendo il loro inquadramento nel ruolo della dirigenza sanitaria del **personale del SSN**.

Gli MMG e PLS eserciteranno la loro attività nelle **Case della Comunità** e nelle altre sedi dei servizi distrettuali nell'ambito di équipe multiprofessionali contribuendo a sviluppare la medicina di iniziativa.

Introdurre per MMG e pediatri di libera, scelta attualmente titolari di un rapporto convenzionale con il SSN, **la possibilità, su richiesta, di passare nel ruolo della dirigenza medica del SSN**.

Il PNRR, Missione 6 Salute. Alla difficile situazione del personale si sommano le forti preoccupazioni per i ritardi nell'attuazione dei progetti previsti dal **PNRR**.

La **Missione 6 Salute (M6)** prevede importati riforme e investimenti destinati al SSN e da realizzare entro il 2026.

Gli obiettivi sono quelli di ridisegnare la rete di assistenza sanitaria territoriale con professionisti, servizi e assistenza disponibili in modo capillare su tutto il territorio nazionale, per una sanità che sia vicina alle persone; innovare il parco tecnologico ospedaliero; digitalizzare il SSN; investire in ricerca e formazione del personale sanitario per una sanità più sicura, equa e sostenibile.

Nelle 2 componenti, C1 "Reti di prossimità, strutture e telemedicina per l'assistenza territoriale" e C2 "Innovazione, ricerca e digitalizzazione del servizio sanitario", la Missione 6 Salute del PNRR prevede oltre 10 mila progetti per un finanziamento complessivo di **20,2 miliardi di euro** (di cui 14,9 miliardi di euro solo PNRR).

Tuttavia, come più volte denunciato dalla CGIL ("[CGIL "PNRR Missione Salute: cronaca di un'occasione persa \(?\). Lo stato di attuazione dei progetti per l'assistenza territoriale"](#)") a distanza di pochi mesi dalla scadenza finale, i lavori continuano a procedere troppo a rilento, con numerosi progetti che presentano **ritardi preoccupanti** nell'esecuzione dei lavori o ancora fermi alla fase di progettazione. Sono ancora troppo poche le opere completate e collaudate ed è basso il livello di spese effettuate in rapporto ai finanziamenti. Uno scenario allarmante che conferma il concreto **rischio di non conseguire gli obiettivi strategici** entro le scadenze previste.

Alla data del 26 febbraio 2026, risultano effettuati **pagamenti per 7,6 miliardi di euro** pari al **37,6% dei fondi** disponibili.

Dei progetti monitorati, ne risultano **completati il 46,1% del totale**, ma molti presentano almeno una fase in ritardo. Particolarmente preoccupanti i ritardi nella realizzazione di Case della Comunità e Ospedali di Comunità.

Per l'investimento M6-C1.01 "**Case della Comunità e presa in carico della persona**" sono previsti 1.412 progetti per 2,9 miliardi di euro. Sono stati effettuati pagamenti per 962,4 milioni di euro, pari al 33,5% dei fondi disponibili, dunque, a pochi mesi dalla scadenza, è stato **speso un terzo dei fondi**. Dei progetti monitorati, ne risultano completati solo 159 (pari all'11,3% del totale). Per quanto riguarda la fase dell'esecuzione delle opere, il 63,4% dei progetti presenta ritardi, in molti casi non risultano ancora avviati i cantieri o deve essere ancora completata la fase della progettazione esecutiva.

Stesso scenario si osserva per l'investimento M6-C1.03 "**Rafforzamento dell'assistenza sanitaria intermedia e delle strutture (Ospedali di Comunità)**" per cui sono previsti 429 progetti per 1,3 miliardi di euro. Sono stati effettuati pagamenti per 384,5 milioni di euro pari al 30,4% dei fondi disponibili.

Dei progetti monitorati, ne risultano completati solamente 32 (pari al 7,5% del totale e, per quanto riguarda la fase dell'esecuzione delle opere, il 71,1% dei progetti presenta ritardi o deve ancora vedere completata la fase della progettazione esecutiva.

Analoghe preoccupazioni valgono per l'investimento M6-C1.02 “**Casa come principale luogo di cura e telemedicina**” per il quale sono previsti 953 progetti con finanziamenti complessivi per 6,1 miliardi di euro. A febbraio 2026 risultano completati più di tre quarti dei progetti (76,5%), tuttavia le spese effettuate raggiungono solo un terzo dei fondi disponibili (34,2%).


Il ritardo preoccupa particolarmente in quanto la misura ha l'obiettivo di “*migliorare l'assistenza delle persone affette da patologie croniche, con particolare attenzione verso gli over 65 [...], aumentare il numero dei pazienti assistiti nelle proprie abitazioni incrementandolo a oltre un milione e mezzo entro il 2026*” e che, sommato all'altro insopportabile ritardo nell'attuazione della riforma della non autosufficienza (Legge n. 33/2023), sembra indicare una precisa incapacità del Governo di dare le necessarie risposte a una popolazione che invecchia sempre più e con bisogni crescenti.

I ritardi nell'attivazione e funzionamento dei servizi e delle strutture dell'assistenza territoriale trovano conferma anche nel recente rapporto dell'[Agenas](#) secondo il quale, delle **1.715 Case della Comunità complessivamente programmate, solo per 66 strutture** (3,8% del totale) sono dichiarati attivi tutti i servizi obbligatori secondo gli standard del DM n. 77/2022, inclusa la presenza medica e infermieristica. Non va dimenticato che con il DL n. 19/2024 (DL “PNRR”) il Governo ha attuato una **rimodulazione della Missione 6 del PNRR, che di fatto si è tradotta in tagli**, riguardante 312 Case della Comunità (pari al 23% del totale), 93 Ospedali di Comunità (23%), 120 Centrali Operative Territoriali (20%), 1.178 posti nelle terapie intensive (23%), 25 interventi per la sicurezza sismica delle strutture ospedaliere del programma “*Verso un ospedale sicuro e sostenibile*” (23%), la cui realizzazione non viene più finanziata dalle risorse del PNRR, ma dirottata sul Fondo per l'edilizia sanitaria (articolo 20, Legge n. 67/88).

Va rimarcato che individuare nel Fondo per l'edilizia sanitaria la fonte in cui reperire le risorse mancanti è pura ipocrisia, visto che quelle risorse sono destinate ad interventi di edilizia sanitaria di cui le Regioni avevano già programmato la spesa nell'ambito del plafond loro assegnato. Utilizzarle per Case e Ospedali di Comunità significa non attuare le necessarie ristrutturazioni di ospedali e la costruzione di quelli nuovi già previsti. Si tratta dunque di un pesante definanziamento di 1,2 miliardi di euro a carico delle Regioni che hanno sonoramente bocciato il decreto.

Resta sempre irrisolto il nodo del **personale**: non basta costruire strutture se poi non si mettono nelle condizioni di essere operative ed efficienti con il personale necessario a garantirne il funzionamento con servizi e assistenza.

Occorre chiedersi: quanti ricoveri impropri si potrebbero evitare garantendo la presa in carico da parte di un'adeguata rete di assistenza territoriale? Quante persone potrebbero essere curate a casa evitando di essere ricoverate in ospedale? Quanti accessi impropri nei pronto soccorso si potrebbero evitare? Quanto migliorerebbero i tempi di attesa?

 **Occorre un forte investimento nei servizi territoriali** e garantire un **omogeneo riordino dell'assistenza territoriale**, superando divari e diseguaglianze tra le diverse aree del Paese e all'interno delle stesse province, per garantire servizi di prossimità e per un **SSN che sia davvero universale** e capace di **tutelare e promuovere la salute** delle persone, assicurando equità e uguaglianza.

Per farlo occorrono **risorse, personale e un'organizzazione coerente** con tali obiettivi.

Vanno sviluppati i **distretti socio-sanitari**, articolazioni delle aziende sanitarie territoriali, che assicurino **cure primarie** in ambulatorio e a domicilio, le **prestazioni sanitarie e sociali** nella piena collaborazione con i Comuni e la partecipazione della popolazione (integrazione tra ATS, aziende sanitarie e distretti).

Vanno **recuperati i ritardi** nell'attuazione degli investimenti previsti dalla Missione 6 del PNRR.

L'assistenza ospedaliera. Secondo i dati del [Ministero della Salute](#), nel 2023 il SSN dispone e si avvale di **996 strutture di ricovero e cura** (di cui il 51,3% pubbliche e 48,7% accreditate) con **216 mila posti letto complessivi** di cui 194 mila per degenza ordinaria (di cui il 78,9% pubblici), 12 mila per day hospital (89,3% pubblici) e 8 mila per day surgery (77,2% pubblici).

Sono disponibili mediamente **3,66 posti letto ogni 1.000 abitanti** di cui 3,07 posti letto per acuti e 0,59 posti per riabilitazione e lungodegenza.

Nel 2022 i posti letto ospedalieri complessivi erano 225 mila, dunque, **in un anno sono stati tagliati quasi 10 mila posti letto ospedalieri**. I tagli hanno colpito soprattutto i posti letto pubblici (-8 mila posti, pari a -4,6%) e, in misura minore, i posti accreditati (oltre mille posti letto in meno, pari a -3,0%). Il 55,6 % degli ospedali pubblici risulta dotato di un **dipartimento di emergenza** e il 69,5% delle strutture di ricovero pubbliche è dotata di un centro di rianimazione. Il **pronto soccorso** è presente nell'80% degli ospedali; il **pronto soccorso pediatrico** è invece presente nel 18% degli ospedali.

In questo scenario, risulta particolarmente insidioso il **disegno di legge delega** licenziato dal Consiglio dei Ministri del 12 gennaio scorso recante la "Delega al Governo per l'adozione di misure in materia di **riorganizzazione e potenziamento dell'assistenza territoriale e ospedaliera e revisione del modello organizzativo del Servizio sanitario nazionale**" - disegno di legge n. 1825, in discussione in Senato (v. [osservazioni CGIL](#)).


Con il disegno di legge delega, si tenta di ridisegnare l'architettura ospedaliera con l'introduzione degli "**ospedali di terzo livello**" (costituiti dai centri di eccellenza con bacini di utenza nazionali e sovranazionali ai quali garantite specifiche risorse) e degli "**ospedali elettivi**" (strutture per acuti prive di pronto soccorso, prevalentemente private): una scelta che drena ulteriormente risorse dal sistema pubblico verso il privato frammentando il diritto alla salute e aumentando le differenze territoriali, già evidenti nel nostro Paese, creando ancor più diseguaglianze soprattutto con un impatto negativo per le fasce più fragili della popolazione.

Il Ddl prefigura una revisione, da attuarsi con decreti delegati, **dell'Assistenza ospedaliera e territoriale (DM 70/2015 e DM 77/2022)**, che avrà un importante impatto sui LEA e sui LEPS, scavalcando in parte la programmazione delle singole Regioni (economica e organizzativa). Peraltro, si parla di potenziamento sia dell'assistenza ospedaliera che di quella territoriale: davvero difficile credere che si possa potenziare entrambi vista la **clausola di invarianza finanziaria** per la quale qualsiasi potenziamento tecnologico o di personale è subordinato a tagli compensativi o a futuri finanziamenti.

Attraverso la creazione degli "ospedali di terzo livello", la riforma equipara formalmente alle eccellenze pubbliche le fondazioni, le strutture private, religiose e no-profit ma anche di imprese di diritto privato a scopo di lucro, garantendo loro l'accesso a canali di finanziamento diretti e sottraendoli ai vincoli della programmazione regionale ordinaria.

Inoltre, l'introduzione degli "ospedali elettivi" prefigura una de-strutturazione del sistema per acuti che, aggirando i vincoli del DM 70/2015, rischia di tradursi in un disinvestimento nel servizio pubblico a esclusivo vantaggio della sanità privata. Tale riconfigurazione, priva di standard certi e garanzie contrattuali, trasforma la programmazione dei fabbisogni in una mera delega gestionale, minando l'integrità e l'appropriatezza delle prestazioni.

Il Ministero della Salute accentra la governance delle alte specializzazioni, dell'innovazione tecnologica e dei grandi flussi finanziari, delegando alle Regioni la gestione del territorio gravato dalle cronicità ma svuotato delle risorse necessarie. Un disegno di legge pericoloso e da respingere con forza.

 **Occorre rilanciare e riadeguare la rete ospedaliera pubblica**, rafforzando le dotazioni organiche e le strumentazioni, per favorire accessibilità, sicurezza, qualità, a partire dai **Pronto Soccorso**, sempre più al collasso.

Serve investire nella rete ospedaliera per superare le differenze strutturali e di prestazioni sanitarie tra le regioni del Sud, del Centro e del Nord e contrastare la mobilità passiva per garantire il **diritto a curarsi nel territorio in cui si vive**.

Per l'area della **riabilitazione** occorre superare i forti squilibri tra l'offerta pubblica e quella privata.

Tagli e scelte sbagliate del Governo stanno lasciando sempre più soli i cittadini costretti a fare i conti con tempi di attesa insostenibili, diseguaglianze, assistenza e cure sempre più inaccessibili se non ricorrendo al privato e pagando di tasca propria o rinunciando a curarsi. Senza una netta inversione delle politiche sanitarie e socio-sanitarie, i divari territoriali e sociali sono destinati a crescere inesorabilmente.

In tale scenario e con un Governo dall'evidente impostazione politica disattenta ai bisogni delle persone e per nulla interessato a investire sui servizi indispensabili a dar loro risposte, il rischio più insidioso è

che l'Esecutivo continui a lavorare sul piano della comunicazione, senza alcun confronto di merito con le Organizzazioni sindacali, mistificando la realtà per far percepire l'emergenza sanitaria come condizione ordinaria.

Obiettivo del Governo è convincere l'opinione pubblica che la carenza del personale sia causata dal disinteresse dei giovani per le professioni sanitarie e non da politiche fiscali e di programmazione sbagliate e inadeguate, come se le difficoltà del Servizio Sanitario Nazionale siano un fatto fisiologico e imm modificabile e l'unica soluzione diventi la **privatizzazione della sanità**.

Spesa delle famiglie. Nel 2024 la **spesa sanitaria direttamente a carico delle famiglie** raggiunge la cifra record di **46,4 miliardi di euro** ([MEF-RGS](#)). A questi si aggiungono **6,5 miliardi di euro per la sanità integrativa** ([OCSE](#)).

Una spesa che pesa in maniera particolarmente sulle famiglie e con rilevanti differenze territoriali.

Aumentano sempre di più le **persone che dichiarano di aver pagato interamente** a proprie spese visite specialistiche, farmaci, esami diagnostici e altre prestazioni sanitarie: un fenomeno che non solo accresce le disuguaglianze nell'accesso a prestazioni e cure ma incide notevolmente sulle condizioni economiche, e all'impoverimento, delle famiglie.

Rinuncia a spese sanitarie e cure. È l'[ISTAT](#) a stimare che nel 2024, il **9,9%** della popolazione ha **rinunciato a prestazioni sanitarie** ritenute necessarie per problemi economici o legati alle difficoltà di accesso ai servizi: si tratta di **6 milioni di persone**, praticamente una su 10. Un valore in continuo peggioramento e nettamente superiore a quello di un anno fa, quando rinunciava alle cure il 7,6% della popolazione. Una situazione inaccettabile per un Paese civile.

Quando si arriva a dover **scegliere se curarsi pagando**, rimandare le cure, o peggio ancora, **rinunciare a curarsi**, si materializza la **peggiore delle disuguaglianze e attacco alla dignità** e ai diritti delle persone.

Tempi di attesa. Tra le cause dell'aumento della spesa delle famiglie e della rinuncia a spese sanitarie e cure c'è anche **l'allungamento dei tempi di attesa**, divenuti ormai sempre più insostenibili, assieme alle agende di prenotazione chiuse.

Dietro a questo problema ci sono criticità di varia natura: dalla debolezza della sanità territoriale, al rapporto pubblico/privato (sempre più a favore del secondo), alle inefficienze organizzative, alla grave carenza di personale, ecc.

Condizioni che accelerano la **privatizzazione della sanità e della salute** e alimentano il passaggio dalla **salute come diritto alla cura come bene di consumo, per chi può permetterselo**.

Contro le liste d'attesa i decreti d'urgenza del Governo, senza risorse, sono solo un'operazione propaganda: solo qualche slogan a cui non crede neanche il Ministro Schillaci. Una propaganda povera di contenuti e di concretezza se non la vecchia ricetta, tanto cara all'Esecutivo, di ricorrere al privato a cui dirottare le risorse pubbliche, accelerando la privatizzazione della sanità e, in prospettiva, svuotando i portafogli delle persone.

Il Ministro Schillaci ha parlato di salvifici interventi strutturali. E quali sarebbero? Quelli già previsti dal 2019 nel Piano Nazionale per il Governo Liste d'attesa?

E soprattutto con quali risorse? Con quali strumenti? Con quale personale?

Parlare di "interventi strutturali" con zero risorse, in un quadro di drammatico sottofinanziamento del SSN, significa solo prendere in giro i cittadini e il personale che per il Servizio Sanitario Nazionale lavora con impegno.

 **Occorre garantire con tempestività prestazioni, servizi e percorsi assistenziali** nel rispetto dell'**universalità e globalità del SSN**.

Assicurare il rispetto dei **tempi di attesa** attraverso il necessario investimento nel SSN, in termini di risorse, personale, organizzazione, attuazione del riordino dell'assistenza territoriale e della **presa in carico** dei bisogni di salute delle persone.

Per le persone con **patologie croniche** o inserite in un Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale (**PDTA**), le prestazioni comprese nei percorsi di presa in carico devono essere effettuate direttamente dai servizi o dai professionisti responsabili dell'assistenza.

Diseguaglianze territoriali. Il quadro di criticità che attanaglia il SSN risulta ancora più fosco se si analizza la situazione nelle singole regioni: ne emerge uno scenario di **gravi e profonde diseguaglianze territoriali** a partire dall'adempimento dei Livelli essenziali di assistenza (LEA). Nel 2023 ben **8 regioni non hanno garantito i LEA** (Abruzzo, Calabria, Campania, Molise, PA Bolzano, Sardegna, Sicilia, Valle d'Aosta). Nel 2021 erano 7, con un evidente peggioramento ([Ministero Salute](#)).

Divari che contribuiscono ad alimentare la **mobilità interregionale** tanto che, nel 2023, le **dimissioni ospedaliere** in regime ordinario per acuti effettuate in **regioni diverse da quella di residenza** rappresentano l'8,6% del totale delle dimissioni di pazienti residenti, in peggioramento rispetto all'anno precedente e con un'articolazione territoriale che riflette le diseguaglianze nell'offerta di servizi sanitari tra le varie regioni ([ISTAT](#)).


Non solo, come già evidenziato, sono notevoli le differenze con gli altri Paesi europei in termini di risorse, strutture e personale; l'Italia è anche un Paese sostanzialmente spaccato in venti "contee" che spesso tradiscono i principi di universalità, equità, uguaglianza fondanti del SSN. Divari e diseguaglianze che, osservando l'insieme dell'offerta sanitaria e socio-sanitaria, si acquiscono e che vanno dalle strutture ospedaliere, alla dotazione di posti letto passando dalle strutture sanitarie residenziali e semiresidenziali (residenze sanitarie assistenziali, case protette, hospice, centri diurni psichiatrici, ecc.), fino all'assistenza domiciliare.

Diseguaglianze che incidono sulle aspettative di vita alla nascita così come nelle aspettative di vita in buona salute. Se la **speranza di vita alla nascita** è mediamente di 83,4 anni, i divari tra le regioni sono profondi e arrivano fino a 3 anni di vita (come tra la Provincia Autonoma di Trento e la Campania); uno scenario ancora più pesante per la **speranza di vita in buona salute** che è mediamente di 59,2 anni ma con differenze che arrivano a superare 16 anni (come tra la Provincia Autonoma di Bolzano e la Calabria).

Le criticità legate alla mancanza di risorse economiche, organizzative e professionali, e le diseguaglianze tra persone e territori, sono destinate a cristallizzarsi e aggravarsi ulteriormente e irreversibilmente nel caso si realizzi il **nefasto progetto di autonomia differenziata**.

I principi fondamentali del servizio sanitario - universalità, uguaglianza ed equità - ancor prima di essere raggiunti pienamente su tutto il territorio nazionale, saranno inesorabilmente messi in discussione: un disastro sanitario, sociale ed economico senza precedenti.

I tagli alle risorse, il tetto alla spesa per il personale, il blocco del turnover hanno avuto effetti pesanti sul personale impiegato nei servizi sanitari e socio-sanitari, con picchi di criticità su alcune regioni, su cui si è scaricato un peso reso ancor più insostenibile dalla pandemia. Altrettanto evidente il peggioramento delle condizioni sulle lavoratrici e i lavoratori della **filiera degli appalti**.

 **Occorre** che le disposizioni di cui alla Legge n. 86/2024 in materia di **autonomia differenziata** non si applichino alle funzioni relative alla materia "**tutela della salute**"

Non autosufficienza. A fronte del progressivo invecchiamento della popolazione, non si prevede alcun finanziamento per la **non autosufficienza**. Dopo gli annunci trionfalistici del Governo, le misure per le persone anziane non autosufficienti contenute nel D.lgs. n. 29/2024 varato in attuazione della Legge n. 33/2023, riportano alla dura realtà in cui pesa la totale assenza di risorse aggiuntive per finanziare le riforme già previste.

In particolare, non c'è nessun euro in più per sostenere la cosiddetta "**prestazione universale**" (850 euro che dovrebbero sommarsi all'assegno di accompagnamento) che di universale ha ben poco visto che i destinatari sono individuati con criteri molto restrittivi: almeno 80 anni, ISEE non superiore a 6 mila euro, essere titolare di assegno di accompagnamento ed essere non autosufficiente con un "**bisogno assistenziale gravissimo**".

A fronte di una platea di **3,9 milioni di anziani non autosufficienti**, di cui 1,4 milioni con l'assegno di accompagnamento, nel primo anno di attuazione hanno beneficiato della prestazione universale **solo 2 mila anziani**: praticamente **lo 0,05% della platea**. E tutti gli altri? Quale risposta hanno? E con quali risorse? Con i 500 milioni di euro in due anni che già il Piano nazionale 2022-2024 destinava alla non autosufficienza? Occorre ribadirlo: se non vengono previste risorse aggiuntive e si fa riferimento solo alle risorse dei fondi "**a legislazione vigente**" si può fare ben poco.

La riforma contenuta nella Legge 33/2023 prevede la necessità di garantire la presa in carico universale della condizione di fragilità della persona anziana da parte del sistema pubblico, superando divari territoriali. Pensare di farlo a colpi di annunci e con risorse date, che già oggi non bastano a garantire né i LEPS - Livelli Essenziali delle Prestazioni Sociali - né i LEA sanitari, può funzionare nel metaverso del Governo Meloni, ma nella realtà, fatta di persone reali, con le loro fragilità, le cose sono molto diverse e spesso drammatiche.

Risposte adeguate non sembrano arrivare neanche dal nuovo Piano sulla Non Autosufficienza 2025-2027 che presenta serie criticità, a partire dalla previsione di due binari distinti per la programmazione e le misure riferite agli anziani di età compresa tra i 65 e i 69 anni e quelle per gli ultra70enni, oltre al ritardo nell'attivazione dei Punti Unici di Accesso con le relative équipe multiprofessionali (indispensabili per valutare i bisogni e definire i Piani Individuali di Assistenza – PAI), ai problemi relativi al nuovo sistema di valutazione della condizione di invalidità-non autosufficienza e, soprattutto, alla scarsità di risorse a disposizione del Piano che lo rendono particolarmente debole nel rispondere alle necessità delle persone.

La salute si tutela prendendo in carico i **bisogni delle persone in ogni fase della vita**, dalla nascita a quando si diventa anziani e ci si misura con **fragilità, cronicità, non autosufficienza**.

Per la non autosufficienza, come per le liste d'attesa, a poco servono decreti a risorse zero.

La salute delle persone anziane rappresenta una delle priorità del nostro Paese, da affrontare affermando il **diritto alle cure e all'assistenza** con una **copertura di carattere pubblico, universale e uniforme**.



Occorrono politiche sanitarie e sociali in favore delle persone anziane, e delle persone non autosufficienti, per il potenziamento dell'assistenza domiciliare, per il miglioramento della qualità dell'assistenza residenziale e semiresidenziale.

Vanno potenziati i percorsi assistenziali a favore delle persone anziane garantendo la **piena integrazione** tra ATS, aziende sanitarie e distretti sanitari e relativi servizi.

Necessario incrementare il **Fondo nazionale per la non autosufficienza**.

SSN e SNAA (Sistema nazionale per la popolazione anziana non autosufficiente) devono assicurare **assistenza, cure domiciliari** e sostegni adeguati alla popolazione anziana e non autosufficiente.

Occorre modificare il D.lgs. n. 29/2024 prevedendo che la **prestazione universale**, variabile tra 850 e 1.800 euro mensili, sia riconosciuta alle **persone ultra 65enni** non autosufficienti, con ISEE non superiore a 50.000 euro, graduata secondo lo specifico bisogno assistenziale.

Va aumentata **l'assistenza domiciliare** fino a **prendere in carico** almeno il **30% della popolazione con oltre 65 anni**.

Le Regioni devono assicurare che le attività di **assistenza residenziale** e **semiresidenziale** siano orientate a garantire e preservare la dignità della persona non autosufficiente e il contrasto dell'isolamento favorendo il mantenimento dei legami affettivi.

Promuovere politiche per la **piena inclusione sociale delle persone con disabilità** e sostegno per le famiglie che se ne fanno carico, archiviando una volta per tutte le fallimentari sperimentazioni che stanno negando diritti alle persone.

Consultori familiari. I **consultori familiari** sono stati una grande conquista, frutto della mobilitazione dei movimenti femministi e per il diritto alla salute. La loro istituzione, avvenuta oltre 50 anni fa con la Legge n. 405/1975 (v. Focus CGIL "[I consultori familiari in Italia](#)" e la campagna CGIL e FP "[Consultori familiari, dove la cura incontra i diritti](#)"), ha anticipato le grandi riforme del 1978 e reso visibile l'importanza del punto di vista di genere e della soggettività femminile, nel contesto delle relazioni sociali e nella stessa organizzazione dei servizi.


I consultori possono essere definiti come i **primi veri servizi sociosanitari di prossimità**, diffusi nel territorio, con competenze multidisciplinari, determinanti per la prevenzione e promozione della salute della donna e dell'età evolutiva, per l'assistenza alla famiglia, alla maternità e paternità con un modello di servizio fondato sull'integrazione tra sociale e sanitario e sulla partecipazione.

Oggi i consultori, le cui attività costituiscono livelli essenziali di assistenza (LEA), versano in una condizione di profonda difficoltà: sono **pochi, privi delle risorse economiche e del personale**

necessario, come già confermato dagli ultimi dati del [Ministero della Salute](#): nel 2023 risultano **1.815 consultori familiari pubblici**, 1.132 in meno rispetto a quelli necessari a garantire il livello standard di un consultorio ogni 20 mila abitanti. In media c'è **un consultorio ogni 32 mila abitanti** con profonde differenze tra regioni e territori.

Profonde sono anche le differenze nelle prestazioni e servizi offerti, come nelle figure professionali presenti, che risultano comunque sempre sotto gli standard numerici.

I nuovi bisogni di salute indotti dai cambiamenti demografici e sociali, rendono i consultori servizi ancora più necessari, e per questo occorre una forte azione per difenderli e soprattutto per potenziarli e garantirli in ogni territorio.

 **Occorre** garantire la presenza di **un consultorio familiare pubblico ogni 20.000 abitanti** (uno ogni 10.000 abitanti nelle aree interne) con la presenza dell'**equipe multiprofessionale** composta almeno da ostetrica, assistente sociale, ginecologa/o e psicologa/o, e assicurare i **LEA** in tutto il Paese.

I consultori familiari devono garantire servizi almeno 6 ore al giorno per 6 giorni alla settimana ed essere collocati nelle Case della Comunità o in sedi a sé stanti a queste collegate funzionalmente.

Devono garantire: **prevenzione, assistenza e presa in carico** delle problematiche del benessere sessuale, relazionale e riproduttivo per tutto l'arco della vita (adolescenza, gravidanza, post-parto, allattamento, infertilità, menopausa, postmenopausa, over 65, screening); offerta gratuita di tutti i **metodi contraccettivi** e di prevenzione; **accesso all'IVG farmacologica** fino alla nona settimana anche a domicilio; **assistenza in puerperio**, a tutti i nuclei con un neonato.

Occorre impedire la presenza di **associazioni e movimenti antiabortisti** all'interno dei consultori e abrogare l'articolo 44 quinquies del DL n. 19/2024.

Va promossa **l'educazione sesso-affettiva nelle scuole**.

Tutela della salute mentale di adulti, minori e giovani. La **salute mentale** indica il **benessere emotivo, psicologico e sociale**; è parte integrante della salute e del benessere e va tutelata e promossa **in ogni fase della vita**, dall'infanzia all'adolescenza fino all'età adulta e più avanzata.

Si stima che nel 2019 circa un italiano su sei abbia sperimentato un disturbo mentale, una quota pari alla media UE ([OCSE](#)).

 **Occorre** assicurare alle **persone con sofferenza mentale** la presa in carico e un percorso assistenziale inclusivo e partecipato.

Vanno **rafforzati i servizi territoriali per la salute mentale**, potenziando la presenza di tutte le figure professionali, e garantiti ad adulti, giovani e minori con disturbi mentali, percorsi terapeutici, riabilitativi e assistenziali personalizzati.

Devono essere realizzati progetti per il **superamento della contenzione** e assicurati programmi per il diritto alla salute e alle cure delle **persone detenute in carcere** o sottoposte a misure di sicurezza detentiva in Rems.

Vanno garantiti interventi e servizi di tutela e promozione della salute e di cura per le persone con problemi di **dipendenze da sostanze e comportamentali** nella prospettiva della riduzione del danno e dei rischi.

Sistema della residenzialità. Nel 2023 sono state censite **8.114 strutture residenziali** (Residenze Sanitarie Assistenziali, Case protette, Hospice, ecc.), 3.192 strutture semiresidenziali (Centri diurni psichiatrici, ecc.) e 6.760 strutture di altro tipo (Centri dialisi, Centri di salute mentale, Consultori familiari, ecc.). Nelle strutture residenziali e semiresidenziali sono stati censiti 326 mila posti pari a 554 ogni 100.000 abitanti.


Sono private accreditate l'85,1% delle strutture residenziali e il 72,8% delle strutture semiresidenziali.

Il nostro Paese ha bisogno di migliorare il sistema di residenzialità e semi-residenzialità, rendendolo più accessibile ed economicamente sostenibile; un sistema molto frammentato, con ogni Regione che ha le proprie regole, i propri parametri.

È fondamentale, dopo i necessari interventi a sostegno della domiciliarità, ammodernare la rete di strutture, assicurando che rispettino standard organizzativi, professionali e qualitativi elevati, e che siano ben integrate con l'assistenza territoriale. Tutto questo passa anche attraverso una **revisione del sistema di accreditamento** e un migliore equilibrio tra pubblico e privato.

Attualmente, la Conferenza Stato-Regioni sta discutendo una proposta del Ministero della Salute che mira a definire criteri unici e condivisi a livello nazionale per i requisiti di sicurezza e qualità delle strutture che si prendono cura degli anziani non autosufficienti. Tuttavia, la bozza di documento presenta aspetti che destano forti preoccupazioni nel timore che questo intervento, anziché migliorare, possa portare a un ribasso generale della qualità di attività e prestazioni erogate, riducendo la qualità e la sicurezza dell'assistenza agli anziani, mentre in quasi tutte le regioni stanno aumentando le tariffe a carico degli assistiti e delle loro famiglie.

Forti preoccupazioni anche per la previsione di trasferire **l'Assistenza Domiciliare Integrata (ADI)** direttamente alle strutture residenziali con il rischio che, ancora una volta, il Governo, invece di valorizzare il lavoro pubblico, riduca ulteriormente il suo perimetro a favore dei privati.

 **Occorre migliorare il sistema della residenzialità** e semi-residenzialità, della sua accessibilità e sostenibilità economica. Va ammodernata la rete delle strutture residenziali, garantiti il rispetto di standard organizzativi, professionali e qualitativi, e l'inclusione nella filiera dell'assistenza territoriale.

Rivedere il sistema di accreditamento e riequilibrare il rapporto pubblico-privato.


A garanzia del rispetto della dignità della persona va previsto un piano per il superamento della contenzione, con il coinvolgimento e la formazione degli operatori.

Prevenzione e promozione della salute. La prevenzione e la promozione della salute, con l'approccio **"One Health"**, sono fondamentali, tuttavia, nonostante le dichiarazioni rassicuranti del Ministro della Salute, su questo fronte non si investe abbastanza, a partire dalle risorse ad esso destinate che rappresentano **solo il 5,6%** del totale (dati [Corte dei Conti](#)).

Servono risorse e, come ha dimostrato la lotta al Covid 19, serve un'azione coerente e coordinata a livello mondiale, ovvero esattamente il contrario di ciò che sta facendo il Governo che, in nome di un'incomprensibile e pericolosa "sovranità nazionale", si è allineato in modo servile alle pericolose posizioni USA e ha respinto il Piano Pandemico dell'OMS, come se virus e pandemie si fermassero ai confini degli Stati. Tutto ciò, in uno scenario di forte indebolimento dell'OMS, vittima anche degli attacchi e delle posizioni nazionaliste e antiscientifiche dell'amministrazione Trump.

È **prioritario investire sulla prevenzione**, dalle vaccinazioni per le persone di ogni fascia d'età, agli screening per prevenire tumori, oltre a promuovere stili di vita sani e soprattutto condizioni di lavoro in ambienti salubri e sicuri.

Un'azione forte e decisa deve essere dedicata alla **salute e sicurezza negli ambienti di lavoro**, dove i numeri di infortuni e malattie professionali continuano ad essere allarmanti, con **13 mila morti sul lavoro, 6,2 milioni di infortuni complessivi e 620 mila malattie professionali** denunciate in 10 anni.

 **Occorre investire nella prevenzione e della promozione della salute**, nella consapevolezza che nei livelli di salute delle persone e delle comunità dipendono da diversi determinanti. Deve essere garantito **il diritto a lavorare in condizioni ambientali e lavorative sicure e salubri** per proteggere la salute di lavoratori e lavoratrici e della collettività.

Vanno previsti interventi per assicurare che nei luoghi del SSN, in cui sono accolte le persone e in cui operano i professionisti della salute, siano sicuri e accoglienti.

Va definito un **Programma straordinario nazionale di azione** per la prevenzione degli infortuni e delle malattie professionali, la promozione della tutela della salute negli ambienti di lavoro e il miglioramento di qualità e quantità delle verifiche ispettive, anche attraverso l'incremento del personale ispettivo, **l'assunzione di medici di medicina del lavoro e tecnici della**


prevenzione. Va introdotto il DURC su salute e sicurezza e **valorizzata l'azione delle scuole** nella promozione della cultura della sicurezza e della prevenzione.

Esternalizzazioni e privatizzazioni. I processi di esternalizzazione e privatizzazione interessano la sanità in modo sempre più impattante, peraltro in un contesto in cui si affermano sempre più grandi gruppi.

Per quanto riguarda le attività non caratteristiche del Servizio sanitario, il processo di esternalizzazione è in corso da decenni (trasporto rifiuti, gestione mense, igienizzazione, lavaggio biancheria, parcheggi, manutenzioni, vigilanza, ecc.), ma quello che sta crescendo in modo sempre più prepotente è l'esternalizzazione di **attività che fanno più direttamente parte del percorso di cura**, con valenza professionale medica e infermieristica e quindi direttamente connesse con l'assistenza alla persona.

Processi di esternalizzazione verso il privato, coinvolto in parte del percorso assistenziale a fianco del pubblico o chiamato direttamente a sostituire il servizio pubblico, compresi il ricorso a professionisti "a gettone" nelle strutture ospedaliere pubbliche.


Si può affermare che c'è posto per il settore privato nella salute ma **il settore privato, convenzionato, non può espandersi a scapito del pubblico**. Per riassumere con una frase si potrebbe affermare che il privato dovrebbe "restare al proprio posto" mentre lo Stato dovrebbe governarlo e non subirlo.

 **Occorre fermare i processi di esternalizzazione e privatizzazione**, riformare il sistema degli accreditamenti, anche al fine di contrastare il *dumping* contrattuale in un nuovo rapporto tra pubblico e privato, e gli standard assistenziali, sia nelle strutture ospedaliere che in quelle residenziali per anziani e disabili.

Affrontare le **dinamiche degli appalti a tutela delle condizioni di lavoro e della qualità dei servizi** negli ospedali, nelle strutture socio-sanitarie e assistenziali: pulizie e sanificazione, ristorazione, manutenzione, smaltimento rifiuti, vigilanza ecc. Occorre porre fine alla costruzione di bandi con tagli di risorse messe a gara.

Spesa farmaceutica. Nel 2024, la **spesa farmaceutica** complessiva, comprensiva di quella per i gas medicinali, ha raggiunto i **23,2 miliardi di euro**, in continua crescita e con un aumento del 6,7% solo nell'ultimo anno ([AIFA](#)).

Il SSN può pagare di più se cambia qualcosa per la salute dei pazienti e la rimborsabilità dei farmaci deve avvenire solo per quelli che hanno un profilo di efficacia e sicurezza superiore rispetto alle alternative prescrivibili a carico del SSN ovvero, quelle che a parità di profilo di efficacia e sicurezza, presentano prezzi inferiori.

 **Occorre** promuovere, finanziare e valorizzare la **ricerca indipendente sui farmaci**, migliorare il valore della spesa farmaceutica, disporre la **revisione straordinaria del Prontuario farmaceutico nazionale** e definire nuovi criteri per la determinazione del **tetto alla spesa farmaceutica** a carico del SSN.

Aspettative di vita. Le **aspettative di vita in Italia** rimangono costantemente tra le più alte d'Europa. Nel 2024, la speranza di vita alla nascita in Italia era di **84,1 anni**, la terza più alta del continente, superiore di 2,4 anni rispetto alla media europea (81,7 anni) – Dati Eurostat.

L'Italia, con il suo SSN pubblico, ha anche registrato uno dei **tassi di mortalità evitabile** più bassi d'Europa con 160,3 decessi ogni 100 mila abitanti. La media europea è di 237,7 decessi. Analogamente per i tassi di mortalità prevenibili e trattabili ([Eurostat](#)).


Il Servizio pubblico è sostenibile. Nonostante le criticità che attanagliano il SSN, i suoi risultati in termini di efficacia e accessibilità sono tra i migliori nel panorama europeo e mondiale.

Un servizio sanitario nazionale, pubblico e universale, è sicuramente in grado di garantire, in termini di **salute e di costi-efficacia** delle risorse investite, **risultati migliori** rispetto ad altri sistemi sanitari: è un sistema sostenibile in termini sociali ed economici.

Tuttavia, il SSN sta attraversando una **profonda crisi**, forse la più grave dalla sua istituzione e proprio per responsabilità e volontà politica. Un declino che deve essere contrastato.

Oltre al serio problema di sottofinanziamento, ancora più grave è il **carico di “non salute”** e la sua diseguale distribuzione che devono essere affrontati con urgenza, cambiando l’approccio alla salute e trasformando il sistema dei servizi.

I determinanti sociali, economici, commerciali, ambientali modellano una larga parte dello stato di salute di una persona. Spesso la domanda cresce, e con essa anche la spesa a carico delle famiglie, per determinanti commerciali sollecitati dal mercato privato.

 **Occorre contrastare il declino del SSN** con una politica intersettoriale che metta al centro la **salute e il benessere**, che comprende la qualità della vita e la capacità delle persone di essere titolari di diritti e non meri consumatori di prestazioni sanitarie.

Va contrastata la “**cultura del consumo**” per riaffermare quella del **diritto alla salute**, riallineando i livelli di **offerta ai bisogni** delle persone e delle comunità, investendo nel governo territoriale della domanda, potenziando il ruolo dei distretti e il perimetro delle cure primarie.

È necessario creare le **condizioni finanziarie, umane e strumentali** per promuovere il progressivo rafforzamento e valorizzazione del SSN nel rispetto dei principi di universalità, uguaglianza ed equità, da garantire attraverso il **governo pubblico**, in un quadro di **partecipazione e programmazione** sanitaria da attuare.

Va definito il **Piano sanitario nazionale 2027-2029**, fondamentale strumento di indirizzo politico e di governo pubblico a garanzia dell’unitarietà del SSN e dell’uniformità di assistenza. L’effettiva attuazione delle misure volte a migliorare la qualità dell’assistenza e a superare le criticità che ostacolano l’accesso tempestivo ai servizi va sottoposta a verifica attraverso l’istituzione della Commissione per il rafforzamento del SSN.

Le **coperture economiche** per l’incremento del finanziamento del fabbisogno sanitario nazionale vanno individuate nell’eliminazione dei sussidi dannosi per l’ambiente, nella revisione della spesa farmaceutica, nella lotta all’evasione fiscale e nella tassazione sui patrimoni in senso progressivo (al netto della prima casa e piccoli patrimoni).

La sostenibilità del SSN non può essere garantita attraverso il **secondo pilastro**.

Sostenere insieme la proposta di legge di iniziativa popolare. Su questi obiettivi confederali, chiari, precisi e impegnativi, occorre **proseguire nella mobilitazione** e con la **proposta di legge di iniziativa popolare** per la difesa e il rilancio del Servizio Sanitario Nazionale a tutela del diritto alla salute delle persone e della collettività.

Lo stesso impegno e lavoro capillare andrà agito per promuovere la partecipazione e la consapevolezza di lavoratrici e lavoratori, pensionati, cittadini, istituzioni, comunità per impedire lo **smantellamento del SSN e la privatizzazione della salute**.

Rafforziamo il Servizio Sanitario Nazionale. Rendiamo effettivo il diritto alla tutela della salute.

Area Stato Sociale e Diritti

Proposta di legge di iniziativa popolare

“Disposizioni per rendere effettivo il diritto alla salute mediante il rafforzamento del Servizio Sanitario Nazionale e la valorizzazione del personale”

Art. 1

Finalità, principi fondamentali e governo pubblico del Servizio sanitario nazionale

1. La presente legge, nel rispetto dei principi dell'articolo 32 nonché degli articoli 2, 3, 5, 9 e 41 della Costituzione e dei principi e degli obiettivi di cui agli articoli 1 e 2 della legge 23 dicembre 1978, n. 833, reca disposizioni per rendere effettivo e universale il diritto alla tutela della salute della popolazione e adeguare l'offerta di assistenza ai bisogni di tutte le persone presenti sul territorio nazionale secondo le norme dello Stato, attraverso interventi volti ad arrestare il declino del Servizio sanitario nazionale, Ssn, e promuoverne il progressivo rafforzamento. Le finalità sono perseguite disponendo interventi negli ambiti prioritari in cui le barriere all'accesso sono maggiori e riconoscendo il valore del lavoro di chi tutela e promuove salute, assiste e cura.
2. Il governo pubblico del Ssn, garantito da Stato, regioni ed enti locali, definisce i criteri generali di organizzazione e di funzionamento dei servizi e delle attività di promozione della salute, di prevenzione e di cura, garantisce la partecipazione del personale, dei cittadini, delle organizzazioni sindacali, della società civile e del terzo settore no profit alla programmazione delle attività, alla valutazione dei risultati e al miglioramento della qualità dei servizi. I comuni e gli altri enti locali concorrono alla programmazione sanitaria e alla verifica dei risultati a livello regionale e locale. La sostenibilità del Ssn non può essere garantita attraverso il secondo pilastro.
3. La competenza regionale in tema di programmazione e organizzazione dei servizi nella materia della tutela della salute comprende la prevenzione, l'assistenza distrettuale e l'assistenza ospedaliera. Nell'assistenza ospedaliera sono inclusi altresì gli ospedali di rilievo nazionale e interregionale, secondo specifiche forme di coordinamento con il livello statale definite con accordo in sede di Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano.
4. Le disposizioni di cui alla legge 26 giugno 2024 n. 86, recante “Disposizioni per l'attuazione dell'autonomia differenziata delle regioni a statuto ordinario ai sensi dell'articolo 116, terzo comma, della Costituzione”, non si applicano alle funzioni relative alla materia “tutela della salute”.

Art. 2

Finanziamento del Servizio Sanitario Nazionale

1. L'ammontare del finanziamento del fabbisogno sanitario nazionale standard cui concorre lo Stato è previsto in aumento a partire dal 2027 fino a raggiungere nel 2030 un livello non inferiore al 7,5 per cento del Prodotto interno lordo nominale dell'anno di riferimento. Il finanziamento è destinato a garantire l'erogazione dei servizi sanitari e dei servizi sociali ad elevata integrazione sanitaria.
2. Il finanziamento del fabbisogno sanitario nazionale standard cui concorre lo Stato è progressivamente incrementato fino a raggiungere almeno il 6,50 per cento del Pil nel 2027, almeno

il 6,85 per cento nel 2028, almeno il 7,10 per cento nel 2029 e il 7,50 per cento a decorrere dal 2030. Il finanziamento non può mai prevedere un valore assoluto inferiore a quello dell'anno precedente, indipendentemente dall'evoluzione della spesa per il settore della difesa.

3. L'incremento del finanziamento di cui al presente articolo è interamente destinato al potenziamento dei servizi e dei percorsi di cura direttamente erogati dalle strutture pubbliche del Ssn. Le regioni e le province autonome provvedono a non superare i livelli di spesa dell'anno 2024 per gli accordi e i contratti di fornitura delle prestazioni sanitarie da parte dei soggetti privati accreditati.

Art. 3

Rafforzamento e valorizzazione del personale del Servizio Sanitario Nazionale

1. La Repubblica riconosce il valore sociale del lavoro di chi tutela e promuove la salute, assiste e cura e promuove interventi per la valorizzazione del personale del Ssn, quale elemento indispensabile per la tutela della salute e del benessere della popolazione, nel rispetto dell'articolo 36 della Costituzione.

2. La spesa per il personale del Ssn non è soggetta ad alcun tetto o vincolo; è abrogata ogni disposizione in contrasto o incompatibile con quanto previsto dalla presente legge, comprese quelle che limitano l'incremento dei fondi contrattuali.

3. La programmazione nazionale e regionale e l'organizzazione delle aziende e degli enti del Ssn assicurano l'adeguamento degli organici, anche in relazione al potenziamento dell'assistenza territoriale, la qualificazione del personale e la valorizzazione del lavoro sulla base dei seguenti principi e criteri:

- a) promozione della salute delle persone attraverso processi di educazione sanitaria della popolazione in riferimento ai fondamentali determinanti di salute: relazioni familiari e sociali, lavoro, istruzione, cultura, ambiente, infrastrutture. In tal senso deve essere favorito il valore sociale degli operatori sanitari, sia nei percorsi formativi, sia attraverso politiche di integrazione con i comuni e con i distretti socio sanitari;
- b) tempestiva presa in carico ed erogazione delle prestazioni e dei servizi secondo i principi di universalità, equità e globalità dell'assistenza del Ssn;
- c) appropriato impiego e orientamento di tutte le professionalità operanti nell'ambito delle aziende e degli enti del Ssn in continuità con i servizi sociali;
- d) promozione della salute e della sicurezza nei luoghi di lavoro e pieno rispetto delle norme in materia di organizzazione dell'orario di lavoro;
- e) programmazione pluriennale nell'ambito del piano triennale dei fabbisogni di cui all'art. 6 del D.lgs. n. 165 del 2001.

4. Entro il 31 marzo 2027, con decreto del Ministro della salute, di concerto con il Ministro dell'economia e delle finanze e previa intesa con la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato e le regioni e le province autonome, in accordo con le organizzazioni sindacali confederali e di categoria comparativamente più rappresentative, sono definiti i criteri generali per la determinazione del fabbisogno di personale delle aziende e degli enti del Ssn. Entro il 31 maggio 2027, le regioni e le province autonome elaborano i piani triennali di fabbisogno del personale secondo i nuovi criteri e nel rispetto dell'equilibrio economico finanziario del Servizio sanitario regionale, e li trasmettono al Ministro della salute e al Ministro dell'economia e delle finanze. Nelle more della determinazione dei nuovi criteri, le regioni e le province autonome elaborano i piani triennali nel rispetto dei principi e criteri di cui al comma 3. Il Ministro della salute, di concerto con il Ministro dell'economia e delle finanze, previa intesa con la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome, dispone con proprio decreto, entro il 30 giugno 2027, la quota di finanziamento per l'assunzione del personale per ciascuna regione e provincia autonoma in relazione alle carenze di personale evidenziate.

5. La contrattazione collettiva nazionale e integrativa aziendale, per quanto di rispettiva competenza, orientano le scelte di carattere normativo ed economico nel senso di favorire gli obiettivi di cui alla presente legge. Al fine di adeguare le retribuzioni tabellari del personale dipendente del Ssn, renderle attrattive rispetto al contesto europeo, contrastare la migrazione di professionisti e superare la precarietà, gli stanziamenti per i rinnovi dei contratti collettivi nazionali della sanità garantiscono le adeguate risorse.

6. Nell'ambito del contratto collettivo nazionale del comparto di specifica afferenza, per il personale dipendente del profilo sanitario e sociosanitario delle strutture di assistenza residenziale e semiresidenziale di proprietà pubblica, è prevista un'apposita sezione contrattuale al fine di equipararne il trattamento economico e normativo a quello delle corrispondenti professionalità operanti nelle aziende e negli enti del Ssn. I maggiori oneri trovano copertura in occasione del finanziamento per il rinnovo dei contratti collettivi nazionali secondo quanto previsto dall'art. 48 del decreto legislativo 30 marzo 2001, n. 165.

7. Gli accordi contrattuali con le strutture accreditate di diritto privato, così come per gli enti della società civile e del privato sociale che operano nel settore socio sanitario, sono condizionati all'applicazione di un contratto collettivo nazionale che preveda un trattamento economico e normativo equiparato a quello delle corrispondenti professionalità delle aziende e degli enti del Ssn.

Art. 4

Adeguamento e qualificazione del personale del Servizio sanitario nazionale

1. Il Ministro della salute e il Ministro dell'università e della ricerca, sentite le organizzazioni sindacali maggiormente rappresentative, promuovono l'accesso ai percorsi formativi e sostengono la valorizzazione delle professioni sanitarie, attraverso interventi di riconoscimento sociale, formativo, professionale e di carriera delle professioni sanitarie del Ssn, anche attraverso l'acquisizione di competenze avanzate, nonché di comunicazione delle nuove opportunità occupazionali in relazione al potenziamento del Ssn. Il Ministro della salute, il Ministro dell'università e della ricerca, le regioni e le province autonome promuovono la valorizzazione del Ssn e dei suoi professionisti. Il Ssn assicura le risorse necessarie per garantire a tutto il personale impegnato nella tutela della salute una formazione indipendente e scevra da conflitti di interesse.

2. Al fine di rafforzare la dotazione del personale del Ssn, le regioni e le province autonome nell'arco di tre anni procedono all'adeguamento del personale attraverso assunzioni a tempo indeterminato delle unità necessarie, al netto del turn over, a coprire i piani di fabbisogno di personale di cui all'articolo 3, compreso il rafforzamento degli organici dei servizi territoriali.

3. Il Ministro della salute, di concerto con il Ministro dell'università e della ricerca e il Ministro dell'economia e delle finanze, dispone con proprio decreto, entro 60 giorni dalla data di approvazione della presente legge, per gli iscritti ai corsi di laurea infermieristica l'esonero, per la durata dell'intero corso di studi, del pagamento delle tasse universitarie e le relative modalità di compensazione economica agli atenei interessati. L'esonero è riconosciuto agli studenti che maturano nel corso dell'anno non meno del 75 per cento dei crediti formativi previsti. La misura è valida fino all'anno accademico 2035-2036.

4. Con decreto del Ministro dell'università e della ricerca, di concerto con il Ministro della salute, da emanarsi entro 60 giorni dall'entrata in vigore della presente legge, è istituita la Scuola di specializzazione in medicina generale, di comunità e di cure primarie. Il trattamento economico corrisposto ai medici iscritti alla Scuola è equiparato a quello previsto per i medici iscritti alle altre Scuole di formazione specialistica.

5. I titolari del diploma di specializzazione di cui al comma 4 accedono mediante concorso pubblico alla dirigenza medica dell'area sanità del Ssn. I medici di medicina generale e i pediatri di libera scelta, attualmente titolari di un rapporto convenzionale con il Ssn, nonché gli specialisti ambulatoriali interni al Ssn, possono optare per il passaggio al ruolo della dirigenza medica dell'area sanità

secondo modalità di inquadramento stabilite da uno specifico accordo collettivo nazionale di equiparazione, sezione contrattuale del CCNL area della sanità, stipulato presso l'Aran, che tenga conto del livello retributivo in godimento, dell'anzianità posseduta nel rapporto con il Ssn e dell'esperienza professionale maturata.

Art. 5

Disciplina delle esternalizzazioni

1. Al fine di promuovere il diritto alla salute e la qualità dell'assistenza, di contrastare la perdita di competenze interne al Ssn e di favorire la qualità dei rapporti di lavoro nel settore della tutela della salute, a partire dal 1° gennaio 2027 gli enti del Servizio sanitario nazionale non possono ricorrere all'affidamento a terzi delle attività caratteristiche connesse alle finalità istituzionali di assistenza sanitaria e sociosanitaria diretta alle persone, ad eccezione dei rapporti convenzionali con i medici di medicina generale, i pediatri di libera scelta e gli specialisti ambulatoriali nonché degli accordi contrattuali con le strutture private accreditate. L'obiettivo è soggetto al monitoraggio annuale e al sistema premiale di cui all'articolo 13.

2. Con decreto del Ministro della salute, da adottarsi entro 60 giorni dall'approvazione della presente legge, previa intesa con la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome, sono definite le attività caratteristiche connesse alle finalità istituzionali di prevenzione e di assistenza sanitaria e sociosanitaria dirette alle persone e alle comunità.

3. Con decreto del Ministro della salute, di concerto con il Ministro per la pubblica amministrazione, previa intesa con la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato e le regioni e le province autonome, sentite le organizzazioni sindacali confederali e di categoria comparativamente più rappresentative, sono disciplinati i criteri per il riconoscimento delle competenze acquisite al personale impiegato nei servizi esternalizzati al fine della partecipazione ai concorsi per l'accesso al lavoro nelle pubbliche amministrazioni. Gli obiettivi sono soggetti al monitoraggio e al sistema premiale di cui all'articolo 13.

Art. 6

Diritto a condizioni ambientali e lavorative sicure e salubri

1. Tutti i lavoratori hanno diritto a lavorare in condizioni ambientali e lavorative sicure e salubri, tali da garantire la protezione della salute propria e della collettività. Il Ssn programma ed attua interventi per assicurare che tutti i luoghi in cui sono ricevute le persone e in cui operano i professionisti siano sicuri e accoglienti.

2. Fermo restando quanto stabilito dal decreto legislativo 9 aprile 2008, n. 81, il datore di lavoro o il committente devono adottare ogni misura rispondente al criterio di massima sicurezza possibile e al principio di precauzione che, secondo la particolarità del lavoro, l'esperienza e la tecnica, sono necessari per tutelare l'integrità e la salute dei lavoratori. Con decreto del Ministro della salute, di concerto con il Ministro del lavoro e delle politiche sociali, da adottare entro 60 giorni dall'approvazione della presente legge, sentite le organizzazioni sindacali confederali comparativamente più rappresentative, sono definiti i criteri e le modalità per realizzare l'interoperabilità delle banche dati in possesso di Inps, Inail e delle aziende e degli enti del Ssn. Lo stesso decreto definisce altresì i criteri e le modalità per l'istituzione del "Durc su Salute e Sicurezza" che certifica la regolarità contributiva e l'assenza di denunce di infortuni gravi, gravissimi e mortali negli ultimi 5 anni. Tale Durc è requisito obbligatorio per accedere ad appalti pubblici e privati e a finanziamenti pubblici.

3. Al fine di valorizzare e rafforzare l'azione delle istituzioni scolastiche per la diffusione della cultura della sicurezza e della prevenzione nei luoghi di lavoro, nell'ambito delle linee guida per

l'insegnamento dell'educazione civica, come definite dalla legge 17 febbraio 2025, n. 21, sono promosse, nel rispetto dell'autonomia scolastica, iniziative di coordinamento, supporto e diffusione delle buone pratiche, nonché di sostegno alle istituzioni scolastiche che intendono avviare o che hanno già avviato progetti nei percorsi del primo e del secondo ciclo di istruzione.

Al fine di garantire la continuità e la qualità dell'azione educativa delle istituzioni scolastiche in materia di sicurezza nei luoghi di lavoro, nell'ambito dell'insegnamento dell'educazione civica di cui alla legge 17 febbraio 2025, n. 21, e di sostenere in modo strutturale le attività progettuali e formative connesse, lo Stato promuove politiche di rafforzamento e stabilizzazione degli organici del personale docente e ATA.

4. Con decreto del Ministro della salute, di concerto con il Ministro del lavoro e delle politiche sociali, di intesa con la Conferenza Unificata, da adottare entro 90 giorni dall'entrata in vigore della presente legge, è definito un Programma straordinario nazionale di azione per la prevenzione degli infortuni e delle malattie professionali e la tutela della salute nei luoghi di lavoro in attuazione dei principi del decreto legislativo 9 aprile 2008, n.81. Il Programma individua, su base triennale, gli ambiti prioritari di intervento rispetto ai quali assicura il coordinamento fra le competenze delle aziende sanitarie e quelle dell'Ispettorato del Lavoro e dell'Inail, nonché degli altri istituti con competenze ispettive, al fine di migliorare le verifiche ispettive in termini di qualità, quantità e frequenza, anche attraverso l'incremento del necessario personale.

5. Le regioni e le province autonome procedono, entro il 31 dicembre 2027 anche a valere sulle risorse provenienti dalle sanzioni comminate dalle aziende sanitarie in relazione alle violazioni della normativa su salute e sicurezza nei luoghi di lavoro, all'assunzione del personale medico specialista in medicina del lavoro e dei tecnici della prevenzione nell'ambiente e nei luoghi di lavoro, sulla base del fabbisogno di personale individuato secondo le modalità di cui all'art. 3.

6. Il comma 2 dell'art. 39, del decreto legislativo 9 aprile 2008, n. 81, è sostituito come segue:

- “2. a) Il medico competente svolge la propria opera previa iscrizione in un registro tenuto dall'Azienda Sanitaria Locale;
- b) L'Azienda Sanitaria Locale del territorio ove ha sede legale l'impresa, attribuisce, su richiesta del datore di lavoro, un medico del lavoro iscritto nel sopra citato registro;
- c) L'iscrizione al registro di cui al comma 4 dell'art. 38 consente la iscrizione del registro presso l'Azienda Sanitaria Locale;
- d) in caso di motivata necessità di sostituzione del medico competente, il datore di lavoro ne dà comunicazione alla Azienda Sanitaria Locale che, valutate le motivazioni addotte, provvede ad individuare un sostituto.”

Art. 7

Sviluppo dei servizi territoriali e Distretto socio-sanitario

1. Al fine di garantire un omogeneo sviluppo dell'assistenza territoriale sull'intero territorio nazionale, le regioni e le province autonome provvedono entro sei mesi dalla data di entrata in vigore della presente legge a emanare o adeguare il provvedimento generale di Programmazione per lo sviluppo dell'assistenza territoriale, nel rispetto del decreto 23 maggio 2022, n. 77. La sua attuazione costituisce adempimento obbligatorio per l'accesso al finanziamento integrale del Ssn, secondo il modello di governo e gli standard strutturali, tecnologici e organizzativi dei servizi per l'assistenza territoriale e del sistema di prevenzione in ambito sanitario, ambientale e climatico ai sensi della presente legge.

2. Le disposizioni di cui al decreto 23 maggio 2022, n. 77 in contrasto o incompatibili con quanto previsto dal presente articolo sono soppresse. Al fine di garantire un'omogenea attuazione sull'intero territorio nazionale del riordino dell'assistenza territoriale nel Ssn, al decreto 23 maggio 2022, n. 77 sono apportate le seguenti modifiche:

- a) all'articolo 1, comma 1, le parole "avente valore descrittivo" sono eliminate e la parola "avente" è sostituita con "aventi";
- b) agli Allegati 1 e 2, tutte le parole "facoltativo", "raccomandato" e "fortemente raccomandato" sono sostituite dalla parola "obbligatorio".

3. Il Distretto socio-sanitario di cui all'art. 3-quater del decreto legislativo 502/92 e successive modifiche e integrazioni è un'articolazione del governo della Azienda sanitaria territoriale che attraverso le Case della Comunità e la rete degli altri servizi territoriali sanitari e sociali con queste integrate assicura:

- a) le cure primarie secondo un approccio multiprofessionale e interdisciplinare in ambulatorio e a domicilio, attraverso il coordinamento della rete dei servizi distrettuali che comprende i medici di medicina generale e i pediatri di libera scelta, i servizi specialistici ambulatoriali, le strutture operative a gestione diretta e le strutture ospedaliere;
- b) l'erogazione delle prestazioni sanitarie a rilevanza sociale nonché delle prestazioni sociali a rilevanza sanitaria se delegate dai Comuni singoli o associati, secondo le Linee guida del decreto interministeriale del 24 giugno 2025;
- c) la gestione integrata dei servizi tramite l'accordo di collaborazione con gli Ambiti territoriali sociali (Ats) che costituisce adempimento obbligatorio;
- d) la collaborazione con i comuni e la partecipazione della popolazione di riferimento alla elaborazione delle necessità di intervento e alla valutazione dei risultati raggiunti secondo quanto previsto dall'articolo 1 della presente legge.

Il distretto garantisce altresì i servizi a gestione diretta di cui ai commi 2 e 3 dell'articolo 3-quinques del decreto legislativo 229/1999.

4. La Casa della Comunità è il luogo di incontro, elaborazione, valutazione e condivisione fra le istanze e le risorse della comunità ed i servizi sociali e sanitari di Comuni e Aziende sanitarie che concorre ad assicurare la salute ed il benessere delle persone e della Comunità di riferimento. Nella Casa della Comunità, le attività dei servizi sanitari e dei servizi sociali si integrano con tutte le altre risorse presenti nella comunità per attuare congiuntamente programmi inclusivi per la promozione della salute e per la prevenzione, la cura e l'assistenza a livello territoriale, ospedaliero e residenziale. A questo scopo, la Casa della Comunità si avvale dei servizi presenti al suo interno, comunque coordinati con le attività e i servizi distrettuali in favore del soddisfacimento dei bisogni di tutte le persone.

Art. 8

Politiche in favore delle persone anziane e delle persone non autosufficienti

1. Le politiche sanitarie e le politiche sociali assicurano, in maniera integrata e attraverso risorse pubbliche, assistenza sanitaria, sociosanitaria e sociale, cure domiciliari, semiresidenziali e residenziali e sostegno alla popolazione, specie di quella anziana non autosufficiente e in condizioni di fragilità. È garantito il rispetto del diritto delle persone a determinarsi in maniera indipendente, libera, informata e consapevole con riferimento alle decisioni che riguardano la loro assistenza, nonché alla continuità di vita e di cure presso il proprio domicilio in condizioni di dignità e sicurezza.

2. Le regioni e le province autonome assicurano, entro il 31 dicembre 2027, la piena integrazione fra le aziende sanitarie territoriali e gli Ats, individuati di norma in coincidenza con i distretti sanitari o come loro sub-articolazione ed organizzati secondo le Linee guida del decreto interministeriale del 24 giugno 2025. L'accordo di collaborazione fra le aziende sanitarie territoriali e gli Ats al fine della gestione integrata dei servizi di cui al comma 1 dell'art. 26 del decreto legislativo 15 marzo 2024, n. 29 è obbligatorio e vincolante per la valutazione multidimensionale unificata di cui all'articolo 27 del medesimo decreto. Le regioni e le province autonome assicurano altresì la partecipazione e il

coinvolgimento delle persone, dei familiari, delle organizzazioni della società civile e dei sindacati nella fase di progettazione, monitoraggio e valutazione dei risultati raggiunti.

3. In attuazione del comma 1, a livello distrettuale le aziende sanitarie territoriali e gli Ats assicurano prioritariamente:

- a) prestazioni coordinate e integrate di cure domiciliari di base;
- b) progetti individualizzati di assistenza integrata (Pai), in base ai fabbisogni assistenziali definiti dalla valutazione multidimensionale unificata, dotati di un budget di cura e assistenza, in coerenza con i principi e i criteri direttivi di cui alla legge 23 marzo 2023, n. 33, e garantendo la presenza di un riferimento professionale costante (case manager) in tutte le ore della giornata e in tutti i giorni dell'anno;
- c) interventi di adattamento dell'abitazione alle esigenze della persona, ovvero di nuove forme di coabitazione solidale e di coabitazione intergenerazionale, sostenuti da finanziamenti dedicati. Al fine di evitare ogni forma di marginalizzazione, nel decreto legislativo 15 marzo 2024, n. 29 all'articolo 15, comma 1, primo periodo, le parole “, in particolare con i giovani in condizioni svantaggiate” sono soppresse.

4. Le regioni e le province autonome garantiscono l'aumento dell'assistenza domiciliare, prioritariamente a favore delle persone con maggiori bisogni assistenziali, fino a prendere in carico almeno il 20 per cento della popolazione di età superiore ai 65 anni entro il 31 dicembre 2027 e almeno il 30 per cento entro il 31 dicembre 2028.

5. Al fine di preservare la dignità e la libertà della persona, di contrastare l'isolamento e favorire il mantenimento dei legami affettivi della persona ospite, le regioni e le province autonome dispongono che le strutture per l'assistenza residenziale e semiresidenziale assicurino contesti familiari, aperti, integrati nelle comunità locali, di piccole dimensioni, anche garantendo l'accesso da parte dei familiari e delle reti amicali per tutta la giornata e, ove richiesto, senza limitazioni.

6. Le strutture residenziali e semiresidenziali, nonché quelle ospedaliere, sviluppano percorsi personalizzati per promuovere il benessere generale e la funzionalità motoria, e per salvaguardare e valorizzare le autonomie residue degli ospiti; assicurano programmi per la prevenzione delle cadute e delle infezioni correlate all'assistenza, il controllo del dolore, l'appropriatezza e la sicurezza delle terapie farmacologiche, la prevenzione degli atti di violenza nei confronti degli ospiti e del personale. Le strutture residenziali e semiresidenziali, nonché quelle ospedaliere sono tenute al rispetto della Convenzione Onu sui diritti delle persone con disabilità; a tal fine le regioni e le province autonome dispongono il superamento della contenzione entro e non oltre il 31 dicembre 2029, attraverso investimenti dedicati e specifici progetti, anche con corsi di formazione obbligatori per tutto il personale e con momenti di formazione sul campo.

7. Quanto previsto ai commi 5 e 6 costituisce requisito per l'accreditamento istituzionale. Le regioni e le province autonome disciplinano entro il 31 dicembre 2027 l'adeguamento degli standard e dei requisiti strutturali e organizzativi di cui al decreto del Presidente della Repubblica 14 gennaio 1997 prevedendo condizioni migliorative per gli ospiti in termini di:

- a) attività di socializzazione e di salvaguardia dell'autonomia funzionale;
- b) spazi disponibili per attività comuni, riabilitazione funzionale e controllo della diffusione delle malattie contagiose;
- c) moduli diversificati in funzione della tipologia e dell'intensità del bisogno e della complessità assistenziale;
- d) congruità del numero e della qualificazione del personale quotidianamente presente in rapporto alla numerosità delle persone ospiti e alla tipologia dei loro bisogni assistenziali.

È fatto divieto di autorizzare nuove strutture con un numero di posti letto superiore a 60.

Le regioni e le province autonome garantiscono la tempestiva applicazione dei nuovi standard e requisiti strutturali e organizzativi.

8. Al fine di assicurare la validità e la trasferibilità dei risultati della sperimentazione della

prestazione universale, in coerenza con i principi e criteri direttivi di cui alla legge 23 marzo 2023, n. 33, entro 60 giorni dall'approvazione della presente legge, la sperimentazione di cui al decreto legislativo 15 marzo 2024, n. 29 è estesa, alle persone con età anagrafica di almeno 65 anni, con un "bisogno assistenziale grave o gravissimo" e un ISEE non superiore a euro 50.000. L'assegno di assistenza di cui all'articolo 36, comma 2, lettera b), del decreto legislativo 15 marzo 2024, n. 29 è rideterminato in aumento tra 850 e 1800 euro mensili in base alla graduazione dei bisogni assistenziali. Il Ministero dell'economia e delle finanze assicura le risorse aggiuntive necessarie per l'ampliamento della sperimentazione della prestazione universale ai sensi del presente comma.

9. L'assistenza sociale, sanitaria e sociosanitaria e la prestazione universale sono garantite a tutte le persone anziane non autosufficienti che hanno compiuto 65 anni, in coerenza con l'articolo 2, comma 1, lettera a) del Decreto legislativo 15 marzo 2024, n. 29. L'art. 40 del medesimo decreto è soppresso.

10. Le leggi di bilancio dispongono l'adeguamento del Fondo per le non autosufficienze di cui all'art. 1, comma 1264, della legge 27 dicembre 2006, n. 296, assicurando almeno un incremento di 1 miliardo rispetto al valore dell'anno 2025 per ciascun anno a decorrere dall'anno 2027 fino a determinare una dotazione di 6 miliardi di euro a decorrere dall'anno 2030.

Art. 9

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

1. Le regioni e le province autonome assicurano il rispetto dello standard di un Consultorio familiare ogni 20.000 abitanti, con la possibilità di uno ogni 10.000 nelle aree interne e rurali, secondo quanto previsto nel decreto del Ministro della salute del 23 maggio 2022, n. 77 e garantiscono, entro il 31 dicembre 2027, un'equipe multiprofessionale composta almeno da ostetrica, assistente sociale, ginecologa/o e psicologa/o. Per la realizzazione dei Consultori familiari si devono sempre adottare soluzioni logistiche e organizzative che tutelino la riservatezza, sia nel caso in cui l'attività venga svolta all'interno delle Case della Comunità, così come in sedi territoriali a sé stanti a queste collegate funzionalmente, e che garantiscano l'accesso ai servizi almeno 6 ore al giorno per 6 giorni alla settimana.

2. I Consultori familiari garantiscono in particolare:

- a) percorsi assistenziali e di presa in carico integrata, comprese consulenza e assistenza psicologica, per tutto l'arco della vita;
- b) prevenzione, assistenza e presa in carico delle problematiche del benessere sessuale, relazionale e riproduttivo, anche attraverso interventi co-progettati con le scuole;
- c) l'offerta gratuita, a partire dal 30 giugno 2027, ad adolescenti e adulti di tutti i metodi contraccettivi e di prevenzione delle infezioni sessualmente trasmesse;
- d) l'accesso, a partire dal 30 giugno 2027, all'Interruzione volontaria di gravidanza (Ivg) farmacologica in ogni distretto sanitario, presso gli ambulatori autorizzati, i servizi ospedalieri per l'Ivg e a domicilio;
- e) l'assistenza domiciliare in puerperio, la promozione e il sostegno dell'allattamento al seno e il supporto all'accudimento del neonato, eventualmente anche con l'ausilio di mediatori culturali, entro 7 giorni e per almeno 6 mesi dalla nascita del bambino, a tutti i nuclei familiari con un neonato.

3. Al fine di garantire il pieno rispetto della legge del 28 maggio 1978, n. 194, è abrogato l'articolo 44 quinquies del decreto-legge 2 marzo 2024, n. 19, convertito con modificazioni dalla legge 29 aprile 2024, n. 56 relativo al coinvolgimento di soggetti del Terzo settore con qualificata esperienza nel sostegno alla maternità.

4. Nell'ambito delle politiche di contrasto al disagio giovanile, il Ministro dell'istruzione e del merito,

di concerto con il Ministro della salute promuovono l'introduzione di percorsi strutturati di educazione sesso-affettiva nell'ambito del sistema di istruzione a partire dal primo ciclo di istruzione e dalla scuola dell'infanzia. I percorsi sono finalizzati a sostenere la costruzione dell'identità personale e sociale degli studenti, nonché alla promozione della salute e del benessere psicofisico. Tali percorsi costituiscono elementi essenziali del curriculum formativo e sono attuati nel rispetto dell'autonomia scolastica e delle competenze delle istituzioni scolastiche.

Art. 10

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

1. Le regioni e province autonome assicurano alle persone con disturbi mentali la presa in carico e un percorso assistenziale inclusivo e partecipato; provvedono al progressivo rafforzamento dei servizi per la salute mentale e garantiscono programmi terapeutico-riabilitativi e socio-riabilitativi personalizzati, con le modalità proprie dell'approccio integrato, tramite interventi ambulatoriali, domiciliari, semiresidenziali ed eventualmente anche residenziali, compreso il sostegno alle famiglie, all'abitare e all'inserimento lavorativo. Garantiscono altresì la prevenzione del ricorso della ospedalizzazione del minore e assicurano che qualora il ricovero ospedaliero si renda eccezionalmente necessario questo trovi accoglienza in luoghi con caratteristiche specifiche per il momento di crescita e vicini al luogo di residenza. Nel rispetto della Convenzione Onu sui diritti delle persone con disabilità, le regioni e le province autonome dispongono il superamento della contenzione entro il 31 dicembre 2029, attraverso investimenti dedicati e specifici progetti, anche con corsi di formazione obbligatori per tutto il personale e con momenti di formazione sul campo.

2. Le regioni e le province autonome assicurano ai bambini, agli adolescenti e ai giovani adulti con disturbi in ambito neuropsichiatrico e del neurosviluppo o con disturbi mentali l'accoglienza, la presa in carico e un percorso assistenziale terapeutico riabilitativo inclusivo e partecipato, senza interruzione fino al raggiungimento della maggiore età. Assicurano altresì entro il 30 giugno 2027 per ogni servizio di Neuropsichiatria per l'infanzia e l'adolescenza un programma integrato per il passaggio dei minori ai servizi per adulti, dotato di uno specifico budget di transizione.

3. Anche a valere sulle risorse finanziarie e di personale di cui agli articoli 2 e 3, le regioni e le province autonome garantiscono progressivamente e non oltre il 31 dicembre 2029 l'accessibilità dei servizi territoriali per la Salute Mentale nelle 24 ore e per 365 giorni/anno, rafforzando la presenza di tutte le figure professionali all'interno delle equipe dei servizi del Ssn e prevedendo la partecipazione degli esperti per esperienza. Assicurano altresì specifici programmi per il diritto alla salute e alle cure delle persone detenute in carcere o sottoposte a misura di sicurezza detentiva in Rems ai sensi della legge 81/2014. In entrambi i casi va sostenuta la possibilità di usufruire di misure alternative alla detenzione.

Art. 11

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

1. Le politiche sanitarie e sociali nazionali garantiscono interventi e servizi integrati di tutela e promozione della salute e di cura per le persone con problematiche collegate all'uso non controllato di sostanze, e alle dipendenze anche comportamentali nella prospettiva della riduzione dei danni e dei rischi e nel rispetto dei diritti civili, in una logica di giustizia sociale

2. Entro 180 giorni dall'entrata in vigore della presente legge, il Ministro della salute, di concerto con il Ministro del lavoro e delle politiche sociali, con proprio decreto individua adeguate risorse, le

tipologie di intervento e i relativi standard al fine di garantire la piena esigibilità su tutto il territorio nazionale dei livelli essenziali di assistenza di cui al DPCM del 12 gennaio 2017, compresi gli interventi di riduzione del danno e del rischio ed i programmi di socializzazione e di inclusione sociale da realizzare insieme ai Comuni.

3. Le regioni e le province autonome favoriscono la creazione di strutture gestionali dedicate che operano all'interno delle Aziende sanitarie territoriali in collaborazione con i Comuni assicurando una pluralità di servizi e interventi e programmi trasversali anche a bassa soglia di accesso.

Art. 12

Misure per il rispetto dei tempi di attesa

1. Le misure per l'incremento del finanziamento del Ssn, l'aumento del personale dipendente e il riordino dell'assistenza territoriale di cui agli articoli 2, 3 e 7 sono gli strumenti fondamentali per il contenimento dei tempi di attesa per l'accesso ai servizi del Ssn.

2. Entro 60 giorni dall'approvazione della presente legge, le regioni e le province autonome garantiscono che la prenotazione delle prestazioni comprese nei percorsi di presa in carico sia effettuata direttamente dai servizi o dai professionisti responsabili dell'assistenza, senza alcun ulteriore adempimento da parte della persona assistita, prioritariamente per le persone affette da patologie croniche o inserite in un Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale (PDTA).

Art. 13

Verifica del percorso compiuto verso il rafforzamento del Servizio sanitario nazionale

1. Al fine di verificare l'effettiva attuazione delle disposizioni volte a superare le criticità che ostacolano l'accesso tempestivo ai servizi e a migliorare la qualità dell'assistenza prestata alla popolazione, è istituita la Commissione per il rafforzamento del Servizio sanitario nazionale e sono stabilite forme incentivanti, a valere sulle risorse previste dalla presente legge, erogabili alle regioni e alle province autonome a seguito dell'esito positivo della verifica del raggiungimento degli obiettivi di cui agli articoli 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11 e 12. In coerenza con le finalità della presente legge, il Ministero della salute, le regioni e le province autonome assegnano specifici obiettivi ai rispettivi direttori competenti per materia, a valere sulla loro valutazione annuale e per la eventuale revoca dell'incarico.

2. Con decreto del Ministro della salute, da adottarsi entro 60 giorni dall'entrata in vigore della presente legge, di concerto con il Ministro dell'economia e delle finanze, previa intesa con la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome, sono nominati i componenti della Commissione di cui al comma 1, che si avvale delle agenzie e degli enti nazionali. La Commissione è composta in parti uguali da rappresentanti del livello centrale, da esperti di comprovata esperienza e indipendenza e da rappresentanti delle regioni e delle province autonome. Lo stesso decreto assegna alla Commissione il compito di: definire un sistema di monitoraggio continuo delle azioni intraprese rispetto agli obiettivi stabiliti; verificare puntualmente i risultati raggiunti in termini di miglioramento nell'accesso ai servizi e nella qualità dell'assistenza erogata; individuare eventuali ritardi, in particolare quelli con gravi ricadute sui diritti delle persone; valutare i progressi compiuti nel superamento delle carenze nei territori più periferici o interni, nonché rafforzare le funzioni di programmazione, verifica e vigilanza svolte dal Ministro della salute, dalle regioni e dalle aziende sanitarie.

3. A decorrere dal 2027 la quota di finanziamento condizionata annualmente alla verifica positiva del progressivo raggiungimento degli obiettivi della presente legge su temi di competenza regionale è

fissata nella misura del 10 per cento delle risorse stanziare per l'incremento del finanziamento del fabbisogno del Ssn di cui all'articolo 2.

4. La Commissione di cui al comma 1 presenta al Parlamento una relazione semestrale sull'attuazione della presente legge, evidenziando in particolare i casi di gravi ritardi nel raggiungimento degli obiettivi. In caso di gravi ritardi nel raggiungimento degli obiettivi di competenza regionale, la regione elabora un programma operativo che individua gli interventi necessari per il loro raggiungimento entro il 2029 ed assegna specifici obiettivi al direttore regionale della sanità e ai direttori generali delle aziende sanitarie e degli altri enti del Ssn interessati, a valere sulla loro valutazione annuale e per la eventuale revoca dell'incarico. Previa valutazione della Commissione per il rafforzamento del Ssn, il programma elaborato dalla regione è oggetto di un apposito accordo con il Ministro della salute e il Ministro dell'economia e delle finanze che ne prevede il monitoraggio; l'accordo definisce altresì le modalità di riattribuzione alla regione interessata del maggiore finanziamento, subordinatamente alla verifica da parte della Commissione della sua progressiva ed effettiva attuazione. Il Ministro della salute e il Ministro dell'economia e delle finanze possono individuare specifici interventi a supporto dei territori che presentano maggiori difficoltà.

5. In caso di mancata attuazione entro il 2029 di quanto previsto negli articoli 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11 e 12 della presente legge si applica la procedura per l'esercizio del potere sostitutivo da parte del Ministero della salute di cui all'articolo 8 della legge 5 giugno 2003, n. 131.

Art. 14

Potenziamento della ricerca indipendente e governo della assistenza farmaceutica

1. Il Ssn promuove, finanzia e valorizza la ricerca indipendente volta a produrre conoscenze sulla efficacia comparativa dei farmaci anche rispetto a interventi non farmacologici e sui loro effetti avversi, con particolare attenzione alla fase preclinica, nonché a promuovere l'appropriatezza prescrittiva. Attraverso bandi competitivi gestiti da AIFA, il Ssn destina annualmente una quota del Fondo sanitario nazionale per finanziare studi clinici sperimentali, studi osservazionali e revisioni sistematiche che presentino trasparenza e indipendenza nella individuazione degli obiettivi, nella definizione dei protocolli e nella proprietà dei dati e riguardino aree di interesse strategico, anche in assenza di interessi commerciali.

2. Entro 90 giorni dall'approvazione della presente legge, con decreto del Ministro della salute di concerto con il Ministro dell'economia e delle finanze, d'intesa con la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome, è costituita la nuova Commissione Scientifica ed Economica (CSE) dell'Aifa. La Commissione è composta da 17 membri di elevata qualificazione scientifica e di comprovata indipendenza e garantisce le competenze necessarie per valutare l'efficacia e la sicurezza dei farmaci e il loro impatto sulla spesa del Ssn. La Commissione procede, nei termini perentori di sei mesi dalla sua costituzione, a una revisione straordinaria del Prontuario farmaceutico nazionale con l'obiettivo di assicurare, in presenza di farmaci con stessa indicazione terapeutica, la rimborsabilità solo a quelli che hanno un profilo di efficacia e sicurezza superiore rispetto alle alternative prescrivibili a carico del Ssn ovvero che a parità di profilo di efficacia e sicurezza presentano prezzi inferiori. L'Aifa dispone i conseguenti programmi di informazione e di formazione rivolti ai medici, ai pazienti e alla popolazione in generale.

3. Al fine di contenere gli effetti sulla spesa farmaceutica a carico del Ssn conseguenti all'incremento del finanziamento del fabbisogno sanitario nazionale di cui all'articolo 2, entro 60 giorni dall'approvazione della presente legge, il Ministro della salute, di concerto con il Ministro dell'economia e delle finanze, con proprio decreto riproporziona il tetto della spesa farmaceutica a carico del Ssn rispetto al Fsn. Al fine di promuovere la convergenza verso i risultati delle regioni con la spesa più contenuta, a partire dall'anno 2028 il valore complessivo del tetto della spesa farmaceutica a carico del Ssn in rapporto al Fsn (per la farmaceutica convenzionata, gli acquisti diretti e i gas medicinali) è annualmente rideterminato al livello della regione di riferimento cui

corrisponde una percentuale della spesa farmaceutica sul Fondo sanitario regionale al di sotto della quale sono comprese almeno cinque regioni e province autonome e almeno un terzo della popolazione nazionale.

Art. 15

Programmazione sanitaria

1. Al fine di rendere effettivo il diritto alla tutela della salute e adeguare l'offerta di assistenza ai bisogni di tutte le persone in tutto il territorio nazionale, entro il 31 dicembre 2027 è adottato, con le procedure di cui all'art. 1 comma 5 del decreto legislativo 30 dicembre 1992 n. 502 e successive modifiche e integrazioni, il Piano sanitario nazionale 2027-2029 come fondamentale strumento di indirizzo politico e di governo pubblico a garanzia dell'unitarietà del Ssn e della uniformità dell'assistenza a parità di bisogno. Alla elaborazione del Piano è assicurata la più ampia partecipazione delle organizzazioni sindacali e della società civile, della comunità scientifica e professionale.

2. Nelle more dell'approvazione del Piano sanitario nazionale 2027-2029, entro il 30 giugno 2027 la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome approva il Patto per la salute. Il Patto prevede la concertazione di misure per il miglioramento dell'accesso e della qualità dei servizi, l'adeguamento del personale dipendente e l'economicità nell'uso delle risorse, con particolare riguardo all'omogenea attuazione dello sviluppo dell'assistenza territoriale di cui agli articoli 7, 8, 9, 10, 11 e 12.

Art. 16

Copertura finanziaria

1. L'incremento del finanziamento del fabbisogno sanitario nazionale standard cui concorre lo Stato di cui all'articolo 2, è complessivamente non inferiore a 10.900 milioni di euro per l'anno 2027, a ulteriori 11.800 milioni di euro per l'anno 2028 e a ulteriori 10.300 milioni di euro a decorrere dall'anno 2029. Ad esso si provvede a valere sulle maggiori entrate rinvenienti da:

- a) gli interventi di razionalizzazione e revisione della spesa farmaceutica di cui all'articolo 14 della presente legge, almeno pari a euro 2.500 milioni a decorrere dall'anno 2028;
- b) la lotta all'evasione fiscale, anche attraverso misure volte a incentivare l'utilizzo della moneta elettronica e disincentivare l'uso del contante;
- c) la rimodulazione e l'eliminazione dei sussidi dannosi per l'ambiente (SAD) di cui all'articolo 68 della legge 28 dicembre 2015, n. 221.

2. Il Ministro dell'economia e delle finanze individua con uno o più decreti le misure atte a garantire, al netto dei risparmi di spesa di cui alla lettera a), le maggiori entrate derivanti dagli interventi di cui alla lettera b) e, di concerto con il Ministro dell'ambiente e della sicurezza energetica, sentito il Ministro delle imprese e del made in Italy, dalla lettera c), al fine di conseguire la copertura del maggior finanziamento del Ssn per un importo complessivo non inferiore a 10.900 milioni di euro per l'anno 2027, a ulteriori 9.300 milioni di euro per l'anno 2028 e a ulteriori milioni 7.800 di euro a decorrere dall'anno 2029, a incremento di quanto già previsto a legislazione vigente. La legge di bilancio per l'anno 2030 assicura la copertura dell'aumento del finanziamento del fabbisogno sanitario nazionale standard fino a raggiungere il 7,5 per cento del PIL.

3. Qualora le misure previste dai commi 1 e 2 non siano adottate o siano adottate per importi inferiori a quelli indicati, il Ministro dell'economia e delle finanze dispone, entro il 30 giugno 2027, misure di revisione della tassazione sui patrimoni in senso progressivo e personale, prevedendo l'esenzione

della prima casa, salvo quelle di particolare pregio, e dei piccoli patrimoni nonché misure di revisione della imposizione sul reddito delle persone fisiche in senso maggiormente progressivo, garantendo complessivamente la copertura dell'incremento del fabbisogno sanitario nazionale standard di cui al comma 1.

4. Il Ministro dell'economia e delle finanze è autorizzato a provvedere, con propri decreti, alle occorrenti variazioni di bilancio per l'attuazione della presente legge.

Art. 17

Entrata in vigore

1. La presente legge entra in vigore il giorno successivo a quello della sua pubblicazione nella Gazzetta Ufficiale della Repubblica italiana.

**DIRITTO
ALLA SALUTE** PROPOSTA DI LEGGE DI INIZIATIVA POPOLARE

PROPOSTE DI LEGGE DI INIZIATIVA POPOLARE

APPALTI

Comitato | I diritti non si appalano

IO FIRMO
Stesso lavoro
Stesso contratto

Proposta di legge
di iniziativa popolare

Campagna di raccolta firme

SALUTE

Comitato per il rilancio del Servizio Sanitario Nazionale

IO FIRMO
il diritto
alla salute

Proposta di legge
di iniziativa popolare

Campagna di raccolta firme

Relazione illustrativa

Proposta di legge di iniziativa popolare

“Disposizioni per rendere effettivo il diritto alla salute mediante il rafforzamento del Servizio Sanitario Nazionale e la valorizzazione del personale”

È «la garanzia dei diritti incompressibili ad incidere sul bilancio, e non l'equilibrio di questo a condizionarne la doverosa erogazione»

Corte Costituzionale, sent. n. 275/2016

In un contesto in cui molte persone non riescono ad accedere in tempi adeguati all'assistenza di cui necessitano e milioni di individui sono costretti a rinviare le cure o a ricorrere a prestazioni a pagamento, gli squilibri nella tutela della salute dovrebbero essere considerati una priorità su cui intervenire, al pari degli squilibri macroeconomici e delle progettate transizioni verde e digitale. Invece, il Servizio Sanitario Nazionale è in preda a una “crisi sistemica”, autorevolmente documentata dalla Corte dei Conti: “Oggi la grave crisi di sostenibilità del sistema sanitario nazionale non garantisce più alla popolazione un'effettiva equità di accesso alle prestazioni sanitarie, con intuibili conseguenze sulla salute delle persone ed un pesante aumento della spesa privata. La tendenza, ormai già da diversi anni, appare lenta ma costante: da un Servizio Sanitario Nazionale incentrato sulla tutela del diritto costituzionalmente garantito, a tanti diversi sistemi sanitari regionali, sempre più basati sulle regole del libero mercato.”¹ Nei prossimi anni, una legge incongrua volta ad attribuire a ciascuna regione una propria “autonomia differenziata” espone il Ssn a un'ulteriore frammentazione in “tanti diversi sistemi regionali” mentre gli obiettivi delle politiche economiche rischiano di relegare ancora una volta la tutela della salute a settore volto a contribuire solo alla riduzione del deficit e del debito pubblico, anziché riconoscerne, soprattutto dopo la drammatica esperienza della pandemia da Covid-19, il ruolo fondamentale per il benessere della popolazione, lo sviluppo economico e la coesione sociale. La pandemia ha infatti mostrato lo stretto legame fra salute ed economia: quando la salute è in pericolo, anche il sistema economico più sviluppato si inceppa, la disoccupazione aumenta e le persone si impoveriscono. E quando la vita economica si blocca, anche la salute ne risente pesantemente. Per questo le politiche sanitarie non possono affidarsi a provvedimenti estemporanei ma devono prospettare misure su un duplice piano di intervento: azioni per il rafforzamento del Ssn e strumenti per irrobustire il suo governo pubblico.

Questa legge non intende provvedere ad una integrale riforma dell'organizzazione e del funzionamento del Ssn, ma si concentra invece sulle azioni da intraprendere per un rilancio del Ssn che lo preservi dalla crisi imminente attraverso l'adeguamento del finanziamento e della dotazione di personale. Nel definire le **azioni da intraprendere per il rafforzamento del Ssn, inoltre**, la legge richiama, all'interno della vasta normativa di settore, le disposizioni e i documenti di indirizzo su settori fondamentali per la salute della popolazione che nel corso degli anni sono stati approvati, ma non sono stati oggetto di attuazione in modo adeguato e sull'intero territorio nazionale, anche perché adottati in genere con la

¹ Corte dei conti, *Cerimonia di inaugurazione dell'anno giudiziario 2024*, Procura generale, Roma, 13 febbraio 2024 Aula delle Sezioni riunite, pag. 34.

formula dell'“invarianza delle risorse”, “nei limiti delle risorse umane, strumentali e finanziarie disponibili a legislazione vigente e comunque senza nuovi o maggiori oneri a carico della finanza pubblica”. E così, provvedimenti dai contenuti qualificanti sono stati per lo più continuamente rinviati o consegnati alla buona volontà di singoli decisori, con il conseguente aumento delle differenze fra regioni e all'interno delle stesse.

D'altro canto, la formula dell'invarianza delle risorse può essere addotta a facile giustificazione dell'inerzia sia di chi deve dare attuazione ai provvedimenti, sia di chi ne deve verificarne la concreta applicazione. Per questo, nonostante la necessità di una parziale revisione della normativa, è prioritario creare preliminarmente le condizioni finanziarie, umane e strumentali affinché il Ssn possa finalmente dare attuazione a norme che da anni sono in attesa di essere applicate e la popolazione possa finalmente beneficiare di un'assistenza più adeguata.

L'esperienza e le evidenze internazionali dimostrano che, a fronte di una crisi di sistema come quella del Ssn, non ha senso continuare a dettare standard e a fissare obiettivi che nessuno è in grado di raggiungere senza le risorse finanziarie e professionali adeguate. Le promesse di aumentare l'accessibilità ai servizi e di ridurre i tempi di attesa non possono essere soddisfatte attraverso interventi emergenziali finanziati da sporadici “tesoretti”. Progressi tangibili e misurabili verso un Ssn vitale e dinamico, in grado di adeguarsi alle nuove esigenze epidemiologiche e alla conseguente innovazione tecnologica e organizzativa, richiedono finanziamenti adeguati, per remunerare e valorizzare un personale che deve essere più numeroso e qualificato e per aumentare la sua produttività attraverso investimenti per la diffusione delle tecnologie diagnostiche, oltre che per digitalizzazione e telemedicina.

A questo scopo, il provvedimento prevede due ambiti di intervento strutturale in grado di produrre un miglioramento sostenuto nel tempo della capacità del Ssn: l'adeguamento progressivo del finanziamento del Ssn ai livelli europei e l'aumento della disponibilità di personale attraverso l'eliminazione del relativo tetto di spesa e il miglioramento della remunerazione, delle condizioni di lavoro e delle opportunità formative e di carriera all'interno del Ssn, anche al fine di aumentare l'attrattività delle professioni sanitarie.

La presente proposta riconosce le tante eccellenze presenti nel territorio nazionale e il grande impegno profuso dai professionisti della salute ed è consapevole che la salute della popolazione dipende non solo dal funzionamento dei servizi ma anche dalle tante attività quotidiane che ogni persona e la comunità nel suo complesso possono mettere in atto per promuovere il loro benessere e per prevenire e assistere la malattia.

Con riguardo agli **strumenti per rafforzare il governo del Ssn** la legge prevede una specifica procedura per il monitoraggio e la verifica puntuale del raggiungimento degli obiettivi indicati, anche al fine di superare gli squilibri esistenti nella tutela della salute. Le azioni di rafforzamento del Ssn sono sottoposte a rigoroso monitoraggio a livello centrale e regionale da una Commissione per il rafforzamento del Ssn, composta pariteticamente da rappresentanti centrali, delle regioni ed esperti indipendenti, col supporto degli organismi tecnici centrali di Agenas, Aifa e Iss. La Commissione relaziona periodicamente al Parlamento sui progressi effettuati e sui risultati raggiunti. Ciò anche al fine di una maggiore responsabilizzazione nel governo pubblico del Ssn sull'impiego dell'incremento di risorse in un periodo di difficoltà economico-finanziaria. Per favorire il superamento delle inerzie a tutti i livelli, le azioni programmate sono inserite fra gli obiettivi strategici assegnati ai direttori del Ministero della salute e degli assessorati regionali e ai direttori generali delle aziende sanitarie, con pesi non marginali e per l'intero arco di validità. Sono stabilite forme premiali, a valere sulle risorse previste dalla presente legge, erogabili alle regioni a seguito dell'esito positivo della verifica degli obiettivi raggiunti. Sono inoltre previste, in presenza di persistenti e gravi difficoltà nel raggiungere gli obiettivi, forme di collaborazione/sostegno tra il livello centrale e il livello regionale nonché fra singole regioni, e, in caso di “squilibri eccessivi”, specifiche e più rigorose procedure, incluso l'esercizio dei poteri sostitutivi. L'intento è contribuire a far convergere verso specifici obiettivi, in termini quali-quantitativi, la risposta ai bisogni di salute della popolazione e ridurre le disuguaglianze fra regioni e all'interno delle regioni, nel rispetto dei principi di universalità, globalità, equità, solidarietà e governo pubblico del sistema. Il riferimento è l'articolo 117 comma 2, lettera m) della Costituzione della Repubblica che richiama “i

livelli essenziali delle prestazioni che concernono i diritti civili e sociali che devono essere garantiti su tutto il territorio nazionale”.

La presente proposta di legge si concentra sugli **interventi ritenuti prioritari per interrompere il declino** del Ssn e riportarlo ad essere il primo riferimento per la salute di tutta la popolazione. Non esaurisce quindi tutti i temi che meriterebbero attenzione, non supera la necessità di ulteriori misure e soprattutto di un cambiamento culturale che riporti la salute fra le priorità dell’agenda politica². La proposta non interviene inoltre su temi in divenire, a partire da quelli indicati nel Documento programmatico di finanza pubblica 2025 approvato dal Consiglio dei ministri il 2 ottobre 2025 e dalla Legge di Bilancio per il 2026.

L’art. 1 (Finalità, principi fondamentali e governo pubblico del Servizio sanitario nazionale) richiama i principi costituzionali e quelli indicati dalla legge istitutiva del Ssn, ed enuncia gli obiettivi della presente legge tesi ad arrestare il declino del Ssn e promuoverne il progressivo rafforzamento.

Il comma 1 richiama sinteticamente i principi fondamentali attorno cui è organizzato il Ssn desumibili dal dettato costituzionale e dall’art. 1 della legge 833/1978 relativi a universalità e globalità di assistenza, equità di accesso ai servizi e nelle condizioni di salute, finanziamento pubblico attraverso la fiscalità generale.

L’attuazione di tali principi è realizzata attraverso il governo pubblico del Ssn (comma 2) che si esercita attraverso Stato, Regioni ed Enti locali territoriali, aperti alla partecipazione del personale, dei cittadini, delle forze sociali e sindacali, nonché delle organizzazioni del terzo settore no profit. Il governo pubblico definisce i criteri generali di organizzazione e di funzionamento dei servizi e la loro dotazione di personale; garantisce la promozione della salute e la prevenzione in ogni ambito di vita e lavoro e assicura l’assistenza ai bisogni di salute delle persone. Il governo pubblico si realizza: attraverso la partecipazione del personale, dei cittadini, delle organizzazioni della società civile e dei sindacati alla programmazione delle attività, alla valutazione dei risultati e al miglioramento della qualità dei servizi, con il coinvolgimento delle organizzazioni del terzo settore no profit. Il concorso dei Comuni e degli altri Enti locali nella programmazione sanitaria e nella verifica dei risultati evidenzia il ruolo primario della programmazione quale strumento sistematico per indirizzare lo sviluppo del Ssn, individuare le priorità, decidere i cambiamenti necessari e le conseguenti azioni. Un approccio purtroppo ampiamente trascurato nel corso degli ultimi anni, a tutti i livelli (nazionale, regionale e locale), anche in relazione alle continue restrizioni imposte alla sanità pubblica. La pianificazione dovrebbe peraltro essere praticata proprio in un contesto di particolare difficoltà, quando la sanità deve competere più pesantemente con molti altri ambiti di intervento e l’assistenza sanitaria deve rispondere a bisogni crescenti e in continua evoluzione. Il comma afferma inoltre che la sostenibilità del Ssn deve essere assicurata attraverso il finanziamento e gli interventi previsti dalla presente legge e non può essere garantita attraverso lo strumento del cd “secondo pilastro”. Il comma 3 interviene su quanto previsto dal disegno di legge “Delega al governo per l’adozione di misure in materia di riorganizzazione e potenziamento della assistenza territoriale e ospedaliera e revisione del modello organizzativo del Servizio Sanitario Nazionale” attualmente in discussione in Parlamento. La genericità dei principi enunciati per ciascuno dei dodici punti oggetti della delega richiesta al Parlamento configura una delega al governo tanto ampia da risultare indefinita mentre restano imprecisate la quantificazione dell’impatto economico dei provvedimenti che si intende adottare e le relative coperture che vengono di norma rinviate all’emanazione dei decreti attuativi. Gli effetti di questo schema, che pone il Parlamento nelle condizioni di approvare una legge delega generica nei contenuti e muta nell’impatto sulla finanza pubblica, si ripercuotono negativamente soprattutto sui servizi territoriali, di cui pure il disegno di legge delega dovrebbe realizzare “il potenziamento”, rispetto a quanto previsto per l’assistenza ospedaliera. Infatti, mentre per l’assistenza territoriale gli eventuali nuovi finanziamenti restano imprecisati, per l’assistenza ospedaliera è previsto l’accesso a canali di finanziamento specifici e privilegiati per l’istituzione di un numero imprecisato di “ospedali di terzo livello”, centri di eccellenza con bacini di utenza nazionali e sovranazionali, da individuare secondo

² La relazione illustrativa, così come la proposta di legge, sono state scritte cercando di utilizzare un linguaggio il più possibile esteso e inclusivo. Per agevolare la lettura, è stato deciso di utilizzare il maschile sovra-esteso.

imprecisati criteri che dovrebbero essere desunti da quelli che disciplinano gli Istituti di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico e le Aziende Ospedaliere integrate con l'Università. La costituzione di questi Ospedali di terzo livello, mentre realizzerebbe l'equiparazione formale alle eccellenze pubbliche di strutture private, religiose e no-profit ma anche di imprese di diritto privato a scopo di lucro, comporta il sostanziale accentramento del loro governo nel Ministero della Salute limitandone la loro piena disponibilità nell'ambito della programmazione regionale. Il comma 3 della presente proposta di legge riafferma invece la responsabilità delle Regioni nell'assicurare i livelli essenziali di assistenza attraverso la programmazione e la gestione unitaria delle attività di prevenzione e dell'assistenza territoriale e ospedaliera secondo quanto previsto dall'art. 3 comma 1 del D.Lgs. 229/1999 che modifica il D.Lgs. 502/1992. In particolare, attraverso opportune forme di coordinamento fra le Regioni e con lo Stato, nel rispetto delle specifiche competenze, la programmazione regionale dell'assistenza ospedaliera assicura la continuità del processo assistenziale realizzando l'integrazione con l'assistenza territoriale di base e specialistica e con l'assistenza sociale di rilevanza sanitaria, garantendo anche lo svolgimento di funzioni assistenziali di livello nazionale da parte degli ospedali di rilievo nazionale o interregionale di cui all'art. 4 comma 1 e comma 1- quater del d. lgs. 229/1999 che modifica il D.L.gs. 502/1992. Il comma 4 prevede infine che le disposizioni di cui alla legge 26 giugno 2024 n. 86 sull'autonomia differenziata non si applichino alle funzioni relative alla materia "tutela della salute" in quanto l'attribuzione a talune regioni di maggiore autonomia nell'esercizio di alcune funzioni, quali quelle previste ad esempio dagli schemi di intesa preliminare recentemente sottoscritti tra il governo e le Regioni Lombardia, Veneto, Piemonte e Liguria, avrebbero l'effetto di consolidare ed istituzionalizzare le disuguaglianze sanitarie esistenti. Il comma 4 prevede infine che le disposizioni di cui alla legge 26 giugno 2024 n. 86 sull'autonomia differenziata non si applichino alle funzioni relative alla materia "tutela della salute".

L'art. 2 (Finanziamento del Servizio sanitario nazionale) interviene per garantire al Ssn risorse adeguate, proponendo il progressivo avvicinamento del finanziamento del Ssn ai valori medi dei paesi UE, superando definitivamente le tendenze volte al suo ridimensionamento invalse da numerosi anni. Si ricorda che il Documento programmatico di finanza pubblica 2025 del 2 ottobre 2025 (che ha sostituito la Nota di Aggiornamento del DEF) stima una spesa sanitaria pubblica per il 2025 pari a 144 miliardi di euro a fronte di un finanziamento a carico del bilancio dello Stato di 136,5 (con un divario di circa 7 miliardi), mentre per il 2026 la spesa (comprensiva di quanto disposto dal disegno di legge di bilancio per il 2026) è stimata pari a 152,3 miliardi a fronte di un finanziamento di 142,9 miliardi (con un divario intorno ai 9 miliardi)³. L'inadeguatezza del finanziamento è quindi certificata dagli stessi documenti di finanza pubblica.

L'aumento delle risorse permette interventi innovativi e incentiva le regioni a dare uniforme e tempestiva attuazione alle disposizioni migliorative già vigenti ma non ancora compiutamente applicate, con particolare riguardo ad alcune aree prioritarie quali la prevenzione, la tutela della salute nei luoghi di lavoro, l'assistenza integrata alle persone anziane, i consultori familiari e la salute mentale nelle persone adulte, nei bambini e negli adolescenti.

Si richiamano le norme di cui al decreto legislativo 23 giugno 2011, n. 118 che, all'articolo 20, reca norme ai fini della trasparenza dei conti sanitari e della finalizzazione delle risorse al finanziamento dei singoli servizi sanitari regionali, allo scopo di prevenire – in particolare in presenza di un consistente aumento delle risorse finanziarie - dispersioni e distrazioni di risorse destinate alla tutela della salute.

In base ai dati Ocse, nel 2024, la spesa sanitaria pubblica in Italia è stata pari al 6,3% del Pil, inferiore a quella dei principali paesi dell'Europa occidentale, in particolare inferiore a quella della Germania (10,6%), della Francia (9,7%), del Regno Unito (9,1%) e della Spagna (6,7%). In termini pro capite, l'Italia (2.375 euro) si colloca su valori nettamente inferiori alla media Oecd (2.791 euro), con una spesa pari a meno della metà di quella tedesca (5.004 euro) e sensibilmente inferiore a quella della Francia (3.846 euro) e del Regno Unito (3.397 euro).

Il comma 1 dispone che, a decorrere dal 2030, il fabbisogno nazionale standard raggiunga un livello non inferiore al 7,5 per cento del Prodotto interno lordo nominale. Tale livello è raggiunto progressivamente, passando dal 6,50% del 2027, al 6,85% del 2028, 7,10% del 2029 e 7,50% a decorrere dal 2030 (comma

³ Si prescinde in questa sede dalle maggiori entrate proprie degli enti del SSN (rispetto a quelle "cristallizzate" inglobate nel finanziamento ordinario) che modificano lievemente il finanziamento effettivo rispetto a quello ordinario.

2). Dispone altresì che l'evoluzione del finanziamento non possa comunque mai prevedere, in valore assoluto, un valore inferiore a quello dell'anno precedente, precisando che deve avvenire indipendentemente dall'aumento della spesa per la difesa.

Si ricorda che, secondo l'Istat, nel 2024 hanno rinunciato a prestazioni sanitarie e cure, pur avendone bisogno, per motivi economici, lunghe liste d'attesa, mancanza di servizi o difficoltà di accesso, 6 milioni di persone, pari al 9,9% della popolazione, praticamente uno su dieci, in forte crescita rispetto all'anno precedente quando erano 4,5 milioni di persone pari al 7,6% della popolazione.

Il comma 1 dispone altresì che il finanziamento sia destinato a garantire l'erogazione alla popolazione sia delle prestazioni sanitarie che delle prestazioni sociosanitarie ad elevata integrazione sanitaria (art. 3 septies del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 e successive modifiche e integrazioni, confermando altresì quanto ribadito nell'Ordinanza della Corte di Cassazione n. 26943 del 2024).

Il comma 3 dispone che le risorse di cui alla presente legge siano interamente destinate al potenziamento dei servizi e dei percorsi di cura *direttamente* erogati dalle strutture del Ssn, principalmente attraverso l'assunzione di personale (come disposto dagli articoli 3 e 4), escludendo quindi destinazioni quali il ripiano dei disavanzi pregressi, le eventuali diminuzioni delle entrate da payback, ecc. Il comma dispone altresì il mantenimento dei livelli di spesa per gli accordi e i contratti di fornitura con soggetti privati accreditati rilevati nel 2024 (al netto degli effetti delle misure transitorie per il Covid e per il superamento delle liste di attesa). L'obiettivo è evitare che l'incremento del finanziamento del fabbisogno sanitario nazionale comporti l'aumento della spesa per acquisti da erogatori privati, fatto salvo gli eventuali rinnovi dei contratti nazionali di lavoro per la parte che non può trovare copertura nell'adeguamento organizzativo e dei margini di profitto degli erogatori privati, evitando così vantaggi competitivi legati a salari e condizioni di lavoro meno favorevoli nel settore privato.

Secondo il DFP 2025 (*Sezione II. Analisi e tendenze della finanza pubblica*), la spesa per prestazioni in natura (di assistenza ospedaliera, medicospecialistica, riabilitativa, integrativa, protesica e di altre forme assistenziali erogate da strutture private accreditate) acquistate da produttori *market* è stata pari a 28,7 miliardi, in aumento dell'1,7% rispetto all'anno precedente, per effetto del completamento della campagna vaccinale e delle disposizioni che hanno permesso alle regioni di avvalersi di operatori privati accreditati per contrastare le liste di attesa. In caso di riproposizione di norme analoghe, tale andamento è verosimilmente destinato a persistere.

L'art. 3 (Rafforzamento e valorizzazione del personale del Servizio sanitario nazionale) dispone una serie di misure di natura programmatica, gestionale e contrattuale per il rafforzamento e la valorizzazione del personale, per contrastare l'abbandono della sanità pubblica da parte dei professionisti e superare le difficoltà di reclutamento del personale. Le misure proposte partono dal presupposto che la dotazione, e la conseguente spesa, per il personale del Ssn, rispondono primariamente a obiettivi di tutela della salute della popolazione e non devono essere esclusivamente subordinati ai vincoli di finanza pubblica.

I dati OCSE evidenziano la necessità di politiche di valorizzazione, anche economica, del lavoro dei professionisti della salute, per riconoscere il ruolo, per evitare demotivazioni e per contrastare le numerose fughe all'estero. In Italia la remunerazione dei medici e degli infermieri è, rispetto a quella di molti paesi dell'Europa continentale, molto bassa. Un medico ospedaliero italiano guadagna circa il 40% in meno di un medico tedesco o inglese, mentre un infermiere ospedaliero guadagna in media circa il 20-30% in meno di un collega tedesco o inglese. Inoltre, l'Italia è uno dei pochi paesi europei che ha fatto registrare una riduzione della remunerazione, in termini reali, del personale sanitario dal 2010 ad oggi, in particolare degli infermieri.

L'articolo è volto a contrastare gli effetti negativi prodotti dalla serie di manovre di finanza pubblica che hanno assoggettato la spesa per il personale del Ssn a vincoli stringenti, talora più rigorosi di quelli previsti per gli altri comparti della pubblica amministrazione, con provvedimenti frammentari che, con diverse motivazioni e finalità, hanno parzialmente mitigato alcuni vincoli, con provvedimenti a termine e comunque condizionati al rispetto di macchinosi parametri per la definizione dei fabbisogni da prevedere con regolamenti di livello nazionale, che una recente sentenza della Corte Costituzionale ha dichiarato in contrasto con il riparto delle competenze fra Stato e regioni (Sentenza n. 114/2025). La conservazione del vincolo di base, che dispone che la spesa del personale delle aziende e degli enti del Ssn si attesti alla spesa rilevata nel 2004 decurtata dell'1,4% (articolo 2, comma 565, della legge 27 dicembre 2006, n. 296, e successive modificazioni e integrazioni), pur a fronte di deroghe (in taluni casi di fatto obbligate come nel caso dell'emergenza Covid-19) e parziali revisioni (legge 25 giugno 2019, n.

60, legge 19 dicembre 2019, n. 157, legge 29 luglio 2024, n. 107) ha ostacolato la programmazione pluriennale del fabbisogno di personale del Ssn e ha prodotto gravi conseguenze sull'erogazione dell'assistenza a favore della popolazione oltre che sull'organizzazione e sulla sicurezza del lavoro e sulla motivazione dei professionisti.

Il comma 1 afferma il principio generale secondo cui la Repubblica riconosce il particolare valore sociale del lavoro di chi tutela e promuove salute, assiste e cura. Tale principio deve informare la programmazione nazionale e regionale e la gestione aziendale che assicurano l'adeguamento degli organici e la qualificazione del personale secondo obiettivi recepiti dalla contrattazione collettiva nazionale ed integrativa aziendale.

Il comma 2 dispone la rimozione di ogni vigente vincolo alla spesa per il personale del Ssn, comprese quelle che limitano gli incrementi dei fondi contrattuali. La spesa per il personale è determinata quindi non più in esclusivo ossequio a obiettivi di finanza pubblica ma secondo il metodo della programmazione pluriennale in base a criteri volti ad assicurare l'accesso tempestivo a prestazioni e servizi del Ssn secondo principi di universalità e globalità di copertura, valorizzazione e appropriato impiego dei professionisti e promozione della salute e della sicurezza nei luoghi di lavoro (comma 3).

Sono di conseguenza abrogate le seguenti disposizioni in materia di tetti di spesa del personale:

- a. l'articolo 2, comma 565, della legge 27 dicembre 2006, n. 296, e successive modificazioni e integrazioni;
- b. l'articolo 2, comma 71, della legge 23 dicembre 2009, n. 191 e successive modificazioni e integrazioni;
- c. l'articolo 11 del decreto-legge del 30 aprile 2019, n. 35, convertito con modificazioni dalla legge 25 giugno 2019, n. 60, e successive modificazioni e integrazioni;
- d. l'articolo 45, comma 1 bis, del decreto-legge 26 ottobre 2019, n. 124, convertito con modificazioni dalla legge 19 dicembre 2019, n. 157 e successive modificazioni e integrazioni;
- e. l'articolo 5 del decreto-legge del 7 giugno 2024, n. 73, convertito con modificazioni dalla legge 29 luglio 2024, n. 107 e successive modificazioni e integrazioni

nonché ogni altra disposizione in contrasto o incompatibile con quanto previsto dalla presente legge.

Il comma 4 definisce la nuova metodologia per la determinazione da parte di ciascuna regione del proprio piano triennale del fabbisogno di personale, in armonia con la recente pronuncia della Corte Costituzionale. Entro il 31 marzo 2027, un decreto del Ministro della salute, in concerto con il Ministro dell'economia e delle finanze e d'intesa con la Conferenza Stato-regioni, definisce i criteri generali per la determinazione del fabbisogno di personale delle aziende e degli enti del Ssn nelle diverse regioni. Sulla base di questi criteri generali, e nel rispetto dell'equilibrio economico-finanziario, ciascuna regione elabora il piano triennale di fabbisogno del personale che invia ai Ministeri competenti entro il 31 maggio 2027. In base ai piani triennali del fabbisogno, uno o più decreti del Ministro della salute entro il 30 giugno 2027 definiscono quindi la quota di finanziamento per l'assunzione del personale in ragione delle carenze evidenziate da ciascuna regione. I tempi particolarmente ravvicinati riflettono la condizione di emergenza in cui versa attualmente la dotazione di personale del Ssn in tutte le regioni. A questo scopo, la legge prevede anche che, nelle more della emanazione del decreto per determinazione dei criteri generali, le regioni possano comunque procedere alla elaborazione dei piani triennali del fabbisogno di personale secondo i criteri di cui al comma 3 e nel rispetto dell'equilibrio economico-finanziario.

Il comma 5 orienta gli obiettivi delle relazioni sindacali e della contrattazione nazionale e integrativa aziendale in coerenza con le previsioni del presente articolo, potendo contare su risorse adeguate per incrementare le retribuzioni tabellari del personale dipendente, superare la precarietà e contrastare la migrazione dei professionisti.

I commi 6 e 7 mirano infine ad assicurare una maggiore omogeneità nel trattamento economico e normativo del personale del settore sanitario e sociale. Il comma 6 prevede una apposita sezione contrattuale per il personale del profilo sanitario e socio sanitario dipendente delle strutture di assistenza residenziale e semiresidenziale di proprietà pubblica, mentre il comma 7 subordina gli

accordi contrattuali fra le regioni e le strutture accreditate di diritto privato, così come per gli enti della società civile e del privato sociale che operano nel settore socio sanitario, all'applicazione di un contratto collettivo nazionale che preveda un trattamento economico e normativo del personale equiparato alle professionalità del personale delle aziende e degli enti del Ssn.

L'art. 4 (Adeguamento e qualificazione del personale del Servizio sanitario nazionale) dispone provvedimenti per la formazione, le assunzioni a tempo indeterminato e la qualificazione del personale sanitario del Ssn con particolare riguardo alla professione infermieristica e alla medicina generale e di comunità, anche ai fini di potenziare l'assistenza territoriale. Per i medici di medicina generale e di comunità l'articolo prevede in particolare la creazione di una specializzazione universitaria analoga a quella del personale medico del Ssn e il progressivo esaurimento dell'attuale rapporto convenzionale, disponendo il loro inquadramento nel ruolo della dirigenza sanitaria del personale del Ssn.

Con riguardo al personale, la pandemia da Covid-19 ha esacerbato i problemi preesistenti, tra cui la carenza di professionisti – in particolare di infermieri e di alcune specializzazioni mediche - e l'insufficiente investimento nella formazione, con un peggioramento delle condizioni di lavoro, un aumento dei carichi di lavoro e un conseguente calo motivazionale degli operatori. Particolarmente importante la carenza di personale infermieristico: come documentato dalla OCSE, in Italia nel 2023 gli infermieri sono 6,9 ogni 1000 abitanti, a fronte di una media Ocse di 9,6 e valori molto più elevati in Germania (12,3), Regno Unito (9,1), Francia (8,8).

Il comma 1 prevede che il Ministro della salute e il Ministro dell'università e della ricerca, sentite le organizzazioni sindacali maggiormente rappresentative, promuovano l'accesso ai percorsi formativi e sostengano la valorizzazione delle professioni sanitarie, attraverso interventi di riconoscimento sociale, formativo, professionale e di carriera, anche attraverso l'acquisizione di competenze avanzate, nonché di comunicazione delle nuove opportunità occupazionali in relazione al potenziamento del Ssn. Il Ministro della salute, il Ministro dell'università e della ricerca, le regioni e le province autonome promuovono la valorizzazione del Ssn e dei suoi professionisti. Il Ssn assicura le risorse necessarie per garantire a tutto il personale impegnato nella tutela della salute una formazione indipendente e scevra da conflitti di interesse. Il comma 2 prevede che le regioni procedano all'adeguamento della dotazione di personale a tempo indeterminato ai piani di fabbisogno di cui all'art. 3, con particolare riguardo al rafforzamento degli organici dei servizi territoriali. In particolare, per facilitare l'accesso ai percorsi formativi per la professione infermieristica, il comma 3 dispone l'esonero dalla tassa di iscrizione annuale a carico degli iscritti al corso di laurea in infermieristica che abbiano maturato almeno il 75 per cento dei crediti formativi, fino all'anno accademico 2035-2036. I commi 4 e 5 prevedono infine l'istituzione da parte del Ministro della università e della ricerca di concerto con il Ministro della salute di una Scuola di specializzazione universitaria in medicina generale, di comunità e delle cure primarie, analoga a quella del personale medico del Ssn e il progressivo esaurimento dell'attuale rapporto convenzionale con i medici di medicina generale ed i pediatri di libera scelta, disponendo, assieme agli specialisti ambulatoriali, il loro inquadramento nel ruolo della dirigenza sanitaria del personale del Ssn. La formazione specialistica dei medici di medicina generale e di comunità ha l'obiettivo di migliorare, ampliare ed uniformare le loro competenze professionali parificandole a quelle degli altri medici specialisti a livello territoriale ed ospedaliero, contribuendo così anche ad aumentare l'attrattività nei confronti dei giovani laureati. Il diploma in questa specialità (o in altre specialità equipollenti) costituisce titolo abilitante per l'esercizio della medicina di base e di comunità in sostituzione dell'attuale Corso di formazione specifica in medicina generale organizzato dalle regioni. Agli iscritti si applica la disciplina vigente per le altre specialità mediche anche per quanto riguarda la possibilità di istituire contratti per gli iscritti agli anni successivi al primo. Il comma 5 dispone che i titolari del diploma di specializzazione universitaria di cui al comma 4 possano accedere tramite concorso pubblico al ruolo della dirigenza sanitaria del personale del Ssn. I medici già in convenzione sono inquadrati, a domanda, nello stesso ruolo secondo modalità stabilite da uno specifico accordo collettivo nazionale di equiparazione che tenga conto di livello retributivo, anzianità del rapporto col Ssn ed esperienza maturata. I medici di medicina generale e di comunità esercitano la loro attività tanto nelle sedi distrettuali con compiti di programmazione e di coordinamento quanto nelle Case della comunità ed in altre strutture distrettuali di prossimità, oltreché in studi decentrati a queste collegate funzionalmente. L'attività dei medici di medicina generale e di comunità si svolge nell'ambito di equipe multi-specialistiche e multi- professionali dotate di tecnologie diagnostiche di base, informatiche e

digitali, contribuendo anche allo sviluppo della medicina d’iniziativa in tutti i settori dell’assistenza territoriale. Il nuovo assetto organizzativo permetterà di migliorare l’accessibilità del servizio in termini di distribuzione e di tempi di apertura; promuovere l’integrazione organizzativa fra i servizi territoriali sanitari e sociali e con i servizi ospedalieri necessaria per fronteggiare le nuove esigenze epidemiologiche della popolazione; favorire un’efficace assistenza ai pazienti attraverso l’interscambio di competenze nelle funzioni assistenziali, gestionali ed amministrative. Inoltre, il passaggio alla dipendenza permetterà di garantire anche ai medici di medicina generale i diritti e le tutele salariali e normative degli altri medici specialisti del Ssn, offrendo altresì prospettive di carriera all’interno del Ssn che contribuiranno a migliorare l’attrattività della professione.

L’art 5 (Disciplina delle esternalizzazioni) dispone, al fine di promuovere il diritto alla salute e la qualità dell’assistenza nonché la qualità dei rapporti di lavoro, modifiche alla disciplina delle esternalizzazioni delle attività sanitarie e sociosanitarie dirette alle persone.

Il comma 1 prevede che, al fine di contrastare la perdita di competenze interne al Ssn e di favorire la qualità dei rapporti di lavoro, a partire dal 1° gennaio 2027 gli enti del Ssn non possano ricorrere all’affidamento a terzi delle attività caratteristiche connesse alle finalità istituzionali di assistenza sanitaria e sociosanitaria diretta alle persone, ad eccezione dei rapporti convenzionali con i medici di medicina generale, i pediatri di libera scelta e gli specialisti ambulatoriali nonché degli accordi contrattuali con le strutture private accreditate. L’obiettivo è soggetto al monitoraggio annuale e al sistema premiale di cui all’articolo 13. Il comma 2 prevede che le attività caratteristiche connesse alle finalità istituzionali di prevenzione e di assistenza sanitaria e sociosanitaria dirette alle persone e alle comunità siano definite con decreto del Ministro della salute, previa intesa con la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome, entro 60 giorni dall’approvazione della presente legge. Il comma 3 prevede che il Ministro della salute, di concerto con il Ministro per la pubblica amministrazione, previa intesa con la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato e le regioni e le province autonome, sentite le organizzazioni sindacali confederali e di categoria comparativamente più rappresentative, disciplini i criteri per il riconoscimento delle competenze acquisite al personale impiegato nei servizi esternalizzati al fine della partecipazione ai concorsi per l’accesso al lavoro nelle pubbliche amministrazioni. Gli obiettivi sono soggetti al monitoraggio e al sistema premiale di cui all’articolo 13.

L’art. 6 (Diritto a condizioni ambientali e lavorative sicure e salubri) affronta un tema considerato prioritario dalla proposta di legge, la salute e la sicurezza sui luoghi di lavoro.

Nel 2024 sono morti sul lavoro 1.090 lavoratori e gli infortuni sul lavoro hanno riguardato 415 mila lavoratori. Le malattie professionali denunciate (88.4994 casi) sono in aumento rispetto agli anni precedenti, ma sono ancora ampiamente sottostimate (<https://www.inail.it>). È inaccettabile che nel terzo millennio si muoia o ci si ammali lavorando: in molti casi per condizioni di lavoro pessime, per l’insufficienza dei controlli dovuta alla carenza di ispettori, per la mancanza di presidi territoriali e per la mancata formazione, perché si è precari, perché si lavora in un appalto dato in sub appalto e al massimo ribasso, perché donna o migrante.

L’articolo prevede una serie di interventi volti a promuovere la tutela della salute e della sicurezza dei lavoratori e della collettività, richiamando in particolare la necessità che tale tutela sia assicurata anche nel Ssn, nei luoghi in cui sono accolte le persone e in cui operano i professionisti della salute (comma 1).

Le strutture del Ssn non sono luoghi come tutti gli altri. Sono strutture alle quali si rivolgono le persone in momenti di difficoltà, confidando di trovarvi non solo professionalità ma anche riparo da rischi interni ed esterni, compresi infortuni e calamità. Sono luoghi in cui i professionisti devono essere messi in condizione di operare in estrema sicurezza, per sé e per i propri pazienti. Il Ssn dovrebbe essere il luogo per eccellenza del rispetto delle norme sulla sicurezza, da quelle antisismiche a quelle sugli impianti e sulle tecnologie, fino a quelle legate all’organizzazione del lavoro, evitando l’accumulo di stress e stanchezza per un personale sempre più ridotto e avanti con l’età.

Il comma 2 prevede l’adozione del criterio della massima sicurezza possibile e del principio di precauzione. Gli interventi specifici includono l’interoperabilità delle banche dati Inps, Inail e delle aziende sanitarie; l’istituzione di un Durc su salute e sicurezza che certifichi la regolarità contributiva, l’assenza di denunce e infortuni gravi, gravissimi e mortali negli ultimi 5 anni come condizione per

accedere a finanziamenti pubblici e ad appalti pubblici e privati. Il comma 3 prevede che nelle scuole, nell'ambito delle linee guida per l'insegnamento dell'educazione civica e nel rispetto dell'autonomia scolastica, siano promosse iniziative di coordinamento, supporto e diffusione delle buone pratiche di tutela della salute nei luoghi di vita e di lavoro, nonché di sostegno alle istituzioni scolastiche che intendono avviare o che hanno già avviato progetti nei percorsi del primo e del secondo ciclo di istruzione, con l'obiettivo di diffondere la conoscenza del problema e la consapevolezza dei diritti. Il comma 4 prevede che, entro 90 giorni dall'entrata in vigore della presente legge, il Ministro della salute, di concerto con il Ministro del lavoro e delle politiche sociali, di intesa con la Conferenza Unificata, definisca un Programma straordinario nazionale di azione per la prevenzione degli infortuni e delle malattie professionali e la tutela della salute nei luoghi di lavoro in attuazione dei principi del decreto legislativo 9 aprile 2008, n. 81. Il Programma individua, su base triennale, gli ambiti prioritari di intervento rispetto ai quali assicura il coordinamento fra le competenze delle aziende sanitarie e quelle dell'Ispettorato del Lavoro e dell'Inail, nonché degli altri istituti con competenze ispettive, al fine di migliorare le verifiche ispettive in termini di qualità, quantità e frequenza, anche attraverso l'incremento del necessario personale. Il comma 5 prevede che, al fine di ampliare in termini di quantità, qualità e frequenza l'attività ispettiva, le regioni e le province autonome provvedano all'assunzione di personale medico specialista in medicina del lavoro e di tecnici della prevenzione nell'ambiente e nei luoghi di lavoro sulla base del fabbisogno del personale individuato secondo le modalità di cui all'articolo 3 della presente legge. Il comma 6 innova la disciplina relativa al medico competente di cui al comma 2 dell'art. 39, del decreto legislativo 9 aprile 2008, n. 81, prevedendo che: il medico competente svolga la propria opera previa iscrizione in un registro tenuto dall'Azienda Sanitaria Locale; l'Azienda Sanitaria Locale del territorio ove ha sede legale l'impresa, attribuisca, su richiesta del datore di lavoro, un medico del lavoro iscritto nel sopra citato registro; l'iscrizione al registro di cui al comma 4 dell'art. 38 consenta l'inserimento nel registro tenuto presso l'Azienda Sanitaria Locale; in caso di motivata necessità di sostituzione del medico competente, il datore di lavoro ne dia comunicazione alla Azienda Sanitaria Locale che, valutate le motivazioni addotte, provvede ad individuare un sostituto.

L'art. 7 (Sviluppo dei servizi territoriali e Distretto socio-sanitario) propone di assicurare lo sviluppo omogeneo dell'assistenza territoriale impegnando le regioni a formulare (o ri-formulare) il provvedimento generale di Programmazione per lo sviluppo dell'assistenza territoriale di cui al decreto ministeriale 77/2022 (comma 1) e rendendo prescrittive talune disposizioni dello stesso decreto relative al ruolo di governo del Distretto socio- sanitario e alla definizione dei modelli e degli standard dei servizi sanitari e socio-sanitari territoriali (comma 2). In particolare, per un più completo ed omogeneo sviluppo organizzativo e di governo dell'assistenza territoriale, il comma 2 rende prescrittive le disposizioni dell'art. 1 del decreto che, a differenza dell'Allegato 2, attribuiscono un valore meramente descrittivo all'Allegato 1. Inoltre, rendere "obbligatorio" quanto il decreto prevede come semplicemente "*facoltativo*", "*raccomandato*" o "*fortemente raccomandato*" crea le condizioni per la effettiva e uniforme realizzazione della riforma dell'assistenza territoriale, riconoscendo al Distretto socio-sanitario la funzione centrale di governo e garantendo l'efficacia di tutte le misure per il potenziamento della rete dei servizi territoriali. L'obiettivo è superare una delle più forti criticità del provvedimento che, in più parti, lascia ampi margini di scelta alle singole regioni nell'attuazione dei modelli e degli standard, riproducendo differenziazioni a livello territoriale e disuguaglianze nell'accesso ai servizi che andrebbero ben oltre i confini della legittima e necessaria autonomia organizzativa.

Il comma 3, rinviando all'art. 3-quater del decreto legislativo 502/1992 come modificato dal decreto legislativo 229/1999, qualifica il distretto socio-sanitario come un'articolazione del governo dell'Azienda sanitaria territoriale che assicura le cure primarie secondo un approccio multiprofessionale e interdisciplinare in ambulatorio e a domicilio, garantendo la collaborazione con i comuni e la partecipazione della popolazione di riferimento alla elaborazione delle necessità di intervento e alla valutazione dei risultati raggiunti secondo quanto previsto dall'articolo 1 della presente legge. In particolare, attraverso le Case della comunità e la rete dei servizi distrettuali (che comprende i medici di medicina generale e i pediatri di libera scelta, i servizi specialistici ambulatoriali,

le strutture operative direttamente gestite e le strutture ospedaliere e residenziali); il distretto socio-sanitario assicura l'erogazione delle prestazioni sanitarie a rilevanza sociale nonché delle prestazioni sociali a rilevanza sanitaria se delegate dai Comuni singoli o associati, e la gestione integrata dei servizi tramite l'accordo di collaborazione con gli Ats (che costituisce adempimento obbligatorio per le regioni) secondo le *Linee guida per la definizione dei modelli organizzativi omogenei degli Ambiti territoriali sociali per l'attuazione dei livelli essenziali delle prestazioni sociali* di cui al decreto del Ministro del Lavoro e delle Politiche Sociali di concerto con il Ministro della Salute e con il Ministro dell'Economia e delle Finanze del 24.06.2025. Nel contesto della assistenza territoriale, prioritaria attenzione è riservata alle politiche in favore delle persone anziane e delle persone non autosufficienti (art. 8); della salute di genere, supporto alla genitorialità e sostegno all'educazione sessuale e alle relazioni familiari (art. 9); della salute mentale di adulti e giovani (art. 10), nonché delle persone che usano droghe, che giocano d'azzardo e con comportamenti affini (art. 11). Il comma 4 individua la Casa della Comunità come il luogo di incontro, elaborazione, valutazione e condivisione fra le istanze e le risorse della comunità e i servizi sociali e sanitari di Comuni e Aziende sanitarie che concorre ad assicurare la salute ed il benessere delle persone e della Comunità di riferimento. Nella Casa della Comunità, le attività dei servizi sanitari e dei servizi sociali si integrano con tutte le altre risorse presenti nella comunità per attuare congiuntamente programmi inclusivi per la promozione della salute e per la prevenzione, la cura e l'assistenza a livello territoriale, ospedaliero e residenziale. A questo scopo, la Casa della Comunità si avvale dei servizi presenti al suo interno, comunque coordinati con le attività e i servizi distrettuali in favore di tutte le persone.

L'art. 8 (Politiche in favore delle persone anziane e delle persone non autosufficienti) riconosce che la salute delle persone anziane, specie di quelle non autosufficienti e in condizioni di fragilità, rappresenta una delle priorità del nostro Paese, da affrontare affermando il diritto alle cure e all'assistenza con una copertura di carattere pubblico, universale e uniforme, superando la frammentarietà e riducendo le disuguaglianze tra le diverse aree del Paese. Si tratta di un ambito rispetto al quale le dichiarazioni di principio, ampiamente presenti nei documenti ufficiali, sono in gran parte disattese nella pratica quotidiana, spesso per la mancanza di risorse adeguate. Tale situazione è ulteriormente aggravata dalla tendenza a negare il finanziamento delle prestazioni sociali ad elevata integrazione sanitaria attraverso il fondo sanitario nazionale, ancorché ripetutamente stigmatizzata dalla giurisprudenza.

Sono 4 milioni le persone anziane con gravi difficoltà nelle attività funzionali di base (il 28% della popolazione ultra65enne), in prevalenza donne e con un forte svantaggio per chi vive nelle regioni del Mezzogiorno. Di esse, 2,8 milioni hanno gravi difficoltà nel camminare, salire o scendere le scale senza l'aiuto di una persona o il ricorso ad ausili, 1,8 milioni riferiscono gravi difficoltà nell'udito o nella vista anche con l'uso di ausili, 1,1 milioni hanno gravi difficoltà nella memoria o nella concentrazione⁴. Il 44% delle persone con gravi difficoltà dichiara di non avere adeguati ausili o assistenza, e quasi la metà (il 47%) vive da sola. L'ISTAT evidenzia come, in termini assoluti, il numero di anziani con multimorbilità continui a crescere: negli ultimi quindici anni è passato da 6,9 a 7,8 milioni, spinto dall'aumento dell'invecchiamento della popolazione⁵. La famiglia resta il principale sostegno, anche se la rete di aiuti familiari e quella di aiuti informali hanno subito nel tempo un forte ridimensionamento per le dinamiche demografiche e i mutamenti sociali iniziati negli anni '60. Milioni di persone e di famiglie si trovano così ad affrontare quotidianamente, spesso da sole, grandi disagi, sofferenze e rischi di impoverimento, di fronte ai quali l'unica soluzione (per chi può permetterselo) è il ricorso alle cure informali delle cd badanti, un settore che conta circa 1 milione di lavoratori, per oltre la metà irregolari⁶.

La riforma della non autosufficienza, prevista dal PNRR e approvata all'unanimità in Parlamento con la legge 33/2023 (legge quadro rivendicata da anni dalle organizzazioni sindacali), ha trovato attuazione nel decreto legislativo 29/2024 che tuttavia non traduce in misure operative quanto previsto dalla legge delega, deludendo le aspettative di tante persone anziane e delle loro famiglie, rinviando l'individuazione di misure per una «nuova domiciliarità» e per le nuove forme dell'abitare che sostengano il diritto alla vita indipendente e autodeterminata. Si ricorda che, prima della pandemia, poco meno del 5% degli ultra65enni poteva contare sull'assistenza domiciliare (peraltro per un numero di ore del tutto inadeguato) e che il PNRR si propone di aumentare l'offerta fino a raggiungere almeno il 10% (in linea con le migliori prassi europee).

⁴ Si veda Istat, *Le condizioni di salute della popolazione anziana in Italia*, 2021, ultimo specifico approfondimento sulle condizioni della popolazione anziana.

⁵ Istat, *Rapporto annuale 2025*.

⁶ L'Inps (Osservatorio sui lavoratori domestici) rileva poco meno di 500 mila persone impiegate come "badanti" in Italia e l'Istat stima intorno al 50% il tasso di irregolarità nel settore dei servizi alle persone negli ultimi dieci anni.

Il comma 1 richiama i diritti delle persone anziane, in particolare di quelle non autosufficiente e in condizioni di fragilità, alle prestazioni di assistenza sanitaria, sociosanitaria e sociale. Ribadisce il diritto della persona a determinarsi in maniera indipendente, libera, informata e consapevole, con riferimento a tutte le decisioni che riguardano la sua assistenza, nonché alla continuità di vita e di cure presso il proprio domicilio in condizioni di dignità e sicurezza.

Il comma 2 dispone che le regioni e le province autonome garantiscano la piena integrazione fra le aziende sanitarie locali e gli Ats, che di norma dovrebbero coincidere con i distretti sanitari o loro sub-articolazioni e dovrebbero essere organizzati secondo le *Linee Guida per la definizione dei modelli organizzativi omogenei degli Ambiti Territoriali Sociali (ATS) per l'attuazione dei Livelli Essenziali delle Prestazioni Sociali (LEPS)* del Ministro del Lavoro e delle Politiche Sociali, di concerto con il Ministro della Salute e con il Ministro dell'Economia e delle Finanze del 24 giugno 2025. Il comma rende obbligatorio l'accordo di collaborazione fra Asl e Ats e vincolante per la valutazione multidimensionale. Dispone inoltre che le regioni e le province autonome assicurino la partecipazione e il coinvolgimento delle persone, dei familiari, delle organizzazioni della società civile e dei sindacati nella fase di progettazione, monitoraggio e valutazione dei risultati raggiunti. Il comma 3 definisce, in coerenza con i principi della legge delega 33/2023, le linee di intervento delle politiche pubbliche, sanitarie e sociali, per dare effettiva priorità all'assistenza domiciliare, in condizioni di dignità e di sicurezza per le persone anziane non autosufficienti e in condizioni di fragilità. Il comma prevede una strategia di intervento che individua, da un lato, gli interventi assistenziali sociali e sanitari, cui concorrono sia i servizi di assistenza domiciliare a livello distrettuale delle aziende sanitarie (potenziati secondo quanto previsto dal comma 4) sia quelli del sistema di assistenza sociale dei Comuni e, dall'altro, l'adattamento dell'abitazione alle esigenze della persona, anche con soluzioni tecnologiche che favoriscano la continuità delle relazioni personali e sociali, ovvero ricorrendo a forme di coabitazione solidale, anche intergenerazionale (con la precisazione di cui alla lettera c), volta a evitare ogni possibile pratica discriminatoria nei confronti delle persone svantaggiate). La lettera b) precisa la necessità di assicurare i Pai, Progetti individualizzati di assistenza integrata, dotati di un budget di cura e assistenza, garantendo un *case manager* (un riferimento professionale) disponibile in tutte le ore del giorno e in tutti i giorni dell'anno. Il comma 4 dispone che sia incrementata l'assistenza domiciliare, con priorità alle persone con maggiori bisogni assistenziali, fino a garantire la presa in carico di almeno il 20% della popolazione di età superiore ai 65 anni entro il 31 dicembre 2027 e almeno il 30 per cento entro il 31 dicembre 2028.

Il Pnrr, nella Missione "Salute" - Investimento "Casa come primo luogo di cura", si è proposto di migliorare l'assistenza delle persone affette da patologie croniche, con particolare attenzione agli over 65. L'obiettivo quantitativo è portare la percentuale di persone trattate in assistenza domiciliare al 10% della popolazione over 65 entro il 2025. Nel 2024 la copertura del servizio ha già raggiunto il 10,9%, con un incremento importante quanto a numero di persone anziane assistite rispetto al 4,6% del 2019. I dati indicano peraltro che l'intensità del servizio erogato è relativamente basso (rivolto cioè a persone con esigenze assistenziali di bassa complessità o comunque con durata del servizio molto contenuta), da cui la necessità non solo di incrementare ulteriormente il numero di persone assistite ma anche di incentivare l'erogazione di servizi effettivamente in grado di assicurare l'accessibilità e la continuità dell'assistenza alle persone con bisogni gravi o gravissimi.

I commi 5, 6 e 7 riguardano la qualità assistenza offerta dalle strutture residenziali e semiresidenziali

In Italia, si stima che su 1000 anziani ultra65enni, 21 siano in una residenza; di questi 17 sono non autosufficienti e 4 sono autosufficienti⁷. Le strutture per anziani sono oltre 3 mila, dislocate soprattutto al Nord e al Centro, in gran parte gestite da privati, profit e non profit. Grandi gruppi privati, anche internazionali, gestiscono molte residenze, a dimostrazione che il settore è, anche nell'attuale contesto, remunerativo e in grado di garantire ampi margini di profitto.

Per una persona anziana non autosufficiente o fragile, che fatica a rimanere nella propria casa in assenza di un supporto significativo, il ricorso al ricovero in residenza sembra spesso l'unica soluzione possibile. Molti fattori contribuiscono a spiegare tale opzione, ma ciò che pare determinante è la mancanza di alternative: spesso la residenza è scelta dopo aver richiesto ai servizi territoriali altre soluzioni (ricevendo risposte non adeguate, nei tempi e nei servizi offerti), e nonostante il rischio di decadimento generale dell'anziano conseguente alla istituzionalizzazione e alla rescissione dei legami col proprio ambiente domestico, familiare e amicale⁷.

Il comma 5 prevede che, al fine di preservare la dignità della persona, contrastare l'isolamento, favorire il mantenimento dei contatti affettivi e permettere la partecipazione della persona alla vita sociale del territorio, le regioni e le province autonome provvedano affinché tutte le strutture per l'assistenza

⁷ Si veda Istat, *Le condizioni di salute della popolazione anziana in Italia*, 2021.

residenziale e semiresidenziale siano di piccole dimensioni, integrate con le comunità locali, aperte all'esterno e assicurino l'accesso da parte dei familiari e delle reti amicali per tutta la giornata e, ove richiesto, senza limitazioni. Il comma 6 dispone misure per il miglioramento della qualità dell'assistenza residenziale e semiresidenziale, nonché di quella ospedaliera, con particolare riguardo agli ospedali di comunità e ai reparti di lungodegenza degli ospedali generali. Il comma dispone percorsi personalizzati per il benessere generale e la funzionalità motoria degli ospiti accanto a programmi generali per la prevenzione delle cadute e delle infezioni correlate all'assistenza; il controllo del dolore, l'appropriatezza e la sicurezza della terapia farmacologica, la prevenzione della violenza verso ospiti e personale. Dispone altresì che, nel rispetto della Convenzione Onu sui diritti delle persone con disabilità, adottata dall'Onu il 13 dicembre 2006 e ratificata dal Parlamento italiano con la legge 3 marzo 2009, n. 18, le regioni e le province autonome assicurino il superamento di qualsiasi forma di contenzione entro la fine dell'anno 2029, prevedendo investimenti dedicati e specifici progetti, promuovendo adeguati piani di formazione obbligatori per tutto il personale e con momenti di formazione sul campo. Il comma 7 dispone che i requisiti di cui ai commi 5 e 6 costituiscano requisiti per l'accreditamento istituzionale, da recepirsi entro e non oltre il 31 dicembre 2027. Dispone inoltre che, le regioni e le province autonome adeguino tempestivamente gli standard e i requisiti strutturali e organizzativi di cui al DPR 14 gennaio 1997 prevedendo condizioni migliorative per gli ospiti, con riguardo fra l'altro a moduli diversificati, attività di socializzazione, spazi per attività comuni, congruità del numero e della qualificazione del personale presente quotidianamente in rapporto alla numerosità degli ospiti e dei loro bisogni assistenziali. È fatto comunque divieto di autorizzare nuove strutture residenziali con un numero di posti letto superiore a 60.

I requisiti previsti dall'articolo ribadiscono standard in parte già presenti nella normativa, ma di fatto spesso disattesi. Il D.P.R. 14 gennaio 1997 - in materia di requisiti strutturali, tecnologici ed organizzativi minimi per l'esercizio delle attività sanitarie da parte delle Rsa – indica standard dimensionali (peraltro già previsti dal Dpcm 22/12/1989) ancora oggi vigenti: capacità recettiva non inferiore a 20 posti-letto e non superiore, in casi eccezionali, a 120 posti-letto (ma nella realtà si arriva anche a più di 600 posti letto⁸). Sempre nel D.P.R. 1997 viene altresì ribadita la necessità di prevedere camere che possono ospitare, di regola, una o due persone (o al massimo quattro, «*nei casi di particolari esigenze strutturali o assistenziali*»), di ricreare un'ambiente di tipo domiciliare, di prevenire ogni forma di isolamento degli anziani ed ogni difficoltà di rapporti con le famiglie, di adottare un modello organizzativo integrato con i servizi territoriali delle Asl, di stilare un piano di assistenza individualizzato per poter affrontare in modo personalizzato i bisogni di ogni paziente, di operare secondo le modalità e le logiche dell'équipe interdisciplinare, con il coinvolgimento dei familiari dell'ospite, e di raccogliere i dati emersi in sede di singole valutazioni multidimensionali, in modo tale da poter esercitare un controllo continuo delle attività della RSA.

Il comma 8 riguarda la prestazione universale, così come introdotta con il decreto legislativo 15 marzo 2024, n. 29, in attuazione della legge delega 23 marzo 2023, n. 33. Il comma si propone di ovviare ai limiti troppo angusti della sperimentazione della prestazione universale di cui al d.lgs. 29/2024, che all'articolo 35 limita la misura a una platea di beneficiari che corrisponde ad appena lo 0,6% delle persone non autosufficienti, riservandola – in violazione dei principi di delega – solo a persone ultra80enni in gravissime condizioni economiche (Isee inferiore a 6.000 euro) e con gravissima disabilità, senza prevedere alcuna graduazione in base ai bisogni assistenziali. Il comma prevede invece l'ampliamento del campo di applicazione con riguardo alla popolazione anziana ultra65enne (e non solo ultra80enne), al bisogno assistenziale "grave o gravissimo" (e non solo gravissimo), alla condizione economica (con Isee elevato a 50.000 euro) e al contributo monetario (graduato in ragione del bisogno assistenziale e rideterminato in aumento fino a 1800 euro mensili, contro gli 850 previsti dall'articolo 36 del d.lgs. 29/2024). L'ultimo periodo del comma prevede infine il Ministro dell'economia e delle finanze assicuri con proprio decreto, di concerto con il Ministro del lavoro e delle politiche sociali, le risorse aggiuntive per la sperimentazione della prestazione universale. Il comma 9 dispone l'abrogazione della norma che limita solo alle persone ultra70enni, anziché a tutte le persone ultra 65enni – come definito all'articolo 2, comma 1, lettera a) del decreto legislativo 15 marzo 2024, n. 29,

⁸ Si veda ad esempio Istituto Superiore di Sanità, *Survey nazionale sul contagio COVID-19 nelle strutture residenziali e sociosanitarie*, Epidemia COVID-19, Aggiornamento nazionale: 05 maggio 2020.

l'applicazione delle disposizioni riferite all'assistenza sociale, sanitaria, sociosanitaria e alla prestazione universale in favore delle persone anziane non autosufficienti. Di conseguenza l'articolo 40 del medesimo decreto è abrogato. Il comma 10 dispone l'adeguamento del Fondo per le non autosufficienze assicurando, attraverso le leggi di bilancio, un incremento di 1 miliardo all'anno fino a raggiungere nel 2030 una dotazione di 6 miliardi.

L'art. 9 (Politiche per la salute di genere, per il supporto alla genitorialità e il sostegno all'educazione sessuale e alle relazioni familiari) affronta uno dei temi considerati prioritari dalla proposta di legge, ribadendo il ruolo strategico dei consultori familiari quali presidi territoriali sanitari e socio-sanitari indispensabili per la salute della donna, della coppia, degli adolescenti e dei giovani adulti, la cui presenza deve essere assicurata su tutti i territori in modo decentrato, come previsto dal Progetto Obiettivo Materno Infantile del 2000 e dal DM 77/ 2022. I principali ambiti di attività in termini di prevenzione e assistenza sono salute della donna lungo tutto il corso della vita (prevenzione oncologica, fertilità, endometriosi, menopausa), interruzione volontaria di gravidanza e contraccezione, giovani generazioni, contrasto alla violenza di genere, accompagnamento alla genitorialità, salute mentale perinatale e percorso nascita; tali attività devono essere assicurate in integrazione con tutti gli altri servizi, enti ed associazioni coinvolti al fine di garantire accessibilità e continuità assistenziale, efficacia, appropriatezza e personalizzazione delle cure nel rispetto delle scelte individuali.

Le ragioni che hanno portato alla costituzione dei consultori familiari nel 1975 (legge 405/75) sono tuttora valide, anzi l'attuale contesto sociale richiede un rinnovato impegno su tutto il territorio nazionale. Oggi i consultori versano in una condizione di profonda criticità: sono pochi, privi di risorse economiche e del personale necessario, come già confermato dalle relazioni al Parlamento sull'attuazione della Legge 194/1978 del Ministero della Salute e dall'indagine condotta negli anni 2018-2019 dall'Istituto Superiore di Sanità dove si rimarca la necessità di arginare il "progressivo e diffuso depauperamento delle sedi e delle equipe dei consultori familiari"⁹. Nel 2022 a livello nazionale risultano operativi 1.819 consultori familiari pubblici, 1.130 in meno rispetto ai 2.949 necessari a garantire lo standard di un consultorio ogni 20 mila abitanti (previsto dalla normativa), livello che viene garantito in sole tre Regioni: Valle d'Aosta, Emilia Romagna e Umbria. In media c'è un consultorio ogni 32 mila abitanti con profonde differenze tra le regioni: si passa da un bacino di 12 mila abitanti per consultorio in Valle d'Aosta a 49 mila nella provincia autonoma di Trento, a 48 mila in Molise fino a 66 mila abitanti in Lombardia.¹⁰

Notevolmente insufficiente il personale impiegato nei consultori. Come risulta nell'ultima indagine disponibile condotta dall'Istituto Superiore di Sanità, le ore medie effettivamente svolte dalle quattro figure professionali sono di gran lunga inferiori a quelle indicate come standard: 12 ore per i ginecologi (a fronte di 18 ore standard), 25 ore per le ostetriche (36 ore standard), 17 ore per gli psicologi (18 ore standard), 11 ore per gli assistenti sociali (36 ore standard), peraltro con notevoli differenze tra le regioni.

Il comma 1 ribadisce lo standard di distribuzione territoriale di un presidio consultoriale ogni 20.000 abitanti (1 ogni 10.000 per le zone disagiate, nelle aree rurali e interne), aperto per almeno 6 ore al giorno per 6 giorni alla settimana al fine di facilitare l'accesso anche alle fasce di popolazione più deboli e dotato – per la tutela della salute della donna - di una equipe multiprofessionale minima composta da almeno ostetrica, assistente sociale, ginecologo e psicologo. Il comma 2 indica i principali ambiti di attività dei consultori familiari, con specifico riferimento ai percorsi assistenziali e di presa in carico integrata per tutto l'arco della vita (lettera a); alla prevenzione, assistenza e presa in carico di tutte le problematiche del benessere sessuale, relazionale e riproduttivo anche con la partecipazione delle scuole (lettera b). La lettera c) dispone che i consultori garantiscano, a partire dal 30 giugno 2027, l'offerta gratuita di tutti i metodi di contraccezione (ormonali, dispositivi intrauterini IUD, impianti sottocutanei) e di prevenzione delle infezioni sessualmente trasmesse (condom maschili e femminili), promuovendo la salute sessuale e riproduttiva di tutta la popolazione in età fertile e favorendo la procreazione responsabile e consapevole. A quanto risulta, attualmente solo cinque regioni permettono ad alcune categorie di persone di accedere alla contraccezione gratuita tramite i consultori. La lettera d) dispone che, in coerenza con le evidenze scientifiche internazionali, tenuto conto delle "Linee di indirizzo sull'interruzione volontaria di gravidanza (Ivg) con mifepristone e prostaglandine" del Consiglio superiore di sanità del 4 agosto 2020 e della determina Aifa n. 865 del 14

⁹ ISS, Indagine nazionale sui consultori familiari 2018-2019, Rapporti ISTISAN 22/16.

¹⁰ Si veda il documento Cgil "I consultori familiari in Italia", <https://www.cgil.it/ci-occupiamo-di/sanita/consultori-familiari-pubblici-dove-la-cura-incontra-i-diritti-po3wn8en>

agosto 2020, le regioni e le province autonome garantiscano, a partire dal 30 giugno 2027, l'accesso all'lvg farmacologica in ogni distretto socio- sanitario, presso gli ambulatori autorizzati e i servizi ospedalieri per l'lvg. In entrambe le sedi è altresì garantita la procedura dell'lvg a domicilio. L'accesso al primo colloquio per la certificazione deve essere garantito tempestivamente così come deve essere ridotto al massimo il tempo d'attesa tra la data del certificato e la data dell'intervento, per tutte le procedure farmacologiche e chirurgiche eseguite. La lettera e) dispone la garanzia dell'assistenza e del sostegno non solo in gravidanza ma anche dopo il parto, al domicilio, per sostenere la madre e la coppia nell'accudimento del neonato, eventualmente anche con l'ausilio di mediatori culturali, entro 7 giorni dal parto e per almeno i primi sei mesi di vita del bambino, facilitando l'allattamento materno e una genitorialità consapevole, in integrazione con l'assistenza pediatrica, sociale ed educativa e in collaborazione con gli enti locali. I maggiori oneri di competenza del Ssn sono coperti a valere sulle risorse di cui all'articolo 2, mentre quelli di competenza degli enti locali sono definiti in occasione della legge di bilancio 2027. Tutte le attività sono svolte in forma integrata con i servizi sociali e con il supporto della partecipazione dell'utenza, dei cittadini e delle forze sociali alla valutazione periodica dei percorsi offerti, dei servizi resi e dei risultati ottenuti. Il comma 3 abroga l'articolo 44 quinquies del DL 2 marzo 2024, n. 19, convertito con modificazioni dalla legge 29 aprile 2024, n. 56 che consente alle regioni di organizzare i servizi consultoriali anche coinvolgendo soggetti del terzo settore con qualificata esperienza nel sostegno alla maternità. Si ricorda che la legge 194/1978 prevede che spetti al consultorio, e dunque alle figure professionali che compongono l'equipe multidisciplinare, la valutazione e la scelta di avvalersi o meno della collaborazione di associazioni di volontariato, specificando chiaramente che tale collaborazione è finalizzata ad aiutare nelle maternità difficili, "dopo la nascita", mentre la norma che si intende abrogare (art. 44 quinquies, comma 6, l. 56/2024) prevede che siano le Regioni a decidere tale eventuale coinvolgimento, snaturando i compiti e le competenze dei consultori, con la chiara finalità di promuovere e favorire la presenza delle associazioni antiabortiste, incidendo sulla libertà di autodeterminazione della donna rispetto alla maternità. Il comma 4 prevede che nell'ambito delle politiche di contrasto al disagio giovanile, il Ministero dell'Istruzione e del merito, di concerto con il Ministero della salute promuovano l'introduzione di percorsi strutturati di educazione sesso-affettiva a partire dal primo ciclo di istruzione e dalla scuola dell'infanzia. I percorsi, attuati nel rispetto dell'autonomia scolastica e delle competenze delle istituzioni scolastiche, sono finalizzati a sostenere la costruzione dell'identità personale e sociale degli studenti, nonché alla promozione della salute e del benessere psicofisico e rappresentano elementi essenziali del curriculum formativo.

L'art. 10 (Misure per la tutela della salute mentale di adulti, minori e giovani) affronta uno dei temi prioritari della proposta di legge, la salute mentale, ambito spesso relegato ai margini delle azioni messe in atto dalla sanità pubblica, ma di grande rilevanza per il benessere, la dignità e la libertà delle persone. Nonostante la carenza di dati certi e aggiornati su alcuni aspetti fondamentali, quali i bisogni della popolazione e il reale dimensionamento dell'offerta di servizi, l'individuazione degli obiettivi da perseguire è agevolata dalle tante indicazioni contenute in una pluralità di documenti approvati negli ultimi decenni ma mai trasferite, salvo poche realtà, nella pratica quotidiana, con pesanti conseguenze per le persone con esperienza di disagio mentale e le loro famiglie.

Il tema fa riferimento alle indicazioni che risalgono in gran parte al DPR 1° novembre 1999 di approvazione del Progetto Obiettivo "Tutela Salute Mentale 1998-2000" (solo parzialmente attuato e solo in alcune realtà territoriali). La situazione richiede il progressivo aumento delle risorse, fino a raggiungere in ciascuna regione e provincia autonoma almeno il 5 per cento del fondo sanitario regionale. L'obiettivo è coerente con l'impegno, già assunto nella Conferenza dei Presidenti delle Assemblee legislative delle regioni e delle province autonome il 18 gennaio 2001, di destinare alla salute mentale almeno il 5 per cento del Fsr, impegno mai rispettato; si ricorda che attualmente in media la percentuale non supera il 3 per cento e, negli anni, solo alcune regioni si sono avvicinate al 5 per cento. Le risorse sono necessarie, in primo luogo, per sopperire alla carenza di personale, riconosciuta anche nella legge di bilancio 2026, peraltro in modo assolutamente insufficiente, che ha destinato 30 milioni di euro all'anno per l'assunzione a tempo indeterminato di personale (legge 30 dicembre 2025, n.199, art. 1, comma 347). Rispetto alla carenza di personale si richiamano gli standard già in vigore dal 1999

(DPR 1° novembre 1999) e ripresi dall’Intesa approvata il 21 dicembre 2022 in Conferenza Stato Regioni sul metodo per la determinazione del fabbisogno di personale del Ssn, nell’Allegato “Standard per l’assistenza territoriale dei servizi per la salute mentale adulti, dipendenze patologiche, neuropsichiatria dell’infanzia e dell’adolescenza e salute in carcere”. L’Intesa di cui sopra è richiamata anche dal Piano di Azioni Nazionale per la Salute Mentale, PANSM 2025 – 2030, di cui all’accordo in Conferenza unificata del 29 dicembre 2025.

Per la salute mentale degli adulti, la normativa vigente indica, per l’*“operatività minima”* dell’area territoriale, una dotazione organica di *“almeno un operatore ogni 1500 abitanti ≥ 18 anni, ossia 67 unità TPE per 100.000 abitanti ≥ 18 anni”*, articolati come segue:

- *“medico psichiatra: 1 per 10.000 abitanti ≥ 18 anni;*
- *psicologo psicoterapeuta: 0,5 per 10.000 abitanti ≥ 18 anni;*
- *professioni sanitarie (infermieri, educatori professionale, tecnici della riabilitazione psichiatrica, assistenti sociali): 5 per 10.000 abitanti ≥ 18 anni;*
- *altro personale (incluso personale amministrativo): 0,2 per 10.000 abitanti ≥ 18 anni.”*

A tali dotazioni si aggiungono quelle necessarie per garantire l’assistenza psichiatrica nei presidi penitenziari (1 medico, 1 psicologo e 1 professionista sanitario ogni 350 detenuti), quelle per le Rems (per le quali si conferma quanto indicato nella legge 9/12 e DM 1° ottobre 2012), quelle per l’assistenza specialistica in ambito ospedaliero negli Spdc (per il quale si fa riferimento al DM 70/2015) e quelle per le reti specialistiche (come i disturbi del comportamento alimentare, per i quali gli standard vanno definiti a livello di area vasta, regionale o interregionale).

Nel complesso, per la salute mentale degli adulti, si stima che le dotazioni rilevate dal sistema informativo del Ministero della salute siano inferiori rispetto agli standard di cui sopra di oltre 10 mila unità di personale.

Il comma 1 individua come strumenti prioritari di intervento i programmi integrati terapeutico-riabilitativi e socio-riabilitativi personalizzati, inclusivi e partecipati, offerti nell’ambito dell’assistenza territoriale (e in particolare domiciliare), assumendo la comunità come cornice di riferimento, proteggendo i diritti umani e la dignità delle persone con sofferenza mentale, migliorando la qualità e la sicurezza dei servizi a beneficio di pazienti e operatori. I percorsi assistenziali comprendono interventi ambulatoriali, domiciliari, di rete ed eventualmente residenziali che garantiscono, al di fuori degli episodi di crisi, anche un’adeguata presa in carico e un accompagnamento a percorsi di mantenimento dei risultati conseguiti, nonché lo sviluppo di progetti di vita soddisfacenti e coerenti con le condizioni di autonomia possibili, compreso il sostegno all’abitare e l’inserimento lavorativo. Dispone altresì che, nel rispetto della Convenzione Onu sui diritti delle persone con disabilità, adottata dall’Onu il 13 dicembre 2006 e ratificata dal Parlamento italiano con la legge 3 marzo 2009, n. 18, le regioni e le province autonome assicurino il superamento di qualsiasi forma di contenzione entro la fine dell’anno 2029, prevedendo investimenti dedicati e specifici progetti, promuovendo adeguati piani di formazione obbligatori per tutto il personale e con momenti di formazione sul campo. Particolare attenzione è rivolta alle occasioni in cui si rende necessario un ricovero ospedaliero di un minore, da effettuarsi in un contesto assistenziale adeguato, in una *“struttura ospedaliera specificamente pensata e organizzata per le necessità del suo disturbo e del suo momento di crescita”*¹¹ e il più vicino possibile al luogo di residenza del minore/adolescente. Il comma 2 riguarda i bambini, gli adolescenti e i giovani adulti con disturbi neuropsichici e neuropsichiatrici e del neurosviluppo, la cui incidenza e prevalenza sono aumentate notevolmente nel corso degli ultimi anni (aggravando una tendenza già in atto prima della pandemia) e rispetto ai quali la capacità di risposta dei servizi è drammaticamente inadeguata. Dispone il potenziamento dei servizi e l’adozione in ogni servizio di Neuropsichiatria dell’infanzia e dell’adolescenza, entro il 30 giugno 2026, di un programma integrato per il passaggio dei minori ai servizi per adulti, dotato di uno specifico budget di transizione

“Molte patologie psichiatriche neurologiche e neuropsicologiche hanno il loro esordio in età evolutiva, e se non adeguatamente e tempestivamente trattate, possono determinare conseguenze assai significative in età adulta sia per quanto riguarda la salute mentale che le condizioni di invalidità e non autosufficienza. Nonostante le indicazioni previste nei Progetti Obiettivo Materno-infantile e Salute mentale e i successivi approfondimenti nelle Linee di indirizzo per la Salute mentale, la situazione dei servizi di NPIA è disomogenea nelle diverse regioni e, in taluni casi, presenta evidenti carenze. Particolarmente critiche

¹¹ Si vedano in proposito le ripetute – e per lo più disattese – indicazioni contenute nei documenti approvati, *“Linee di indirizzo sui disturbi neuropsichiatrici e neuropsichici dell’infanzia e dell’adolescenza”* (Conferenza Unificata del 25 luglio 2019), *“Linee di indirizzo per la promozione e il miglioramento della qualità, della sicurezza e dell’appropriatezza degli interventi assistenziali in area pediatrico-adolescenziale”* (Conferenza Stato Regioni del 21 dicembre 2017).

*appaiono le risposte ai disturbi psichiatrici in adolescenza, soprattutto al momento dell'acuzie e l'intervento precoce e la presa in carico nelle disabilità complesse e dello sviluppo, nonché la transizione tra i servizi per l'età evolutiva e quelli per l'età adulta.*¹²

L'Intesa approvata il 21.12.22 in CSR, "Standard per l'assistenza territoriale dei servizi per la salute mentale adulti, dipendenze patologiche, neuropsichiatria dell'infanzia edell'adolescenza e salute in carcere" prevede un servizio di Neuropsichiatria dell'infanzia e dell'adolescenza (NPIA) ogni 150-200 mila abitanti, con una dotazione organica di 16,2 unità per 10 mila abitanti 1-17 anni, articolati come segue:

- *"medico neuropsichiatra infantile e psicologo psicoterapeuta: 6 per 10 mila abitanti 1-17 anni;*
- *professioni sanitarie: 10 per 10 mila abitanti 1-17 anni;*
- *altro personale (incluso personale amministrativo): 0,2 per 10.000 abitanti 1-17 anni."*

A tali dotazioni si aggiungono quelle necessarie per garantire l'assistenza nei reparti ospedalieri di terapia sub intensiva (come definiti dal DM 70/2015), nelle strutture residenziali sanitarie e sociosanitarie accreditate (con standard definiti a livello regionale) e nei Centri di riferimento specialistici sovra zonali (con standard definiti a livello di area vasta, regionale o interregionale).

Il comma 3 ribadisce la necessità di assicurare la capillarità della distribuzione dei Csm e la loro accessibilità, in condizioni di urgenza, anche nelle ore notturne e festive, confermando i tempi di apertura già indicati nel Progetto obiettivo salute mentale 1998-2000 ma sempre meno rispettati, anche attraverso l'adeguamento delle risorse finanziarie e le dotazioni di personale, a valere sulle risorse di cui agli articoli 2 e 3. Si prevede il coinvolgimento a fianco degli operatori della figura dell'esperto per esperienza (Esperti in Supporto fra Pari, ESP), risorsa fondamentale per migliorare la qualità del percorso di cura e promuovere speranza. Il comma richiama inoltre la necessità di prevedere specifici programmi per la salute delle persone detenute in carcere o sottoposte a misura di sicurezza detentiva in Rems ai sensi della legge 81/2014, ricordando che in entrambi i casi va sostenuta la possibilità di usufruire di misure alternative alla detenzione.

L'art. 11 (Misure di tutela della salute a favore delle persone che usano droghe, delle persone che giocano d'azzardo e con comportamenti affini) l'articolo interviene sulla tutela della salute e del benessere delle persone che usano sostanze, che giocano d'azzardo e che presentano disturbi comportamentali affini, nell'ottica di prevenire gli abusi e la dipendenza, promuovendo la conoscenza dei rischi, per la riduzione del danno e la limitazione dei rischi, superando ogni logica stigmatizzante.

I cambiamenti sostanziali intervenuti nel mercato delle droghe e la differenziazione di modelli e stili di uso in contesti diversi, da quelli marginali a quelli socialmente integrati, le esigenze poste dalla attuale realtà del fenomeno dell'uso di droghe e da altri comportamenti, quali il gioco d'azzardo richiedono un'innovazione nell'organizzazione del sistema dei servizi e delle prestazioni sanitarie e sociosanitarie ad alta integrazione già delineata dalla vigente normativa con il coinvolgimento attivo delle realtà del Terzo settore, in una logica di integrazione cooperativa, alternativa alle logiche di esternalizzazione e aperta alla partecipazione dei destinatari. In particolare appare necessario un rinnovato modello di governo degli interventi e dei servizi, adeguatamente finanziato, organizzato nella logica del modello territoriale che garantisca il governo della complessità attraverso una pluralità di servizi e interventi, con programmi di accesso a bassa soglia realizzati con servizi di accoglienza, accompagnamento, presa in carico e cura per il tramite di equipe e unità mobili, secondo un modello organizzativo articolato, flessibile e aperto al cambiamento, nella logica della riduzione del danno, che rappresenta una prospettiva trasversale ormai consolidata a livello internazionale, inserita nei LEA ai sensi del DPCM 12/01/2017. L'attuazione di questi obiettivi si persegue attraverso la concreta e uniforme applicazione a livello nazionale dei LEA che prevedono interventi per la riduzione del danno.

Il comma 1 introduce garanzie per la realizzazione degli obiettivi di salute e presa in carico delle persone a cui si rivolge il presente articolo. Il comma 2 dà operatività ai principi sanciti nel comma 1, tramite un decreto del Ministro della salute, di concerto con il Ministro del lavoro e delle politiche sociali, da emanarsi entro 180 giorni, che individua risorse, tipologie di intervento e relativi standard per rendere esigibili su tutto il territorio nazionale le prestazioni e i servizi previsti dal DPCM 12 gennaio 2017 per gli interventi di tutela della salute delle persone che usano droghe e per gli interventi sociali collegati, sia nelle realtà di marginalità sociale, che nelle realtà del divertimento e della ricreazione giovanile. Infine,

¹² Dal Piano di azioni nazionale per la salute mentale approvato in Conferenza unificata con l'accordo del 24 gennaio 2013, n. 4.

il comma 3 prevede che le regioni e le province autonome favoriscono la creazione di strutture gestionali dedicate che operano all'interno delle Aziende sanitarie territoriali in collaborazione con i Comuni assicurando una pluralità di servizi e interventi e programmi trasversali anche a bassa soglia di accesso.

L'Art. 12 (Misure per il rispetto dei tempi di attesa) affronta il problema del contenimento delle liste di attesa ricordando che gli strumenti fondamentali sono l'incremento dei finanziamenti, l'aumento del personale dipendente e il riordino dell'assistenza territoriale di cui agli articoli 2, 3 e 7 (comma 1). Il comma 2 dispone che le regioni e le province autonome garantiscano la semplificazione delle procedure di prenotazione delle prestazioni comprese nei percorsi di presa in carico, prioritariamente per le persone affette da patologie croniche e inserite in PDTA, attraverso la prenotazione effettuata direttamente dai servizi o dai professionisti responsabili dell'assistenza, senza imporre alcun ulteriore adempimento alla persona assistita.

L'art 13 (Verifica del percorso compiuto verso il rafforzamento del Servizio sanitario nazionale) introduce una specifica procedura per promuovere l'attuazione in tutto il territorio nazionale degli obiettivi di rafforzamento del Ssn. Prevede che le azioni siano sottoposte a rigoroso monitoraggio a livello centrale e regionale e siano inserite fra gli obiettivi strategici assegnati ai direttori competenti per materia del Ministero della salute, degli assessorati e delle aziende sanitarie, con pesi non marginali e per l'intero arco di validità. Dispone l'introduzione di specifiche forme premiali, a valere sulle risorse stanziata dalla presente legge, erogabili a seguito dell'esito positivo della verifica degli obiettivi raggiunti e la definizione, in presenza di difficoltà, di forme di collaborazione/sostegno tra il livello centrale e il livello regionale nonché fra singole regioni. Prevede infine che, in caso di "squilibri eccessivi", siano adottate specifiche e più rigorose procedure, incluso l'esercizio di poteri sostitutivi.

Il comma 1 istituisce la Commissione per il rafforzamento del Ssn col compito di monitorare e sottoporre a verifica puntuale le attività svolte e i risultati raggiunti da regioni e province autonome in attuazione degli obiettivi specifici indicati dalla legge ai suoi diversi articoli. Il comma elenca gli articoli della presente legge da sottoporre a monitoraggio. Il comma 2 definisce le modalità di nomina dei componenti la Commissione, composta pariteticamente da rappresentanti centrali, delle regioni e da esperti indipendenti, nonché i compiti della stessa. La Commissione potrà anche avvalersi del supporto di Agenas, Aifa, Istituto superiore di sanità e degli altri enti nazionali di rilievo. Al fine di garantire il concreto e tempestivo superamento delle carenze nell'offerta dei servizi sull'intero territorio regionale, il monitoraggio dovrà spingersi a verificare i cambiamenti concreti prodotti a favore della popolazione e non limitarsi ad accertare la mera adozione formale dei provvedimenti o il mero raggiungimento del livello quantitativo dell'indicatore obiettivo. Il comma 3 dispone che l'erogazione alle regioni e province autonome di una quota pari al 10% dei finanziamenti stanziati all'articolo 2 sia condizionata alla verifica positiva del raggiungimento degli obiettivi di competenza del livello regionale¹³. Il comma 4 prevede la predisposizione, con cadenza semestrale, di una relazione al Parlamento sui risultati raggiunti e sui ritardi accumulati, anche specificando le amministrazioni responsabili per competenza. In caso di ritardo, le regioni sono tenute alla predisposizione di uno specifico programma operativo, con la individuazione delle criticità e degli interventi necessari per superarli. Il programma è oggetto di un apposito accordo con il Ministero della salute e il Ministero dell'economia e delle finanze, i quali possono anche proporre azioni di supporto. Il comma 5 prevede che, in casi estremi, si faccia ricorso all'esercizio di poteri sostitutivi.

¹³ Le forme premiali sono delineate in analogia con quelle attualmente previste per la verifica dell'erogazione dei livelli essenziali di assistenza (articolo 2, comma 68, lettera b) della legge 191/2009 e successive modifiche e integrazioni), ma con modalità specificamente disegnate per monitorare gli sforzi volti a raggiungere obiettivi sfidanti in un contesto indebolito da anni di inerzie. La procedura coglie alcuni stimoli contenuti nelle proposte del European Economic and Social Committee sulla procedura per gli squilibri sociali (Social Imbalances Procedure).

L'art. 14 (Potenziamento della ricerca indipendente e governo della assistenza farmaceutica) è dedicato al governo della assistenza farmaceutica assicurata dal Ssn attraverso il potenziamento della ricerca indipendente, la revisione del prontuario terapeutico e nuovi meccanismi per la determinazione del tetto per la spesa farmaceutica delle regioni. La spesa farmaceutica rappresenta una parte rilevante delle risorse che lo Stato annualmente impegna per la sanità. A fronte di un settore così importante per la tutela della salute, particolare attenzione deve essere riservata al monitoraggio e alla governance della spesa nonché al controllo dell'appropriatezza dell'uso dei farmaci, prevenendo il rischio che la maggiore disponibilità di risorse disposta dalla presente legge produca un aumento ingiustificato del numero e/o del costo delle prestazioni garantite.

Il comma 1 prevede di finanziare la ricerca indipendente sui farmaci con un fondo specifico del Ssn, anche al fine di garantirne stabilità e sistematicità di azione, attraverso bandi competitivi gestiti da Aifa. Il comma indica come oggetti principali della ricerca la valutazione comparativa dell'efficacia delle diverse terapie farmacologiche per analoghi problemi clinici, anche in rapporto a forme alternative di trattamento, e la appropriatezza nella prescrizione, con particolare riguardo alle aree prive di interessi commerciali. Relativamente alla assistenza farmaceutica garantita dal Ssn, l'articolo dispone la revisione straordinaria del Prontuario terapeutico nazionale e definisce nuovi criteri per la determinazione del tetto alla spesa farmaceutica a carico del Ssn. L'Italia è uno dei Paesi europei con la maggiore copertura universale di farmaci autorizzati dall'Agenzia europea dei medicinali (EMA). Tuttavia, perché il Ssn possa continuare ad assicurare tale copertura e possa contribuire alla sostenibilità del sistema è necessaria una rigorosa politica di verifica continua dei farmaci inseriti nel Prontuario farmaceutico nazionale e dei loro prezzi, che tenga conto delle nuove evidenze scientifiche di efficacia e sicurezza comparative acquisite anche attraverso lo sviluppo della ricerca indipendente. Il principio guida deve essere quello di pagare prezzi simili per farmaci terapeuticamente sovrapponibili, mentre prezzi più elevati possono essere riconosciuti solo a fronte di un valore terapeutico aggiunto clinicamente rilevante per i pazienti.

Nel 2024 la spesa complessiva a carico del Ssn (per la farmaceutica convenzionata e gli acquisti diretti) si è attestata a 23,6 mld di euro¹⁴, con uno scostamento assoluto rispetto al tetto programmato pari a +3,3 mld di euro. Si ricorda che il tetto di spesa è fissato al 15,30% del fabbisogno sanitario nazionale, mentre la spesa ha raggiunto il 17,79%. Allo sfioramento hanno contribuito tutte le regioni, in alcuni casi con scostamenti contenuti (p.a. di Trento, Valle d'Aosta, Veneto e p.a. di Bolzano), in altri con scostamenti anche molto consistenti. Rispetto al 2023, la spesa per la farmaceutica convenzionata netta è aumentata del 3,3%, mentre la spesa per acquisti diretti è cresciuta del 10,1%, percentuale nettamente superiore alla crescita del fondo sanitario (+4 %).

Il comma 2 prevede la costituzione di una nuova Commissione scientifico-economica (CSE) dell'AIFA, con l'obiettivo di garantire uno spettro più ampio di competenze nella valutazione dell'efficacia e della sicurezza dei farmaci e del loro impatto sulla organizzazione e sulla spesa del Ssn. La procedura di selezione deve garantire l'assoluta indipendenza e l'elevata qualificazione di tutti i componenti della CSE. Entro il termine perentorio di sei mesi dalla sua costituzione, la Commissione dovrà procedere a una revisione straordinaria del Prontuario farmaceutico nazionale, revisione a lungo auspicata ma mai realizzata¹⁵. La revisione ha l'obiettivo di assicurare, in presenza di farmaci con stessa indicazione terapeutica, la rimborsabilità solo a quelli che hanno un profilo di efficacia e sicurezza superiore rispetto alle alternative prescrivibili a carico del Ssn, ovvero a quelli che a parità di profilo di efficacia e sicurezza presentano prezzi inferiori. Il Prontuario che ne risulta dovrà essere successivamente sottoposto a periodiche rinegoziazioni anche al fine di garantire, in un quadro di sostenibilità, la rimborsabilità dei nuovi farmaci dotati di valore terapeutico aggiunto che saranno via via autorizzati dall'EMA. La revisione, come indicato al comma 1 dell'articolo 16 della presente legge, dovrà consentire risparmi di spesa per almeno 2.500 milioni di euro a partire dall'anno 2028. L'efficacia della misura richiede la realizzazione di programmi di formazione e di informazione rivolti ai medici, ai pazienti e alla popolazione generale. Il comma 3, primo periodo, dispone che il Ministro della salute, di concerto con il Ministro dell'economia e delle finanze, riproporzioni il tetto complessivo della spesa farmaceutica a carico del Ssn rispetto al Fsn in modo da evitare l'automatico effetto sul valore assoluto della spesa

¹⁴ https://www.aifa.gov.it/documents/20142/2505785/Monitoraggio_Spesa_gennaio-dicembre-2024_consultivo.pdf

¹⁵ Il Prontuario terapeutico nazionale è predisposto dall'AIFA per favorire la prescrizione e la dispensazione puntuale ed informata dei farmaci prescrivibili a carico del Ssn. L'ultima edizione del PFN risale al 2005, nonostante numerosi provvedimenti normativi abbiano successivamente disposto interventi di revisione e di rinegoziazioni al ribasso dei prezzi (l 158/2012; l 190/2014; DL 78/2015).

conseguente all'incremento del finanziamento del fabbisogno sanitario nazionale standard previsto dall'articolo 2 della presente legge secondo periodo individua nuovi criteri per la determinazione del tetto annuale della spesa farmaceutica posta a carico del Ssn. In primo luogo, è prevista l'unificazione del tetto, superando l'attuale distinzione fra spesa farmaceutica convenzionata e spesa per gli acquisti diretti. In secondo luogo, è previsto che, a partire dall'anno 2028, l'ammontare del tetto sia annualmente rideterminato sulla base della spesa osservata in una regione virtuosa (ovvero con bassa incidenza percentuale della spesa a carico del Ssr rispetto al Fondo sanitario regionale) assunta come riferimento (benchmark). Per garantire che questa sia rappresentativa di una parte significativa del Ssn e per favorire la convergenza verso tale livello da parte di tutte le regioni, è presa in considerazione la regione la cui spesa farmaceutica rapportata al fondo sanitario regionale è superiore solo a quella di altre cinque regioni o province autonome che coprono almeno un terzo della popolazione italiana. Tale metodologia pare non risentire della diversa spesa farmaceutica privata nelle regioni.

Una prima applicazione di tale metodologia individua, ad esempio, come regione di riferimento per il 2021 il Piemonte (valori inferiori di spesa erano presenti in Lombardia, Veneto, PA Trento, PA Bolzano, Valle d'Aosta), per il 2022 ancora il Piemonte (valori inferiori in Lombardia, Toscana, Veneto, PA Trento, PA Bolzano, Valle d'Aosta) e per il 2023 la Lombardia (valori inferiori in Piemonte, Toscana, PA Trento, Veneto, PA Bolzano, Valle d'Aosta).

Una prima simulazione della modifica dei tetti complessivi di spesa (in rapporto al Fsn) applicando la nuova metodologia e ipotizzando diversi possibili scenari di rapporto Fsn/Pil indica, a parità di ogni altro fattore, che il tetto dell'anno 2023 avrebbe potuto essere ridotto, a regime - ovvero, con un Fsn pari al 7,5% del Pil, di circa 3 punti percentuali rispetto all'attuale livello (2 punti con un Fsn pari al 7% del Pil).

L'art. 15 (Programmazione sanitaria) richiama la necessità di riprendere il metodo della programmazione quale fondamentale strumento di indirizzo politico e di governo pubblico a garanzia dell'unitarietà del Ssn e della uniformità di assistenza a parità di bisogno su tutto il territorio nazionale. Il recupero della capacità di programmazione a tutti i livelli (centrale, regionale e locale) è, assieme all'incremento delle risorse e all'adeguamento delle dotazioni di personale dipendente, lo strumento fondamentale per arrestare il declino del Ssn e migliorare l'assistenza garantita alla popolazione. A tal fine il comma 1 dispone l'adozione, entro il 31 dicembre 2027, del Piano sanitario nazionale 2027-2029, assicurando che alla sua elaborazione sia garantita la partecipazione delle organizzazioni sindacali e della società civile, così come della comunità scientifica e professionale. Il comma 2 dispone, nelle more dell'approvazione del Piano sanitario nazionale, che entro il 30 giugno 2027 la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome approvi il Patto per la Salute. Il Patto deve prevedere in particolare la concertazione di misure per il miglioramento dell'accesso ai servizi e per il miglioramento della qualità delle prestazioni, l'adeguamento del personale dipendente e l'economicità nell'uso delle risorse, in particolare con riguardo allo sviluppo dell'assistenza territoriale di cui agli articoli 7, 8, 9, 10, 11 e 12 della presente legge.

L'art. 16 (Copertura finanziaria) stima i maggiori oneri derivanti dalla presente legge e ne individua le coperture finanziarie. L'incremento del finanziamento del fabbisogno sanitario nazionale standard cui concorre lo Stato di cui all'articolo 2 è valutato in 10.900 milioni di euro per l'anno 2027, ulteriori 11.800 milioni per l'anno 2028 e ulteriori 10.300 milioni di euro a decorrere dall'anno 2029. L'incremento del finanziamento è distribuito nel corso del triennio considerata la dinamica della spesa stimata nei documenti di finanza pubblica, la necessità di un tempestivo rilancio del Ssn e gli effetti sul rafforzamento dell'assistenza territoriale allo scadere delle misure previste dal PNRR. L'obiettivo è raggiungere entro il 2030 un finanziamento pari al 7,5% del Pil, funzionale al progressivo avvicinamento ai valori di spesa dei paesi europei con i quali è ragionevole confrontarci, superando definitivamente la tendenza al suo ridimensionamento in corso da molti anni. Tale livello risulta in ogni caso ancora nettamente inferiore a quelli attualmente registrati in Germania, Francia e Regno Unito.

La presente legge prevede un aumento graduale del finanziamento per il Ssn, modulato in 0,46 punti di Pil nel 2027 (dal 6,04% disposto per il 2027 dall'ultima Legge di bilancio, al 6,50% previsto dalla presente legge); ulteriori 0,35 punti di Pil nel 2028 e ulteriori 0,25 punti nel 2029. Per l'anno 2030 la presente legge prevede di raggiungere il 7,5% del Pil. Le risorse necessarie per raggiungere tale obiettivo sono indicate nella tabella seguente, la quale riporta nell'ultima colonna il valore assoluto (in miliardi di euro)

dell'integrazione del Fsn prevista in ciascuno degli anni considerati, al netto degli incrementi già disposti dalla Legge di bilancio per il 2026.

Anno	Dati documenti finanza pubblica			Obiettivo della Proposta di legge			
	Pil *	Fsn °	Fsn/Pil	Fsn (% Pil)	Fsn (mld)	Δ Fsn (mld)	Δ annuale Fsn (mld) ^
	A	B	C	D	E = A * D	(E - B)	
2025	2.261	136,5	6,04%				
2026	2.325	142,9	6,15%				
2027	2.383	143,9	6,04%	6,50	154,9	11,0	10,9
2028	2.447	144,7	5,91%	6,85	167,6	22,9	11,8
2029	2.507	nd	nd	7,10	178,0	10,4	10,3
2030	2.572	nd	nd	7,50			

* Fonte: DFP 2025 e Corte Conti 2025 (miliardi di euro). Per gli anni 2029 e 2030 il dato è stimato sulla base dei tassi di crescita del Pil nominale (stime Istat recenti).

° Fonte: Corte dei conti, Audizione Parlamento, 2025 (mld).

^ Incremento annuale del FSN rispetto alla LdB 2026 (per gli anni 2027 e 2028) e rispetto alle stime (per gli anni 2029 e 2030). I valori sono arrotondati.

La presente legge prevede che le maggiori risorse per il Ssn siano finanziate senza produrre deficit, ovvero individuando maggiori entrate e minori uscite (comma 1). Ciò al fine di evitare effetti sui saldi di bilancio. Si ricorda che per la spesa sanitaria la Commissione europea non ha mai valutato, neanche dopo la pandemia, la possibilità di attivare la “clausola di salvaguardia” prevista dal Patto di Stabilità e Crescita per “circostanze eccezionali”, come invece è previsto per le spese per la difesa, per evitare rischi di deficit eccessivi (ad esempio superiori al 3% del Pil)¹⁶. Alla copertura dei maggiori oneri per il finanziamento del Ssn, si provvede a valere sulle maggiori entrate e sulle minori uscite rinvenienti da quanto previsto al comma 1. Con riferimento alla revisione straordinaria del Prontuario farmaceutico nazionale di cui al comma 2 dell'articolo 14, il presente articolo alla lettera a) del comma 1 dispone che i risparmi di spesa siano almeno pari a 2.500 milioni di euro a decorrere dall'anno 2028. Al netto dei risparmi derivanti dalla revisione straordinaria del prontuario farmaceutico nazionale, di cui alla lettera a), i maggiori oneri da coprire possono essere stimati pari a 10.900 mln di euro per il 2027, a ulteriori 9.300 milioni di euro per l'anno 2028 e a ulteriori 7.800 milioni di euro a decorrere dall'anno 2029. Gli ulteriori risparmi di spesa conseguenti alla riorganizzazione prevista dalla presente legge restano nelle disponibilità delle regioni e delle province autonome. Alla copertura di tali oneri si provvede attraverso:

- la lotta all'evasione fiscale, anche attraverso misure volte a incentivare l'utilizzo della moneta elettronica e disincentivare l'uso del contante;

Secondo l'Istat, il valore dell'economia non osservata è stata pari nel 2023 a 217 miliardi di euro, di cui 197 di economia sommersa (valore aggiunto occultato tramite comunicazioni intenzionalmente errate del fatturato e/o dei costi o generato attraverso l'impiego di lavoro irregolare, fitti non dichiarati ecc.) e 20 di attività illegali (produzione e commercio di stupefacenti, servizi di prostituzione e contrabbando di tabacco). L'incidenza dell'economia non osservata sul Pil è pari al 10,2%, in continuo lento aumento (Istat, *L'economia non osservata nei Conti Nazionali, 2020-2023*, 17 ottobre 2025). L'ammontare delle entrate complessivamente sottratte alla finanza pubblica è stimato in media, nel quinquennio 2017-2021, pari a circa 96 miliardi di euro all'anno, di cui 84 miliardi di mancate entrate tributarie e 12 miliardi di

¹⁶ La Commissione Europea ha previsto che gli Stati membri dell'UE possano finanziare l'aumento della spesa militare (fino a 1,5 punti di Pil) indebitandosi oltre i tetti fissati per la “spesa netta” dai rispettivi Piani strutturali di bilancio di medio termine già approvati dalle istituzioni europee nel 2024. (Commissione europea (2025), “Libro Bianco congiunto sulla prontezza alla difesa europea per il 2030”, 19 marzo. Si veda anche il capitolo 4.1.2 di Ufficio parlamentare di bilancio (2025), “Audizione della Presidente dell'Ufficio parlamentare di bilancio nell'ambito delle audizioni preliminari all'esame del Documento programmatico di finanza pubblica 2025”, ottobre 2025.)

mancate entrate contributive (la stima risente della riduzione significativa del valore assoluto registrata nel 2020). Fra le mancate entrate tributarie, 31 miliardi sono attribuibili all'Irpef (reddito da lavoro autonomo e impresa), 27 mld all'IVA e 8 mld all'IRES (MEF, *Relazione sull'economia non osservata e sull'evasione fiscale e contributiva, anno 2024*, settembre 2024).

- la rimodulazione e l'eliminazione dei sussidi dannosi per l'ambiente (SAD) di cui all'articolo 68 della legge 28 dicembre 2015, n. 221¹⁷, per allineare i sistemi fiscali con gli obiettivi ambientali, in coerenza con la Strategia Nazionale di Sviluppo Sostenibile strettamente collegata agli obiettivi dell'Agenda ONU 2030, e per migliorare l'efficacia delle politiche volte a dare attuazione agli impegni dell'Accordo di Parigi sui Cambiamenti Climatici del 2015.

In base ai dati riportati nel 5° *Catalogo dei sussidi ambientalmente dannosi e dei sussidi ambientalmente favorevoli* del Ministero della transizione ecologica, i Sussidi ambientalmente dannosi (SAD) per i quali è disponibile una valutazione sono stimati almeno pari a 22,4 miliardi nel 2021 (e quelli di incerta classificazione a 11,5 miliardi). Fra i dannosi, i sussidi alle fonti fossili (particolarmente importanti in relazione agli obiettivi dell'Accordo di Parigi sui cambiamenti climatici) sono stimati in oltre 14,5 miliardi.

Il comma 2 dispone che il Ministro dell'economia e delle finanze individui, con uno o più decreti, le misure atte a garantire le maggiori entrate derivanti dagli interventi di cui alle lettere a) e b) nonché, di concerto con il Ministro dell'ambiente e della sicurezza energetica, sentito il Ministro delle imprese e del made in Italy, degli interventi di cui alla lettera c) del comma 1.

Il comma 3 prevede una misura di salvaguardia, disponendo che qualora le misure previste al comma 1 e 2 non siano adottate o siano adottate per importi inferiori a quelli indicati, siano disposte misure di revisione della tassazione sui patrimoni in senso progressivo e personale, prevedendo l'esenzione della prima casa, salvo quelle di particolare pregio, e i piccoli patrimoni, nonché misure di revisione della imposizione sul reddito delle persone fisiche in senso maggiormente progressivo, garantendo complessivamente la copertura dell'incremento del fabbisogno sanitario nazionale standard di cui al comma 1.

Il comma 4 autorizza il Ministro dell'economia e delle finanze a provvedere, con propri decreti, alle occorrenti variazioni di bilancio per l'attuazione della presente legge.

L'art. 17 (Entrata in vigore) disciplina l'entrata in vigore della presente legge.

DIRITTO ALLA PROPOSTA DI LEGGE DI INIZIATIVA POPOLARE SALUTE

SA
LU
TE

► Governo pubblico, programmazione e partecipazione per garantire universalità, uguaglianza, equità e globalità



Inquadra il QR code,
approfondisci i contenuti
e firma la proposta di legge



¹⁷ Sussidi intesi nella loro definizione più ampia comprendendo, tra gli altri, gli incentivi, le agevolazioni, i finanziamenti agevolati, le esenzioni da tributi direttamente finalizzati alla tutela dell'ambiente (art. 68 della legge 28 dicembre 2015 n. 221), ossia sussidi che possono favorire o incoraggiare comportamenti e scelte di consumo, investimento e produzione dannosi per l'ambiente.

Sintesi della proposta di legge di iniziativa popolare

“Disposizioni per rendere effettivo il diritto alla salute mediante il rafforzamento del Servizio Sanitario Nazionale e la valorizzazione del personale”

Finalità e principi

Art. 1 – Principi, finalità e governo pubblico del SSN

Esponde gli obiettivi e gli strumenti per **rendere effettivo il diritto alla tutela della salute** su tutto il territorio nazionale, adeguando l’offerta di assistenza ai bisogni della popolazione, con interventi volti ad **arrestare il declino del SSN** e a promuoverne il **progressivo rafforzamento**, nel rispetto dei principi della **Costituzione** e della **Legge 833/1978**.

Il **governo pubblico** del SSN è garantito da Stato, Regioni ed Enti locali a tutela della salute di tutte le persone presenti nel territorio nazionale.

Va assicurata **parità di trattamento** a parità di bisogno e vanno **contrastate le disuguaglianze** nell’accesso ai servizi e nelle condizioni di salute e promossa l’integrazione tra assistenza sanitaria e sociale.

Prevede la **partecipazione** del personale, dei cittadini, del sindacato e delle forze sociali.

La sostenibilità del SSN non può essere garantita attraverso il **secondo pilastro**.

La competenza regionale su programmazione e organizzazione dei servizi comprende **prevenzione, assistenza distrettuale e ospedaliera** (compresi gli ospedali di rilievo nazionale).

Le disposizioni di cui alla legge n. 86/2024 sull’**autonomia differenziata non si applicano** alle funzioni in materia di «tutela della salute».

Risorse

Art. 2 - Disposizioni per il finanziamento del SSN

Interviene per garantire al SSN risorse adeguate, proponendo il progressivo allineamento del finanziamento del SSN ai valori medi dei paesi UE più avanzati, fissandolo a un **livello non inferiore al 7,5% del PIL** (a decorrere dal 2030).

Prevede che il finanziamento del SSN non possa mai essere inferiore a quello dell’anno precedente, indipendentemente dall’evoluzione della spesa per la difesa. L’incremento delle risorse deve essere **interamente destinato** al potenziamento di **servizi e cure** direttamente erogati dalle strutture del **SSN**.

Blocca inoltre la spesa per prestazioni sanitarie da soggetti privati accreditati.

Personale

Art. 3 - Rafforzamento e valorizzazione del personale del SSN

Dispone una serie di misure per **riconoscere il valore del lavoro di chi tutela e promuove la salute, assiste e cura** e per contrastare i fenomeni di abbandono e le difficoltà di reclutamento nonché per favorire l’ingresso dei giovani all’interno del SSN.

Stabilisce che la **definizione degli organici del personale del SSN e la relativa spesa** devono rispondere primariamente a **obiettivi di tutela della salute** a garanzia: della tempestiva erogazione di prestazioni, servizi e percorsi assistenziali; della valorizzazione e appropriato impiego di tutte le professionalità; del pieno rispetto delle norme in materia di salute e sicurezza, orario di lavoro.

Dispone che la **spesa per il personale del SSN non deve più essere soggetta ad alcun tetto**.

Promuove interventi per la piena valorizzazione del personale dipendente del SSN, prevede interventi di adeguamento degli organici, **valorizzazione del lavoro e della contrattazione per incrementare la retribuzione** tabellare e renderla attrattiva rispetto al contesto europeo.

Interviene sul trattamento economico e normativo del personale dei profili sanitario e sociosanitario delle **residenze sanitarie assistenziali** di proprietà pubblica e delle **strutture private accreditate** da equiparare a quello delle corrispondenti professionalità di enti e aziende del SSN.

Art. 4 – Reclutamento e formazione del personale

Dispone provvedimenti specifici per la formazione e il reclutamento di personale.

Prevede che i Ministri della Salute e dell'Università promuovano **l'accesso ai percorsi formativi** e sostengono la **valorizzazione delle professioni sanitarie**.

Dà mandato alle Regioni e P.A. di procedere al **reclutamento di personale**, con particolare attenzione del personale infermieristico, attraverso **assunzioni a tempo indeterminato** per **garantire adeguati organici**, al netto del turn over, anche in relazione al potenziamento dell'**assistenza territoriale** prevista dalla Missione 6 del PNRR (DM n. 77/2022).

Prevede per i **medici di medicina generale** la creazione di una **specializzazione universitaria** analoga a quella del personale medico del SSN e il progressivo passaggio per MMG e Pediatri di libera scelta (PLS) dall'attuale rapporto convenzionale alle dipendenze del SSN.

Introduce per MMG e PLS attualmente titolari di un rapporto convenzionale con il SSN la possibilità di **passare, a domanda, nel ruolo della dirigenza medica del SSN**.

Art. 5 – Disciplina delle esternalizzazioni

Dispone che gli Enti del SSN **non possono ricorrere all'affidamento a terzi delle attività caratteristiche** connesse alle finalità istituzionali di prevenzione e di assistenza sanitaria e sociosanitaria diretta alle persone e alle comunità.

Le attività che non possono essere esternalizzate sono definite con decreto del Ministero della Salute.

Le competenze acquisite dal personale impiegato nei servizi esternalizzati vanno riconosciute al fine della partecipazione ai concorsi pubblici.

Ambiti prioritari di intervento

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

Prevede una serie di interventi per garantire la **tutela della salute e della sicurezza** dei lavoratori/trici e della collettività, a partire dai luoghi del SSN, in cui sono accolte le persone e in cui operano i professionisti.

Dispone la definizione di un **Programma straordinario nazionale di azione** per la prevenzione degli infortuni e delle malattie professionali e la tutela della salute negli ambienti di lavoro, e il miglioramento di qualità e quantità delle verifiche ispettive, anche attraverso l'incremento del **personale** dei dipartimenti di prevenzione.

Prevede l'**interoperatività delle banche dati**, l'introduzione del **DURC su salute e sicurezza**, il rafforzamento dell'azione delle **istituzioni scolastiche** per la diffusione della cultura della sicurezza e della prevenzione nei luoghi di lavoro, **medici competenti** iscritti in un registro delle aziende sanitarie locali.

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

Assicura lo **sviluppo omogeneo dell'assistenza territoriale**.

Rende **prescrittive e obbligatorie** talune disposizioni del **Decreto 77/2022**, migliorandone i contenuti.

Prevede che il **Distretto socio-sanitario** sia chiamato ad assicurare le cure primarie, le prestazioni sanitarie e sociosanitarie, la **gestione integrata** dei servizi in collaborazione con gli ATS.

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

Riconosce che la salute delle persone anziane è una delle priorità del nostro Paese, da affrontare affermando il diritto all'assistenza e alle cure con una copertura pubblica, universale e uniforme.

Potenzia i percorsi assistenziali a favore delle **persone anziane** garantendo la piena integrazione tra ATS e aziende sanitarie.

Dispone l'incremento del **Fondo nazionale per la non autosufficienza**, a favore dei 3,9 milioni di persone anziane, in prevalenza donne, non più autosufficienti, garantendo dignità e auto-determinazione.

Prevede che le Aziende Sanitarie e gli ATS assicurino **assistenza e cure domiciliari** e sostegni adeguati.

Modifica il D.Lgs. n. 29/2024 ampliando la **prestazione universale**, rideterminata in modo variabile tra 850 e 1.800 euro mensili, riconosciuta a tutte le **persone ultra 65enni** con bisogno assistenziale grave o gravissimo, con ISEE non superiore a 50.000 euro, graduata secondo lo specifico bisogno assistenziale.

Prevede l'aumento dell'**assistenza domiciliare** fino a prendere in carico almeno il **30% della popolazione con oltre 65 anni entro il 2028**.

Definisce principi, percorsi personalizzati e programmi relativi alla assistenza a persone anziane e fragili in **strutture residenziali e semiresidenziali**.

Le Regioni assicurano che le attività di **assistenza residenziale e semiresidenziale** siano orientate a garantire la dignità della persona, il contrasto all'isolamento e il mantenimento dei legami affettivi.

Art. 9 - Politiche per la salute di genere, il supporto alla genitorialità e il sostegno all'educazione sessuo-affettiva

Dispone che le Regioni assicurino il **potenziamento dei consultori familiari** e lo standard di **un consultorio ogni 20 mila abitanti**, con un'**equipe multiprofessionale** composta almeno da ostetrica, assistente sociale, ginecologa/o e psicologa/o.

Prevede l'accesso all'**IVG farmacologica** in ogni distretto, anche a domicilio, l'offerta gratuita di tutti i **metodi contraccettivi**, l'assistenza domiciliare in puerperio, il sostegno all'allattamento ecc. per almeno 6 mesi per tutti i **nuclei con un neonato**.

Abrogazione delle norme su **associazioni antiabortiste** nei consultori (art. 44 quinquies DL n. 19/2024).

Prevista l'**educazione sessuo-affettiva** nell'ambito del sistema di istruzione.

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

Prevede che alle **persone con disturbi mentali**, adulti, giovani e minori, vengano assicurati la presa in carico e percorsi assistenziali, terapeutici, riabilitativi inclusivi e partecipati.

Vanno **rafforzati i servizi territoriali per la salute mentale**, potenziando la presenza di tutte le figure professionali e garantendo l'accessibilità ai servizi territoriali nelle 24 ore e per 365 giorni/anno.

Devono essere realizzati progetti per il superamento della **contenzione** e assicurati programmi per il diritto alla salute e alle cure delle **persone detenute** in carcere o sottoposte a misure di sicurezza detentiva.

Art. 11 – Misure per le persone che usano droghe, giocano d'azzardo e con comportamenti affini

Prevede interventi e servizi integrati di **tutela e promozione della salute e di cura** per le persone con problemi legati all'**uso non controllato di sostanze**, e alle **dipendenze anche comportamentali** nella prospettiva della **riduzione dei danni** e dei rischi e nel rispetto dei diritti civili.

Art. 12 – Misure per il rispetto dei tempi di attesa

Dispone la garanzia del rispetto dei **tempi di attesa** attraverso il necessario investimento nel SSN, in termini di incremento delle risorse e del personale dipendente, il riordino dell'assistenza territoriale, e della **presa in carico** dei bisogni di salute delle persone, in particolare se con **patologie croniche** o inserite in un **PDTA** alle quali la prenotazione deve essere effettuata direttamente dai responsabili dell'assistenza.

Monitoraggio e copertura finanziaria

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

Istituisce la **Commissione per il rafforzamento del SSN** con il compito di monitorare e sottoporre a verifica puntuale le attività svolte e i risultati raggiunti da Ministero, Regioni e Province autonome in attuazione degli obiettivi specifici indicati dalla legge.

Art. 14 – Potenziamento della ricerca indipendente e governo dell'assistenza farmaceutica

Il Ssn promuove, finanzia e valorizza la **ricerca indipendente** volta a produrre conoscenze sulla efficacia comparativa dei farmaci, con particolare attenzione alla **fase preclinica**; finanzia studi clinici sperimentali, osservazionali e revisioni sistematiche.

Relativamente alla **spesa farmaceutica**, dispone la **revisione straordinaria del Prontuario terapeutico nazionale** e definisce nuovi criteri per la determinazione del **teetto alla spesa farmaceutica** a carico del SSN.

Art. 15 – Programmazione sanitaria

Prevede, assicurando la più ampia partecipazione, l'adozione del **Piano sanitario nazionale 2027-2029** come fondamentale strumento di indirizzo politico e di governo pubblico a garanzia dell'unitarietà del SSN e della uniformità di assistenza a parità di bisogno su tutto il territorio nazionale.

Art. 16 - Copertura finanziaria

È previsto che ai maggiori oneri derivanti dalla presente legge, pari a **10.900 milioni** di euro per il 2027, ulteriori **9.300 milioni** di euro per il 2028 e ulteriori **7.800 milioni** di euro a decorrere dal 2029, si provveda attraverso le maggiori entrate derivanti da:

- **lotta all'evasione fiscale**
- rimodulazione ed eliminazione dei **sussidi dannosi per l'ambiente (SAD)**
- interventi di razionalizzazione e revisione della **spesa farmaceutica**
- eventuale misura di **tassazione sui patrimoni** (esclusi prima casa e piccoli patrimoni).

Art. 17 - Entrata in vigore

Entrata in vigore il giorno successivo a quello della pubblicazione nella Gazzetta Ufficiale.



SALUTE e SANITA'

**Rafforziamo il SSN, rendiamo effettivo
il diritto alla tutela della salute**

A cura dell'Area Stato Sociale e Diritti

SECONDA PARTE



Maggio 2026

Salute e sanità nella Legge Bilancio 2026

Nel 2025, per il **Fabbisogno Sanitario Nazionale** sono previsti 136,5 miliardi di euro pari a **6,05% del PIL**, in rapporto al quale la spesa per il SSN tocca il valore più basso degli ultimi decenni. Dunque, dal suo insediamento nel 2022 (quando il FSN era al 6,42%), il Governo Meloni ha tagliato quasi mezzo punto di PIL delle risorse del Paese destinate alla sanità pubblica, che corrisponde a **9 miliardi di euro in meno all'anno**.

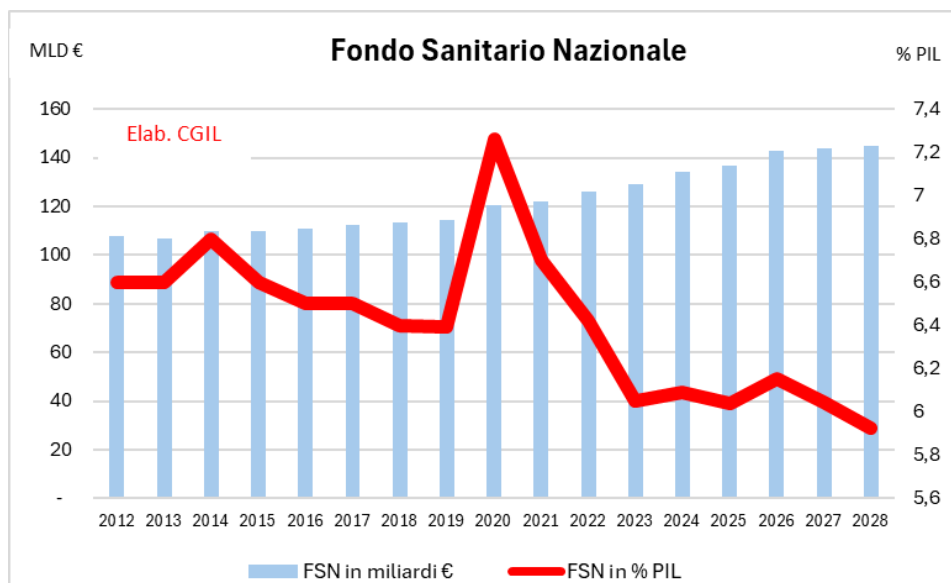
La **Legge di Bilancio 2026 ha previsto un incremento di soli 2,4 miliardi di euro** per il 2026 (poi di 2,6 miliardi rispettivamente per il 2027 e 2028), che si aggiunge a quello già previsto dalla Legge di Bilancio 2025, portando il Fabbisogno Sanitario Nazionale del 2026 a **142,9 miliardi di euro**, che rappresenta appena il **6,15% del PIL**.

In rapporto al PIL, il FSN non solo resta a livelli assolutamente bassi, ma è destinato a scendere di nuovo al 6,04% nel 2027 fino a **sprompfondare al 5,92%** nel 2028: valori assolutamente inadeguati a rispondere ai bisogni urgenti della sanità pubblica e che allontanano ulteriormente l'Italia dagli investimenti dei Paesi europei più avanzati.

La dinamica del finanziamento del SSN

	2023	2024	2025	2026	2027	2028
PIL nominale (PSB, legislazione vigente, in mil. €)	2.128.001	2.189.651	2.255.728	2.323.318	2.381.380	
Fabbisogno Sanitario Naz.le (LB 2025, in mil. €)	128.874	134.017	136.536	140.505	141.259	142.128
Incremento FSN (DDLB 2026, in mil.€)				2.382	2.631	2.633
Fabbisogno Sanitario Naz.le (DDLB 2026, in mil. €)				142.887	143.890	144.761
variazione in % rispetto all'anno precedente				4,65	0,70	0,61
% PIL	6,05	6,09	6,05	6,15	6,04	5,92

Elab. CGIL dati Legge di Bilancio 2026, PSFP, UPB



L'insufficiente finanziamento del **Fabbisogno sanitario nazionale** è destinato ad ampliare la forbice rispetto alla **Spesa sanitaria** a cui contribuiscono anche le Regioni. Forbice stimata in 9,4 miliardi di euro per il 2026 e che arriverà a 13,6 miliardi di euro nel 2028.

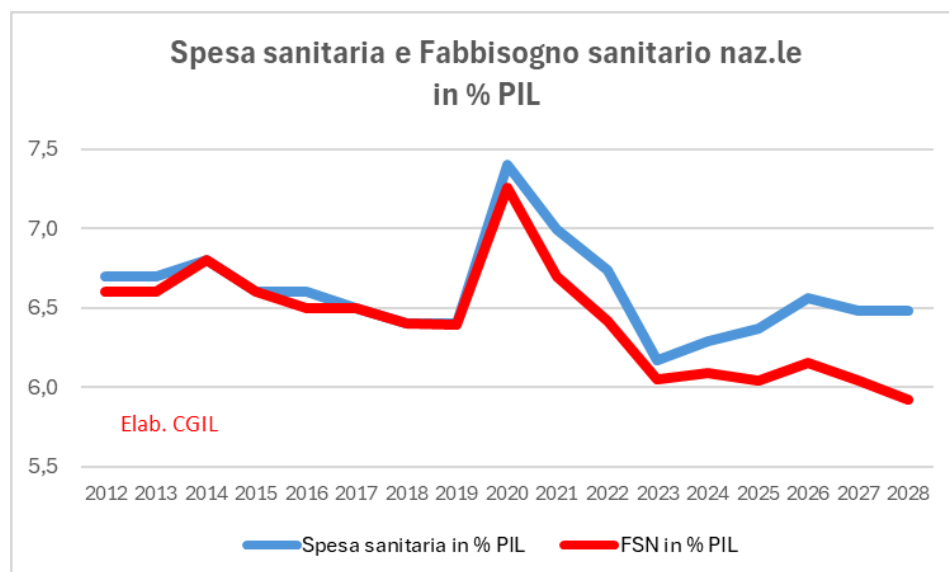
Con il Governo che riduce l'impegno sulla sanità pubblica e le Regioni costrette a **tagliare altre voci di bilancio per non sforbicare servizi e prestazioni sanitarie**, si va delineando una prospettiva destinata ad aggravare irreversibilmente la loro già precaria condizione economico-finanziaria.

La [Corte dei Conti](#) ha recentemente evidenziato come **stiano crescendo le Regioni che presentano disavanzi prima delle coperture** (1,5 miliardi di euro complessivi nel 2024), un fenomeno che si estende anche alle "Regioni che finora avevano sempre garantito un'elevata qualità dei servizi e un equilibrio economico".

Spesa sanitaria e Fabbisogno sanitario naz.le negli anni

Anno	FSN in mil. €	FSN in % PIL	Spesa sanitaria in mil. €	Spesa san. in % PIL	Diff. Spesa sanitaria- FSN in mil. €
2012	107.961	6,6	108.570	6,7	609
2013	107.005	6,6	107.890	6,7	885
2014	109.928	6,8	109.712	6,8	- 216
2015	109.715	6,6	110.008	6,6	293
2016	111.002	6,5	110.977	6,6	- 25
2017	112.577	6,5	112.185	6,5	- 392
2018	113.404	6,4	114.423	6,4	1.019
2019	114.474	6,4	114.936	6,4	462
2020	120.557	7,3	122.469	7,4	1.912
2021	122.061	6,7	128.393	7,1	6.332
2022	125.980	6,4	130.708	6,7	4.728
2023	128.874	6,1	131.842	6,2	2.968
2024	134.017	6,1	138.335	6,3	4.318
2025	136.536	6,04	144.021	6,4	7.485
2026	142.905	6,15	152.331	6,6	9.426
2027	143.909	6,04	154.377	6,5	10.468
2028	144.778	5,92	158.352	6,5	13.574

Elab. CGIL dati Disegno di Legge di Bilancio 2026, DPFP, Corte dei Conti, UPB



PNRR M6 - Missione Salute

Il PNRR, nella **Missione 6 Salute (M6)**, prevede importati riforme e investimenti destinati al Servizio Sanitario Nazionale e da realizzare entro il 2026.

Obiettivi sono quelli di ridisegnare la rete di assistenza sanitaria territoriale con professionisti e prestazioni disponibili in modo capillare su tutto il territorio nazionale per una sanità che sia vicina e prossima alle persone, innovare il parco tecnologico ospedaliero, digitalizzare il Servizio sanitario nazionale, investire in ricerca e formazione del personale sanitario per una sanità più sicura, equa e sostenibile.

Il PNRR - Missione 6 – Salute, nelle 2 componenti C1 “Reti di prossimità, strutture e telemedicina per l’assistenza territoriale” e C2 “Innovazione, ricerca e digitalizzazione del servizio sanitario”, prevede oltre 10 mila progetti per un finanziamento complessivo di **20,2 miliardi di €** (di cui 14,9 miliardi di € solo PNRR).

Alla data del 26 febbraio 2026, risultano effettuati **pagamenti per 7,6 miliardi di €** pari al **37,6% dei fondi disponibili**.

Dei progetti monitorati, ne risultano **completati il 46,1% del totale**.

Particolarmente preoccupanti i ritardi nella realizzazione di opere di edilizia sanitaria (Case della Comunità, Ospedali di Comunità, Verso un ospedale sicuro e sostenibile).

Per approfondire, vedi il report della [“CGIL “PNRR Missione Salute: cronaca di un’occasione persa \(?\). Lo stato di attuazione dei progetti per l’assistenza territoriale”](#).

PNRR - MISSIONE 6 - Salute							
	Progetti finanziati	Progetti completati	% progetti completati/ totale	Finanziamento totale (€)	Pagamenti di cui PNRR (€)	Pagamenti effettuati (€)	% Pagamenti/ finanziam.
M6C1 - Reti di prossimità, strutture per assistenza territoriale	2.794	920	32,9%	10.205.721.764	7.081.284.977	3.422.436.602	33,5%
1.01 Case Comunità	1.412	159	11,3%	2.869.097.393	1.999.953.093	962.428.945	33,5%
1.03 Ospedali Comunità	429	32	7,5%	1.266.661.863	999.996.864	384.518.460	30,4%
1.02 Casa primo luogo di cura e telemedicina	953	729	76,5%	6.069.962.508	4.081.335.020	2.075.489.197	34,2%
M6C2 - Innovazione, ricerca e digitalizzazione del SSN	7.564	3.860	51,0%	10.035.996.472	7.775.347.075	4.188.300.666	41,7%
2.02 Verso un ospedale sicuro e sostenibile	259	43	16,6%	1.996.201.824	887.394.795	723.179.090	36,2%
2.01 Ammodernamento parco tecnologico e digitale ospedaliero	4.838	3.720	76,9%	4.389.688.687	4.016.022.094	2.548.909.978	58,1%
2.03 Rafforzamento infrastruttura tecnologica e raccolta dati	333	28	8,4%	1.612.227.222	1.611.779.182	669.257.596	41,5%
2.04 Rafforzamento ricerca biomedica SSN	1.870	14	0,7%	530.958.029	522.551.004	136.601.918	25,7%
2.05 Sviluppo competenze tecniche e professionali personale SSN	264	55	20,8%	1.506.920.710	737.600.000	110.352.084	7,3%
Missione 6	10.358	4.780	46,1%	20.241.718.236	14.856.632.052	7.610.737.268	37,6%

Elab. CGIL dati Regis 26.2.2026

Nelle regioni

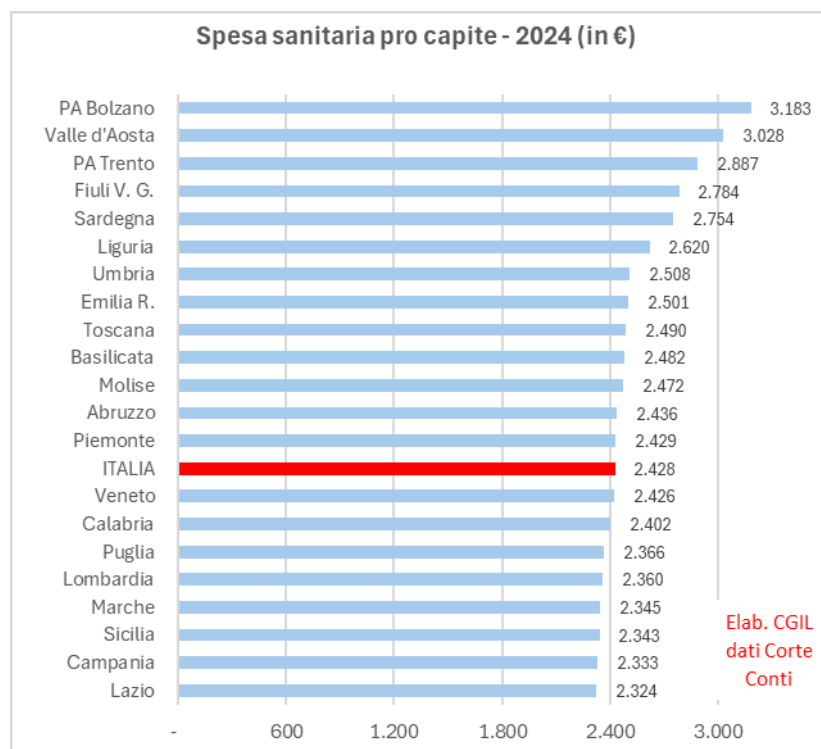
Con queste pagine, che non hanno certo l'obiettivo di sviluppare un'analisi compiuta sui modelli sanitari regionali e territoriali, si vogliono fornire alcuni spunti che, assieme al quadro nazionale, possono essere utili per ampliare riflessioni, rivendicazioni e dibattiti in merito alle variegate situazioni della sanità nelle diverse realtà territoriali, sia dal punto di vista economico-finanziario che sul fronte dei servizi e delle prestazioni garantite.

Si tratta di **indicatori che devono necessariamente essere contestualizzati** nei differenti livelli regionali e ulteriormente approfonditi, interpretati, disarticolati al fine di ridurre le forti differenze tra territori.

Lo sforzo da generare si deve tradurre nel tentativo di indirizzare il decisore politico ad assumere scelte organizzative e finanziarie volte a **ridurre le disuguaglianze nella tutela del diritto alla salute e alla cura delle persone o a far emergere le grandi contraddizioni tra Governo e Regioni.**

Spesa sanitaria pro capite – 2024

Secondo i dati della [Corte dei Conti](#), nel 2024, la **spesa sanitaria pro-capite** è stata pari a **2.428 euro**, con notevoli differenze tra le regioni. È la stessa Corte dei Conti a rimarcare come tale variabilità interregionale metta in luce non tanto le differenze nei bisogni delle popolazioni quanto piuttosto le diverse capacità e modelli di produzione dell'assistenza a livello regionale.



L'assistenza ospedaliera

Secondi i dati del [Ministero della Salute](#), nel 2023 il SSN dispone e si avvale di **996 strutture di ricovero e cura** (di cui il 51,3% pubblici e 48,7% accreditati) con **216 mila posti letto complessivi** di cui 194 mila per degenza ordinaria (di cui il 78,9% pubblici), 12 mila per day hospital (89,3% pubblici) e 8 mila per day surgery (77,2% pubblici). Sono disponibili mediamente **3,66 posti letto ogni 1.000 abitanti** di cui 3,07 posti letto per acuti e 0,59 posti per riabilitazione e lungodegenza.

Nel 2022 i posti letto ospedalieri complessivi erano 225 mila, di cui 180 mila pubblici e 45 mila privati: **in un anno sono stati tagliati quasi 10 mila posti letto ospedalieri**. I tagli hanno colpito soprattutto i posti pubblici (-8 mila posti, pari a -4,6%) e, in misura minore i posti accreditati (oltre mille posti in meno, pari a -3,0%).

Posti letto ospedalieri nelle strutture pubbliche e accreditate - anno 2023

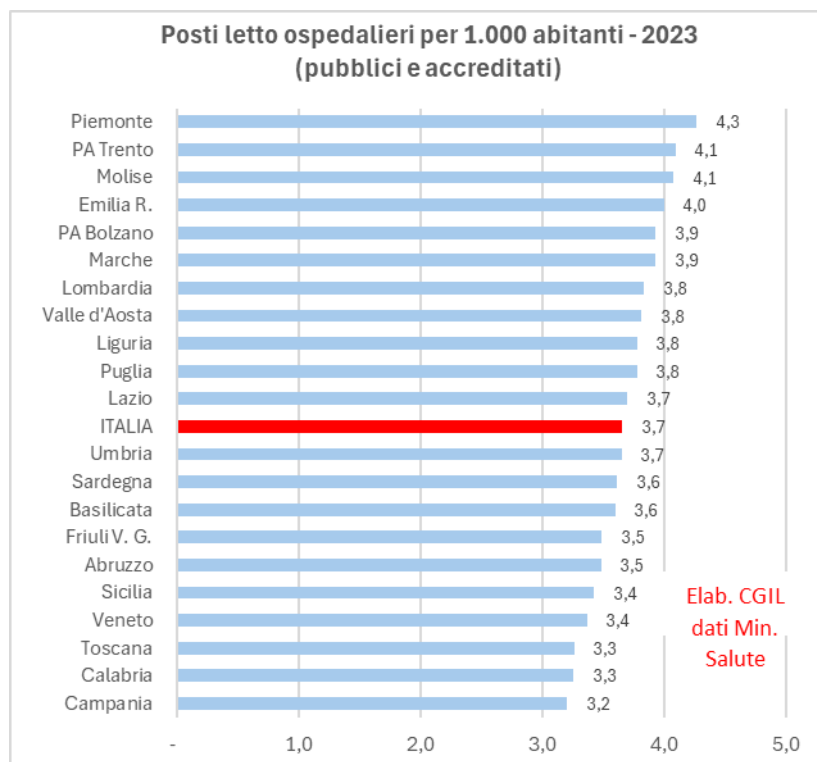
	Day Hospital	Day Surgery	Degenza Ordinaria	Degenza a Pagamento	Totale	pl in %	Posti per 1.000 abitanti
Posti letto pubblici	10.452	6.307	153.354	1.545	171.658	79,5%	2,91
Posti letto accreditati	1.248	1.867	41.054	-	44.169	20,5%	0,75
Totale	11.700	8.174	194.408	1.545	215.827	100,0%	3,66
pl in %	5,4%	3,8%	90,1%	0,7%	100,0%		

Elab. CGIL - Dati Ministero Salute

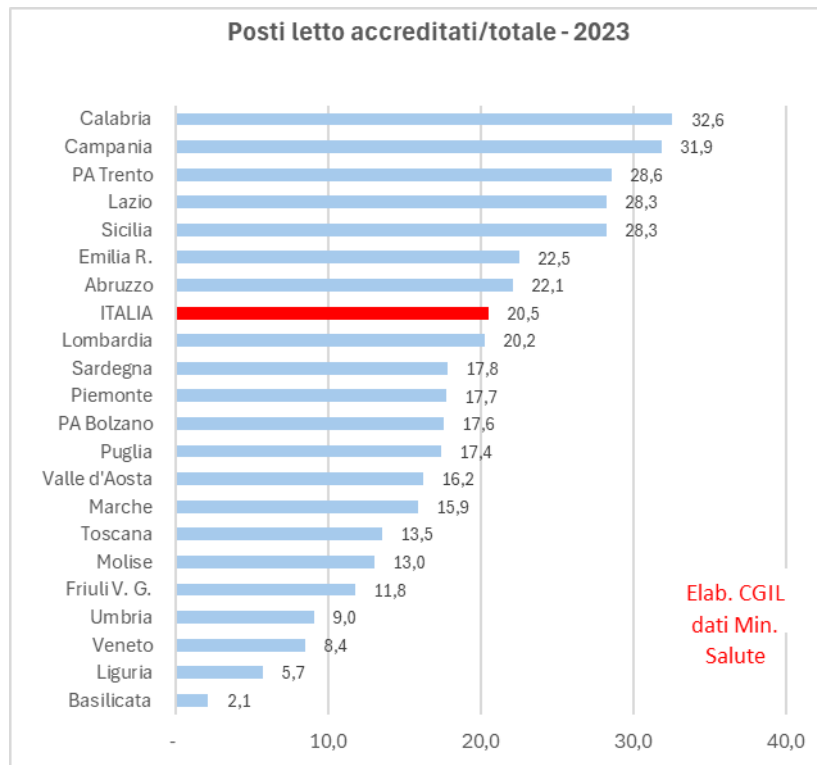
Posti letto ospedalieri - Differenze 2023-2022

	2022	2023	Diff. 2023-2022	% 2023-2022
Posti letto pubblici	179.938	171.658	-8.280	-4,6%
Posti letto accreditati	45.531	44.169	-1.362	-3,0%
Totale	225.469	215.827	-9.642	-4,3%

Elab. CGIL - Dati Ministero Salute

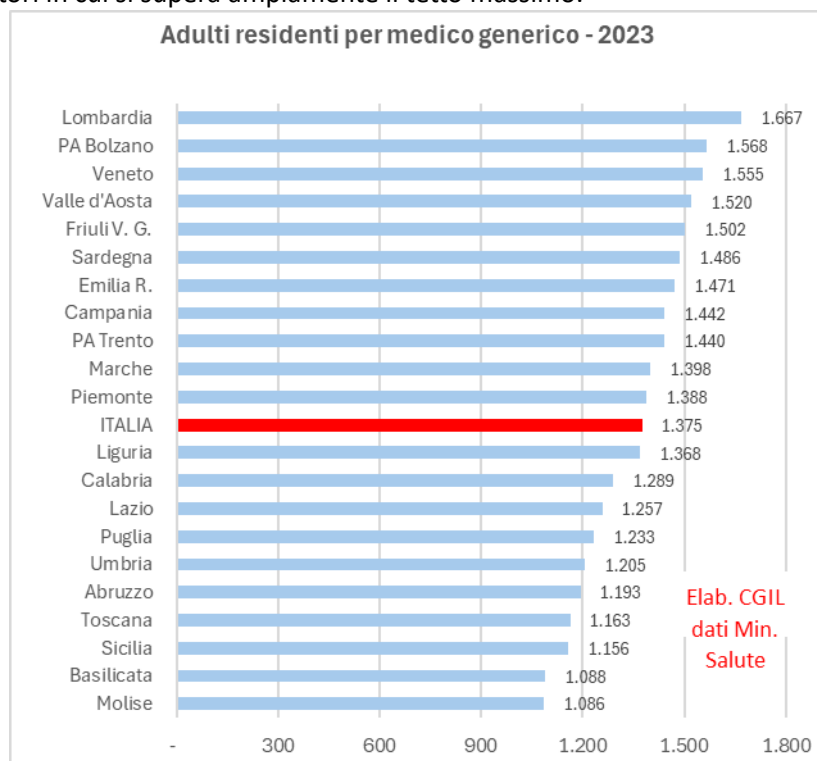


Dei 216 mila posti letto complessivi (degenza ordinaria, day hospital, day surgery), i **posti letto accreditati** rappresentano mediamente il **20,5%** del totale.

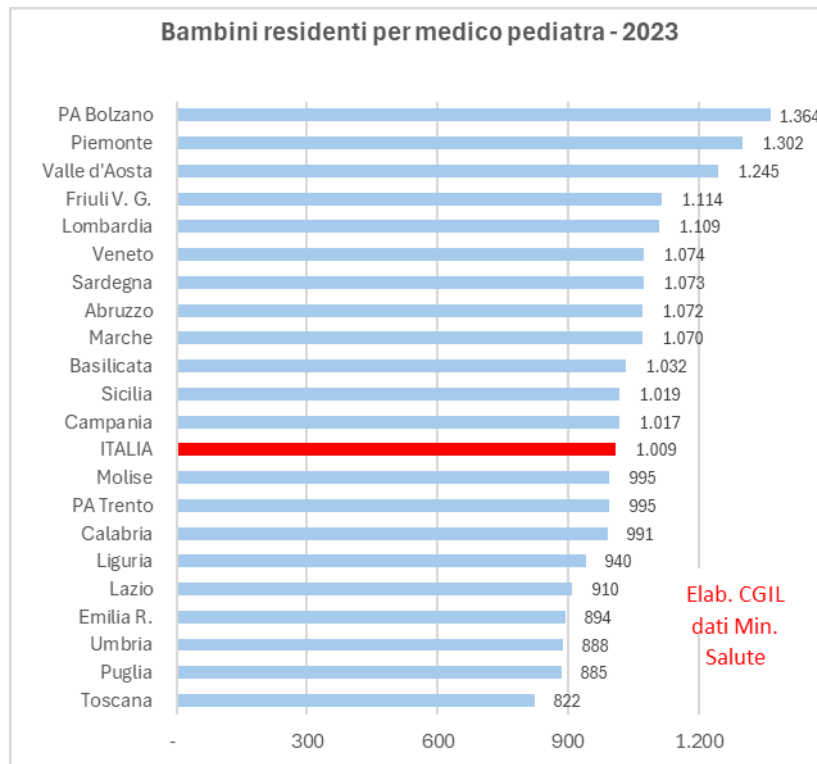


Medicina generale – 2023

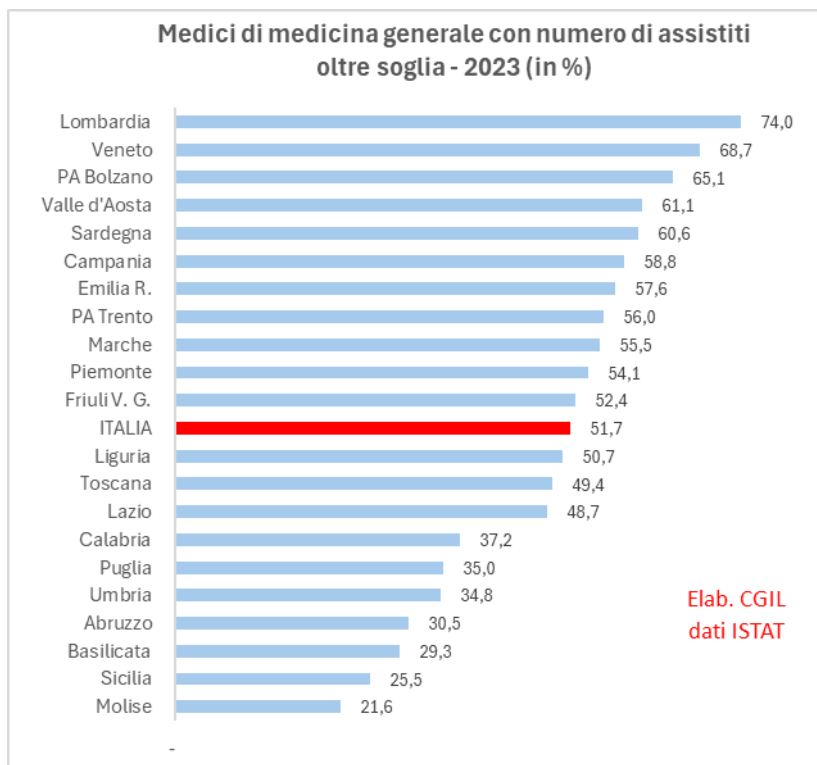
Il contratto dei **medici di medicina generale** (ACN – Accordo Collettivo Nazionale) prevede, salvo eccezioni, che ciascun MMG assista al massimo 1.500 pazienti adulti (di età superiore ai 13 anni). Secondo i dati del [Ministero della Salute](#), nel 2023, la media nazionale è di 1.375 assistiti per medico di medicina generale, in crescita e con territori in cui si supera ampiamente il tetto massimo.



Ancora più difficile la situazione dei **pediatri di libera scelta** ciascuno dei quali dovrebbe assistere non più di 800 bambini (di età compresa fra 0 e 13 anni) ma a livello nazionale gli assistiti medi per pediatra sono addirittura 1.009, in crescita, e in tutte le regioni il dato medio è superiore a 800 bambini.

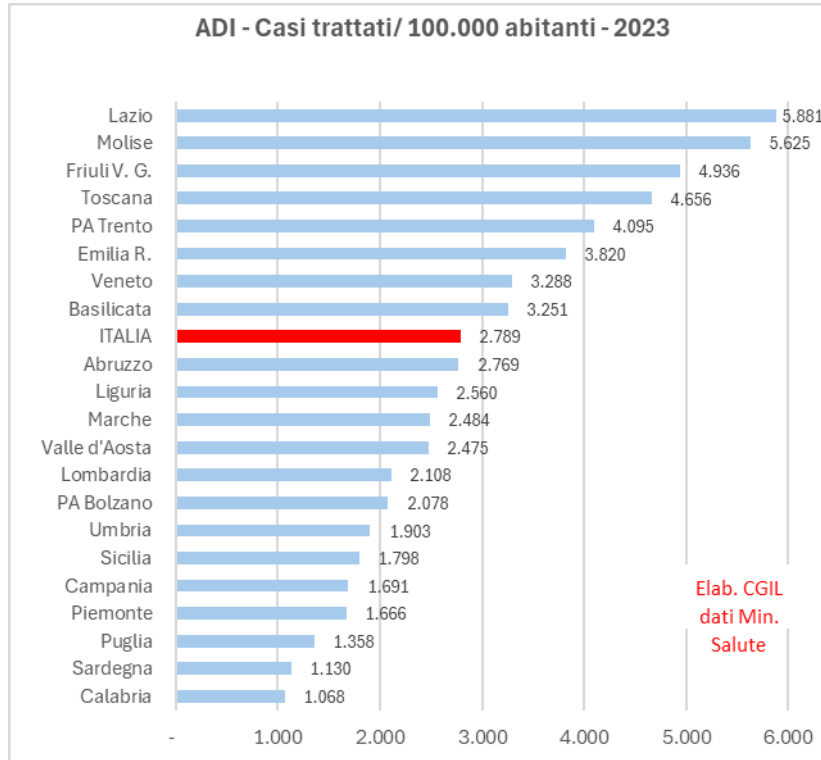


Secondo l'[ISTAT](#), nel 2023 i medici di medicina generale che presentano un numero di assistiti oltre la soglia rappresentano il 51,7% del totale, in peggioramento e con punte particolarmente elevate in alcune regioni.

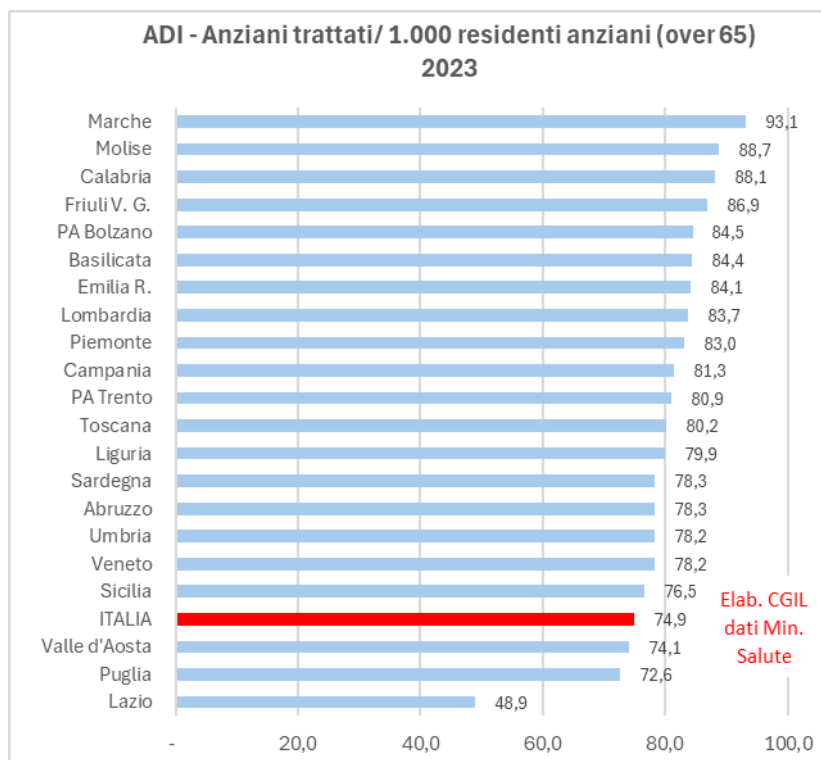


Assistenza domiciliare integrata – ADI

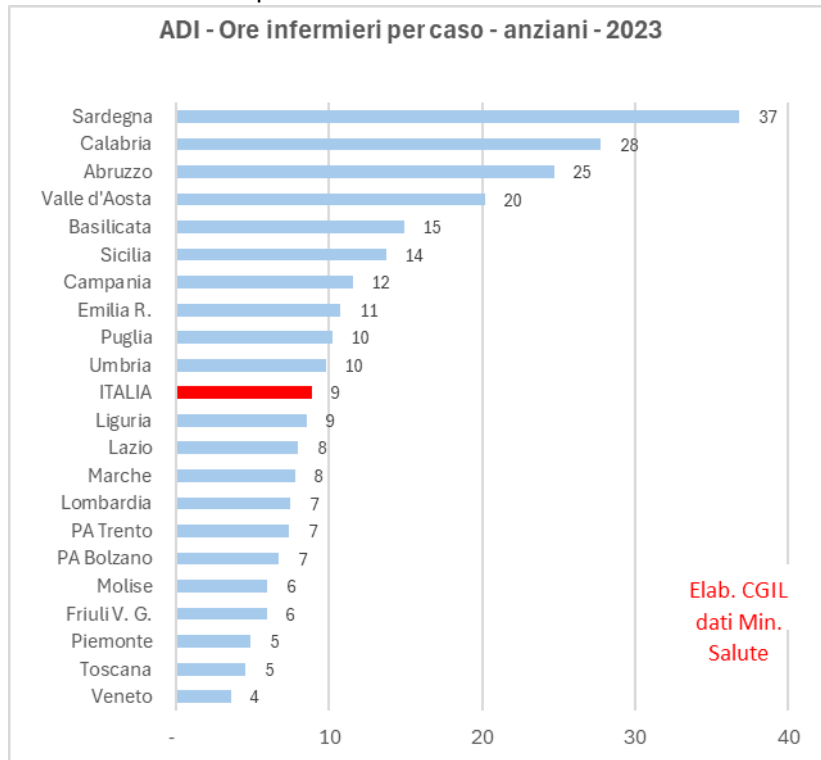
Secondo i dati del [Ministero della Salute](#), nel 2023 l'assistenza domiciliare integrata è stata garantita a 1,6 milioni di pazienti dei quali il 74,9% è rappresentato da anziani (over 65). In rapporto alla popolazione, sono stati trattati 2.789 casi ogni 100.000 abitanti, con livelli di presa in carico molto differenziati (v. grafico successivo su ADI – ore infermiere per caso trattato).



In rapporto alla popolazione anziana, nel 2023 sono stati trattati in Assistenza Domiciliare Integrata 74,9 anziani ogni 1.000 residenti over 65.

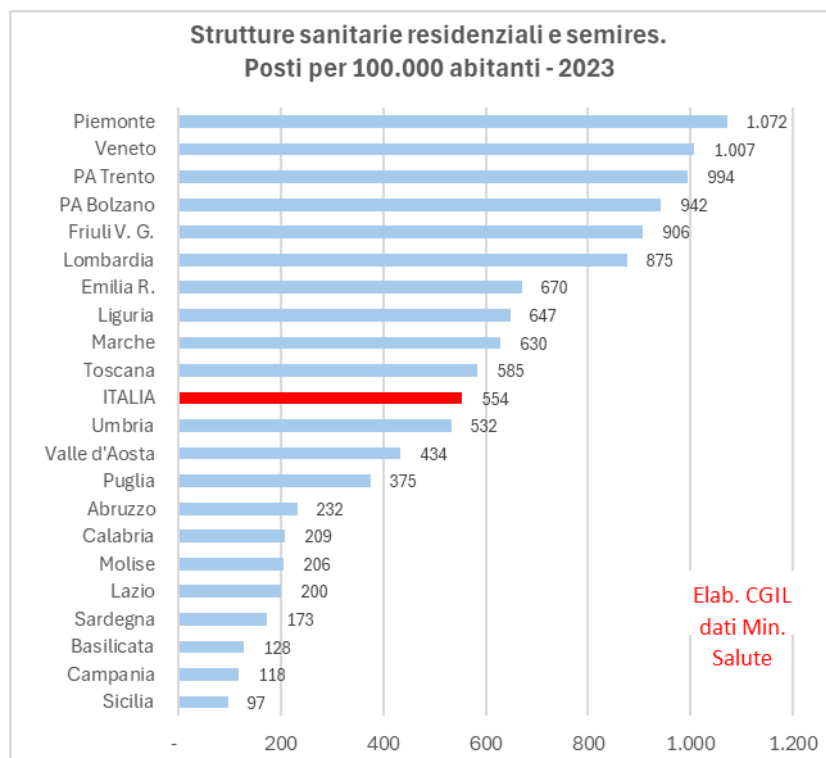


Mediamente a ciascun paziente sono state dedicate nel 2023 circa **15 ore di assistenza, in calo** (erano 18 nel 2022), erogata in gran parte dal **personale infermieristico** (10 ore per caso). Le ore dedicate a **ciascun assistito anziano** sono state mediamente 14 (erano 16 nel 2022) di cui 9 erogate da personale infermieristico, 3 da terapisti della riabilitazione e 2 da altri operatori.



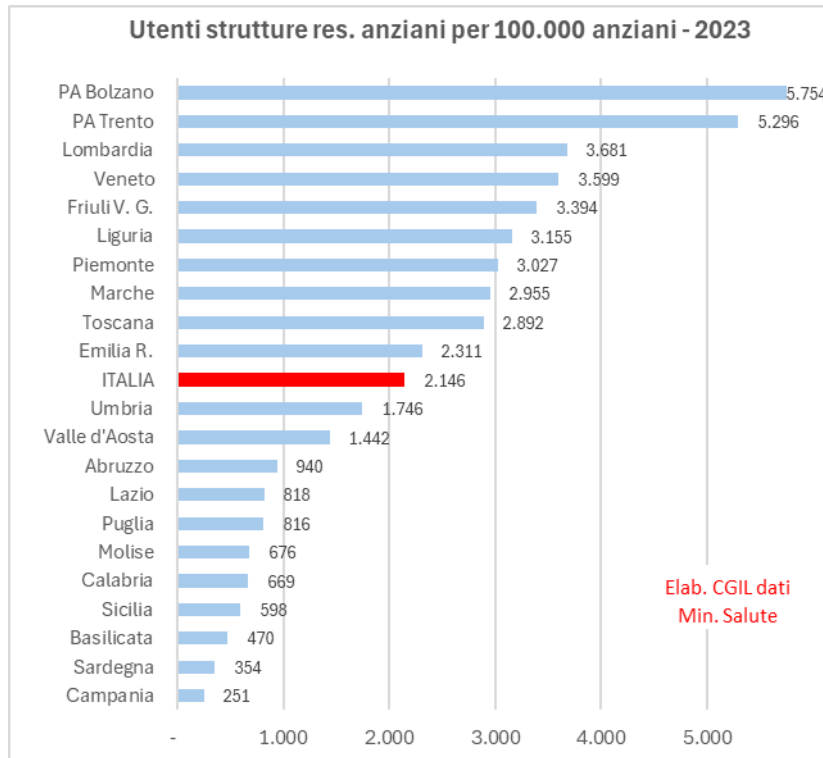
Strutture sanitarie residenziali e semiresidenziali

Per quanto riguarda le strutture territoriali, nel 2023 sono state censite **8.114 strutture residenziali** (Residenze Sanitarie Assistenziali, Case protette, Hospice, ecc.), 3.192 strutture semiresidenziali (Centri diurni psichiatrici, ecc.) e 6.760 strutture di altro tipo (Centri dialisi, Centri di salute mentale, Consultori familiari, ecc.). Nelle strutture residenziali e semiresidenziali sono stati censiti 326 mila posti pari a 554 ogni 100.000 abitanti.



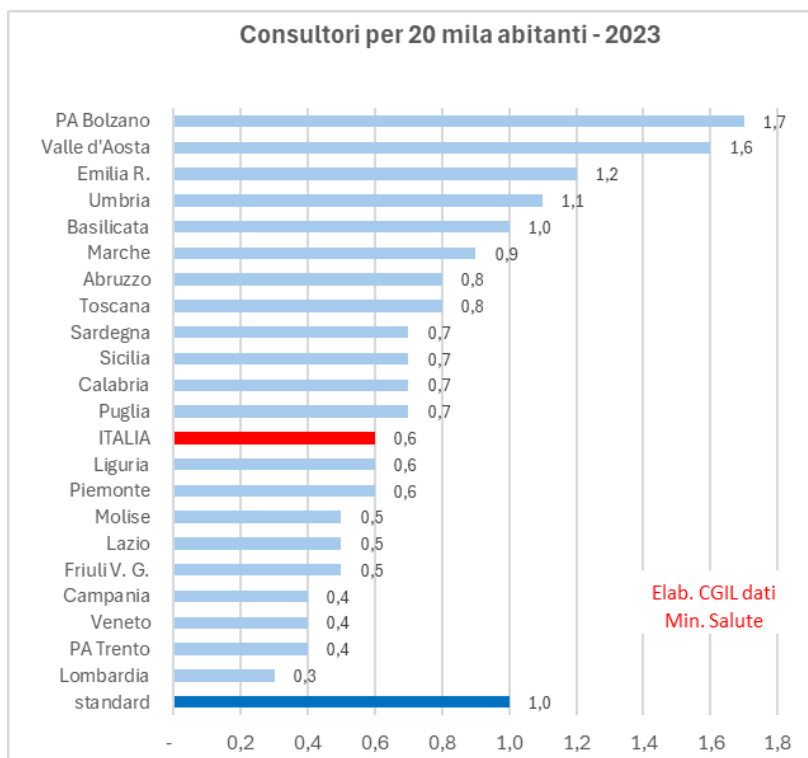
Il **70,1% dei posti nelle strutture residenziali e semiresidenziali** è dedicato all'assistenza degli anziani, l'11,2% all'assistenza psichiatrica, il 16,8% all'assistenza di disabili psichici e fisici e l'1,1% ai pazienti terminali e lo 0,7% all'assistenza di neuropsichiatria infantile e dell'adolescenza.

Per quanto riguarda l'assistenza agli anziani, nelle strutture residenziali risultano mediamente 2.146 utenti per 100.000 anziani.



Consultori familiari

Secondo i dati del [Ministero della Salute](#), nel 2023 ci sono **1.815 consultori familiari pubblici**, a cui si aggiungono 131 consultori privati, ovvero 0,6 consultori ogni 20.000 abitanti, al di sotto della soglia stabilita dalla Legge 34/1996 e confermata dal DM 77/2022, che prevede almeno un consultorio familiare ogni 20.000 residenti (uno ogni 10.000 nelle aree interne). Per approfondire v. [CGIL: "I Consultori in Italia"](#).



In altri termini, il **bacino medio di popolazione** per consultorio è di oltre 32 mila abitanti, dunque notevolmente al di sopra del livello standard, con punte che arrivano ad essere oltre il triplo. Notevolmente insufficiente il **personale impiegato nei consultori**. Come risulta nell'ultima indagine disponibile condotta dall'[Istituto Superiore di Sanità](#), le ore medie effettivamente svolte dalle quattro figure professionali sono di gran lunga inferiori a quelle indicate come standard: 12 ore per i ginecologi (a fronte di 18 ore standard), 25 ore per le ostetriche (36 ore standard), 17 ore per gli psicologi (18 ore standard), 11 ore per gli assistenti sociali (36 ore standard), peraltro con notevoli differenze tra le regioni.

Sistema di Garanzia dei LEA - 2023

Il Sistema di Garanzia dei LEA rappresenta uno strumento attraverso il quale il Ministero della Salute verifica che l'erogazione dei **Livelli Essenziali di Assistenza** avvenga in condizioni di qualità, appropriatezza e uniformità.

Nel decennio 2010-2019 solo 5 regioni superavano l'85% degli adempimenti (Emilia Romagna, Toscana, Veneto, Piemonte, Lombardia). Con il DM 12 marzo 2019 è stato introdotto il **Nuovo Sistema di Garanzia** che prende in esame una serie di indicatori di valutazione dei servizi erogati nelle tre aree assistenziali: prevenzione, distrettuale, ospedaliera.

Dai dati del [Ministero della Salute](#), nel 2023 ben **8 regioni non hanno garantito i LEA** (Abruzzo, Calabria, Campania, Molise, PA Bolzano, Sardegna, Sicilia, Valle d'Aosta). Nel 2021 erano 7, con un evidente peggioramento.

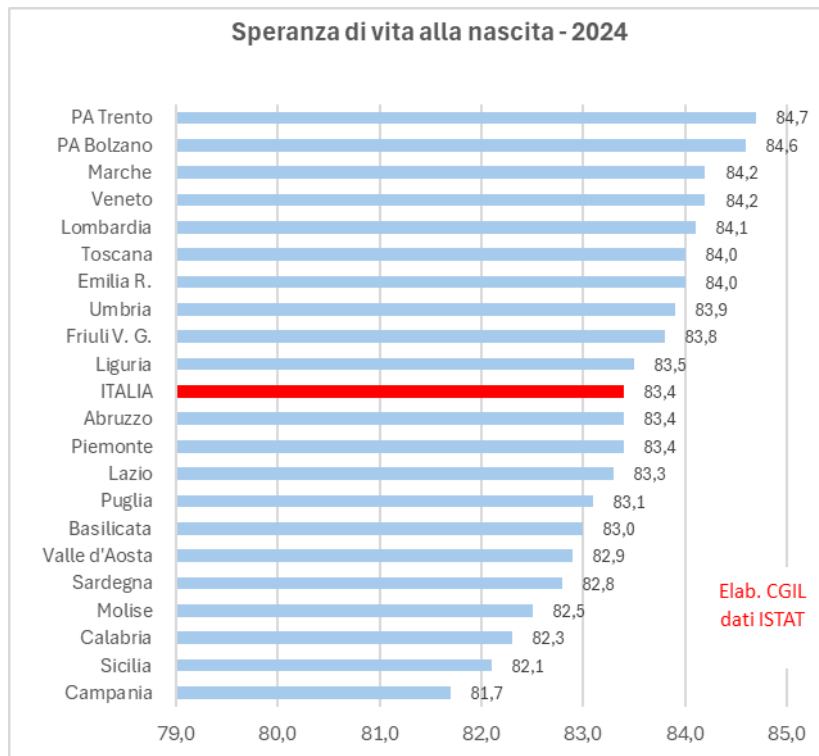
Sistema di Garanzia dei LEA (core) - 2023

Prevenzione		Area distrettuale		Area ospedaliera	
PA Trento	98	Veneto	96	PA Trento	97
Veneto	98	Toscana	95	Toscana	96
Emilia R.	97	Piemonte	90	Veneto	94
Lombardia	95	Emilia R.	89	Emilia R.	92
Toscana	95	Liguria	85	Marche	91
Piemonte	93	PA Trento	83	Piemonte	87
Umbria	93	Marche	83	Lombardia	86
Friuli V. G.	81	PA Bolzano	82	Lazio	85
Valle d'Aosta	77	Friuli V. G.	81	Puglia	85
Marche	74	Umbria	80	Umbria	84
Puglia	74	Lombardia	76	Abruzzo	83
Basilicata	68	Molise	73	Liguria	80
Calabria	68	Campania	72	Sicilia	80
Sardegna	65	Puglia	69	Friuli V. G.	73
Lazio	63	Lazio	68	Campania	72
Campania	62	Sardegna	67	Basilicata	69
PA Bolzano	58	Basilicata	52	Calabria	69
Molise	58	Abruzzo	45	PA Bolzano	62
Liguria	54	Sicilia	44	Molise	62
Abruzzo	54	Calabria	40	Sardegna	60
Sicilia	49	Valle d'Aosta	35	Valle d'Aosta	53

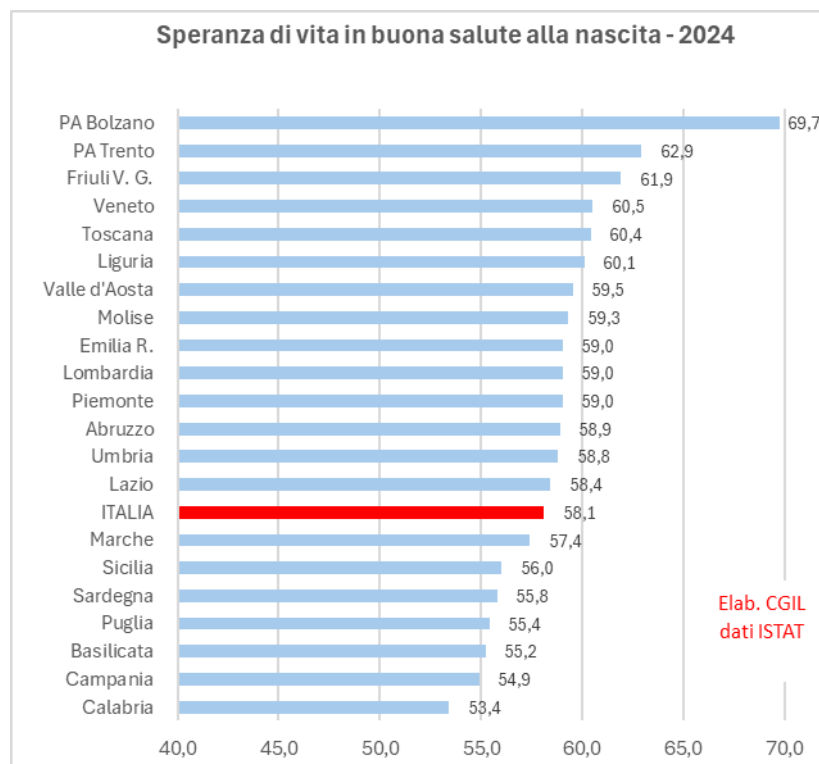
Elab. CGIL dati Ministero Salute

Speranza di vita

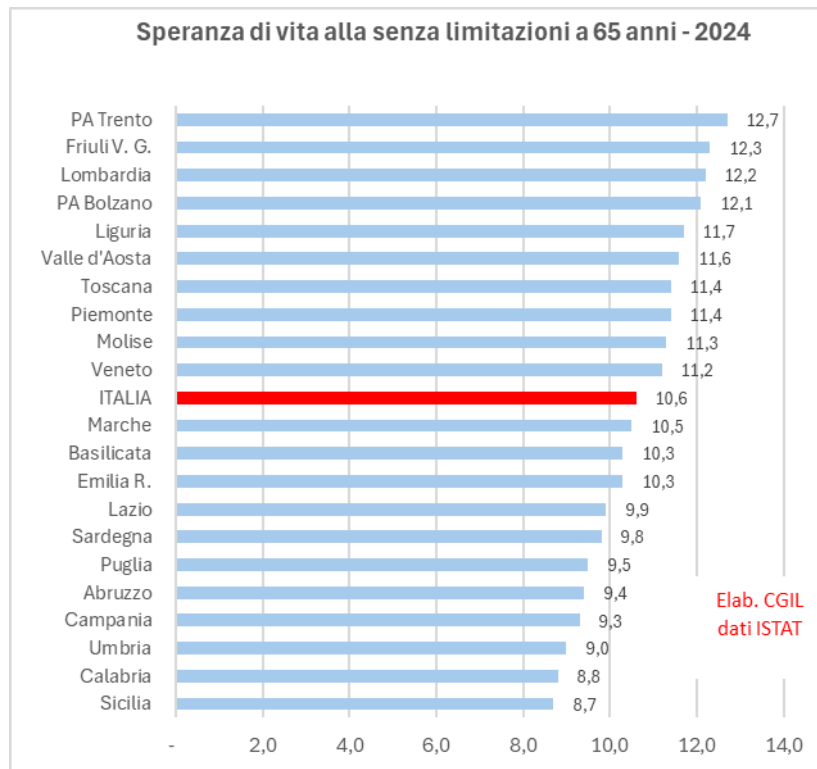
Nel 2024 la **speranza di vita alla nascita** è di 83,4 anni, in crescita rispetto all'anno precedente (83,1 anni) e al 2022 (82,6 anni), mentre peggiora la speranza di vita in buona salute che scende a 58,1 anni (da 59,2 anni nel 2023 e 60,1 anni nel 2022). La speranza di vita senza limitazioni nelle attività a 65 anni è di 10,6 anni (10,0 anni nel 2022) - [ISTAT](#). Le disuguaglianze nell'accesso ai servizi e alle cure incidono nelle **speranze di vita alla nascita** con un gap che nel 2023 arriva a 3 anni tra la PA di Trento e la Campania, e soprattutto nell'aspettativa di vita in buona salute e in autonomia (con un gap di 16 anni tra la PA di Bolzano e la Calabria).



Sono profonde le disuguaglianze soprattutto nella **speranza di vita in buona salute** che mediamente è di 58,1 anni (ma con un gap che arriva a superare 16 anni come tra la PA di Bolzano e la Calabria).

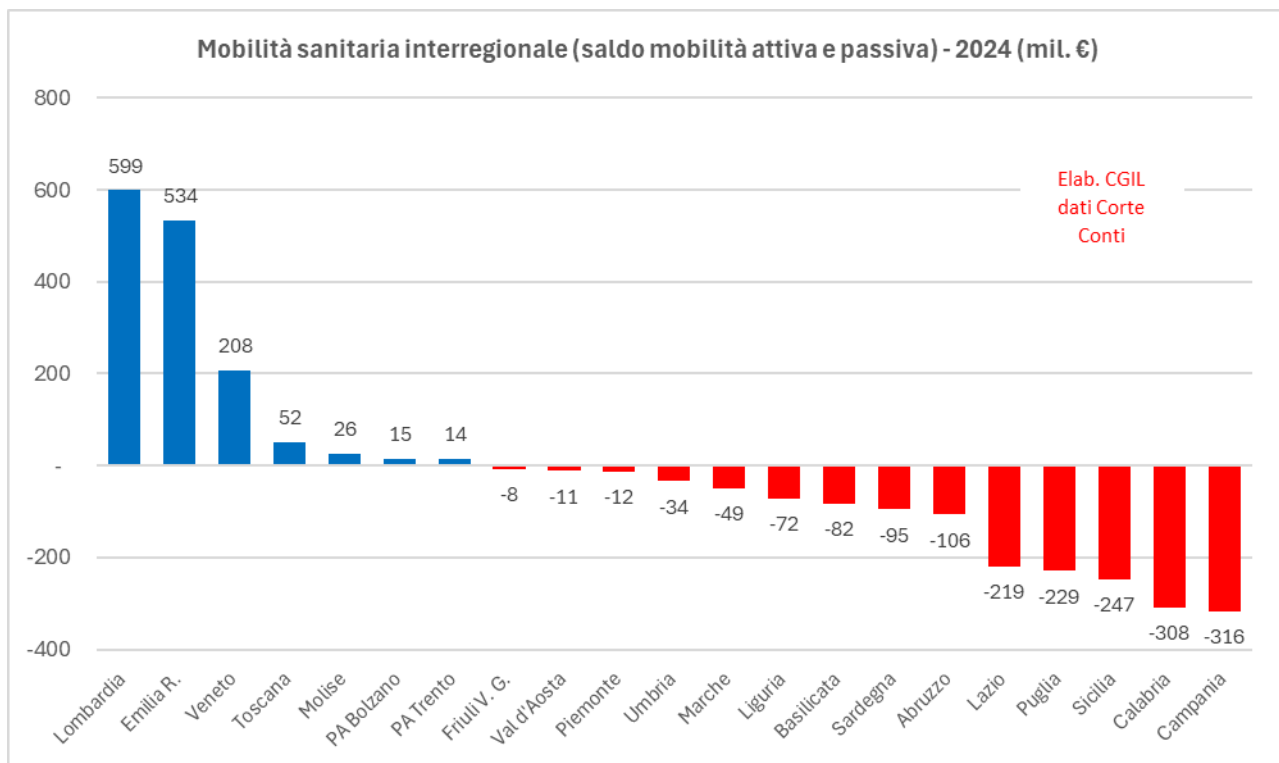


Forti divari anche nella speranza di vita senza limitazioni a 65 anni che mediamente è di 10,6 anni (con un gap che arriva fino a 4 anni tra la PA di Trento e la Sicilia).

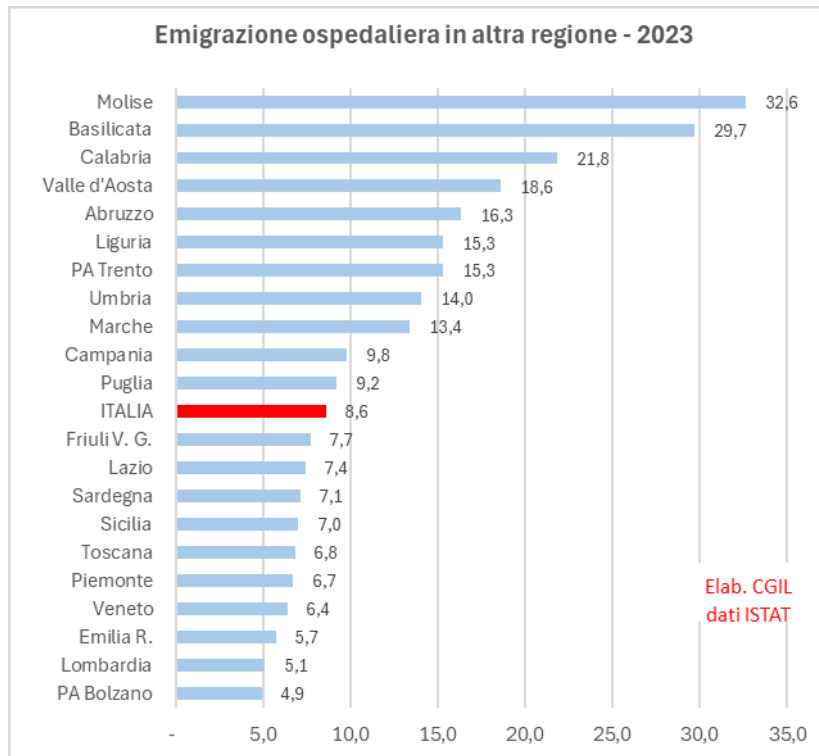


Mobilità interregionale

I divari che riguardano la tutela della salute e la sanità contribuiscono ad aggravare la **mobilità interregionale** a partire dall'emigrazione ospedaliera. Una mobilità che ha un flusso soprattutto dal Sud e verso quattro regioni (Lombardia, Emilia-Romagna, Veneto e Toscana) a cui va la quasi totalità della mobilità attiva.

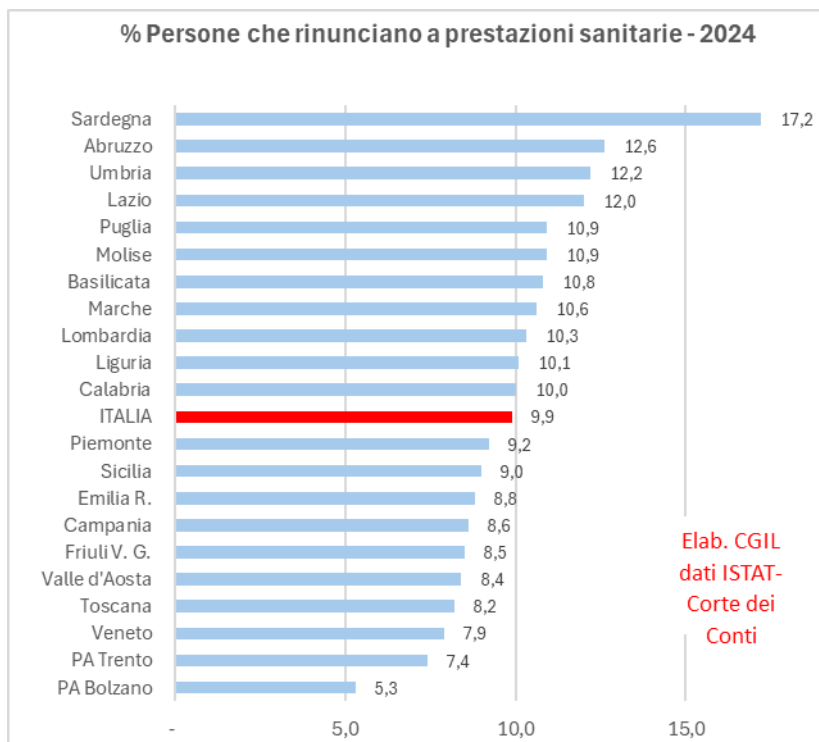


Secondo l'[ISTAT](#), nel 2023 le **dimissioni ospedaliere** in regime ordinario per acuti effettuate in **regioni diverse da quella di residenza** rappresentano l'8,6% del totale delle dimissioni di pazienti residenti della regione, in peggioramento rispetto agli anni precedenti (nel 2022 erano l'8,3% e nel 2021 il 7,8%) e con un'articolazione territoriale che riflette le disuguaglianze nell'offerta di servizi sanitari tra le varie regioni.



Rinuncia a prestazioni sanitarie e cure

Nel 2024 hanno **rinunciato a prestazioni sanitarie e cure**, pur avendone bisogno, per motivi economici, lista d'attesa lunga, mancanza di servizi o difficoltà di accesso, **6 milioni di persone**, pari al **9,9% della popolazione** ([ISTAT](#)), praticamente uno su dieci, in forte crescita rispetto all'anno precedente quando erano **4,5 milioni di persone** pari al 7,6% della popolazione.



Spesa sanitaria privata sostenuta dai cittadini

Nel 2024, la spesa sanitaria privata ammonta a oltre **46,4 miliardi di euro**, in forte crescita (+7,6% rispetto all'anno precedente).

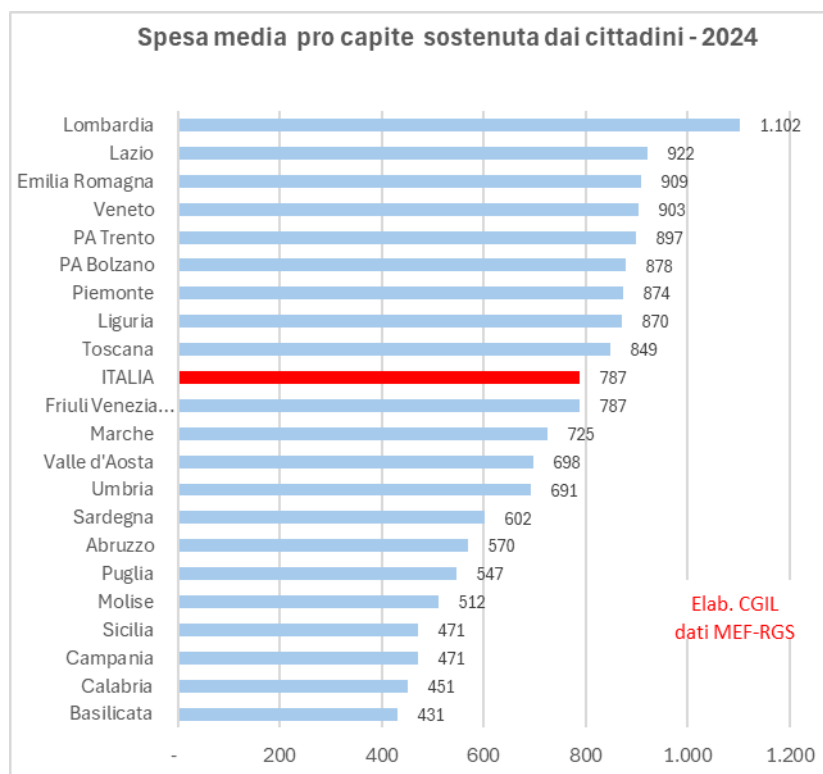
Si tratta delle spese sanitarie sostenute dai cittadini come risultano dal Sistema TS per la dichiarazione dei redditi precompilata (dati [MEF-RGS](#)).

Le spese riguardano il pagamento dei ticket, la spesa privata sostenuta nelle strutture accreditate del SSN, incluse le farmacie convenzionate, i medici iscritti all'albo dei medici chirurghi e degli odontoiatri, le strutture sanitarie autorizzate dal SSN, le parafarmacie, gli ottici e ad alcune categorie di professionisti quali tecnici sanitari di radiologia, gli infermieri, gli psicologi, le ostetriche/ci, i veterinari, ecc.

La spesa sanitaria sostenuta dai cittadini corrisponde al **25,1% della spesa sanitaria** complessiva (pubblica e privata). Nel 2016 era pari al 20,2%.

In termini pro-capite, la spesa media sostenuta dai cittadini nel 2024 è stata di 787 euro, con forti differenze tra le regioni.

La voce di spesa più rilevante riguarda le farmacie (12,8 miliardi di euro), seguita da quella per medici compresi odontoiatri (8,9 miliardi), per strutture private accreditate (8,2 miliardi), per strutture autorizzate (8,2 miliardi), per altri operatori sanitari come ottici e psicologi (4,9 miliardi) e altro (1 miliardo).



In Europa

Spesa sanitaria in Europa. Secondo i dati [OCSE](#), ancora provvisori, in Italia la **spesa sanitaria pubblica** ha avuto nel 2024 un'incidenza sul PIL del **6,3%**, inferiore alla media dei Paesi europei, che è pari al 6,9%, e di gran lunga inferiore a quello di Paesi come Germania che ha destinato al finanziamento della sanità pubblica (programmi governativi/sistemi assicurativi sanitari obbligatori) il 10,6% del PIL, Francia con il 9,7% o Regno Unito con il 9,1%. L'Italia si colloca così al 20° posto tra i Paesi europei.

In valori pro-capite (prezzi correnti a parità di potere d'acquisto), la spesa per la sanità pubblica in Italia è stata pari a **2.375 euro, ovvero 416 euro in meno rispetto alla media europea**. Impietoso il raffronto con la maggior parte dei Paesi europei: la Germania destina alla spesa sanitaria pubblica 5.004 euro per abitante, più del doppio dell'Italia, la Francia 3.846 euro, il Regno Unito 3.397 euro; Paesi nei quali negli ultimi 10 anni la spesa sanitaria pubblica pro capite, a parità di potere d'acquisto, è notevolmente cresciuta.

L'Italia è anche tra i Paesi in Europa in cui è particolarmente elevata l'incidenza della **spesa privata** sul totale della spesa sanitaria. Infatti, su una spesa complessiva pro capite di 3.198 euro nel 2024, in Italia la spesa sanitaria pubblica rappresenta il 74,3% del totale, la spesa sostenuta dai cittadini di tasca propria incide per il 22,3%, (pari a 714 euro pro-capite), mentre la spesa privata intermediata rappresenta il 3,4% (110 euro). Nei Paesi come Regno Unito, Germania o Francia, in cui si investe in modo rilevante nella sanità pubblica, la componente privata è nettamente inferiore. In particolare, la spesa out of pocket o comunque i pagamenti diretti delle famiglie incidono rispettivamente per il 14,6%, 10,7% e l'8,9%.

Medici e infermieri. Nel 2023 l'Italia contava **5,4 medici in attività per 1.000 abitanti**, a fronte di una media europea di 4,1 medici. Sebbene la densità di medici in Italia sia superiore alla maggior parte dei Paesi europei, anche per via della crescente domanda di assistenza da parte di una popolazione sempre più anziana e affetta da multimorbilità, molte regioni accusano comunque una carenza di medici in alcune discipline di specializzazione.

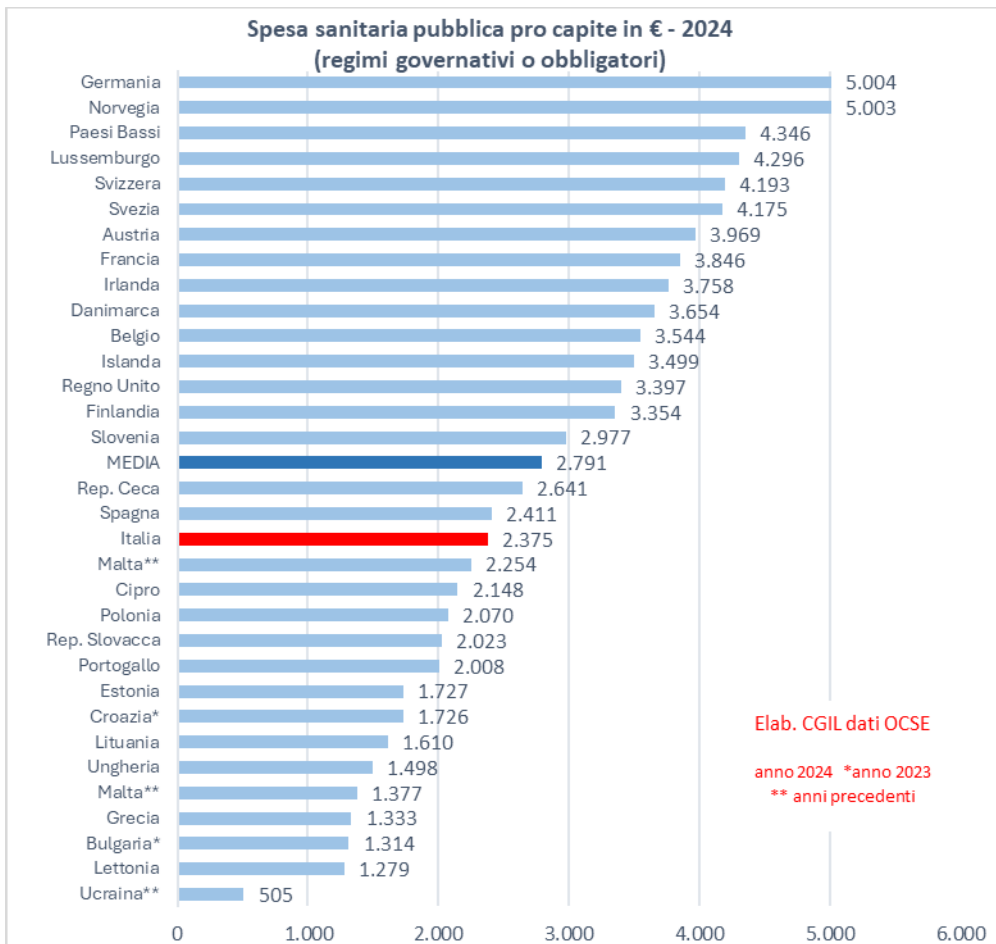
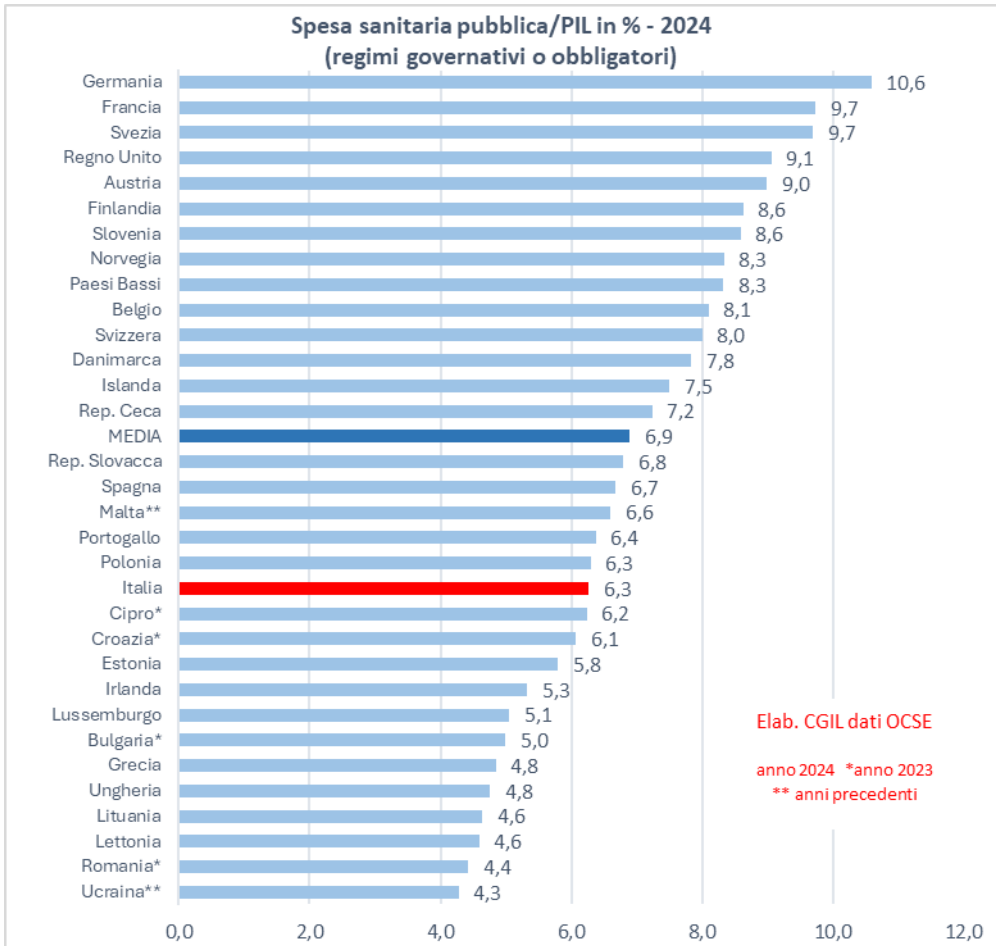
Ancora più pesante la carenza di infermieri. Nello stesso periodo, si stimano **6,9 infermieri per 1.000 abitanti**, un dato molto più basso della media europea (9,6 infermieri) e notevolmente inferiore a quello di Paesi come la Germania, dove gli infermieri in rapporto agli abitanti sono quasi il doppio dell'Italia (12,3 infermieri), o la Svizzera, dove gli infermieri sono il triplo (18,8).

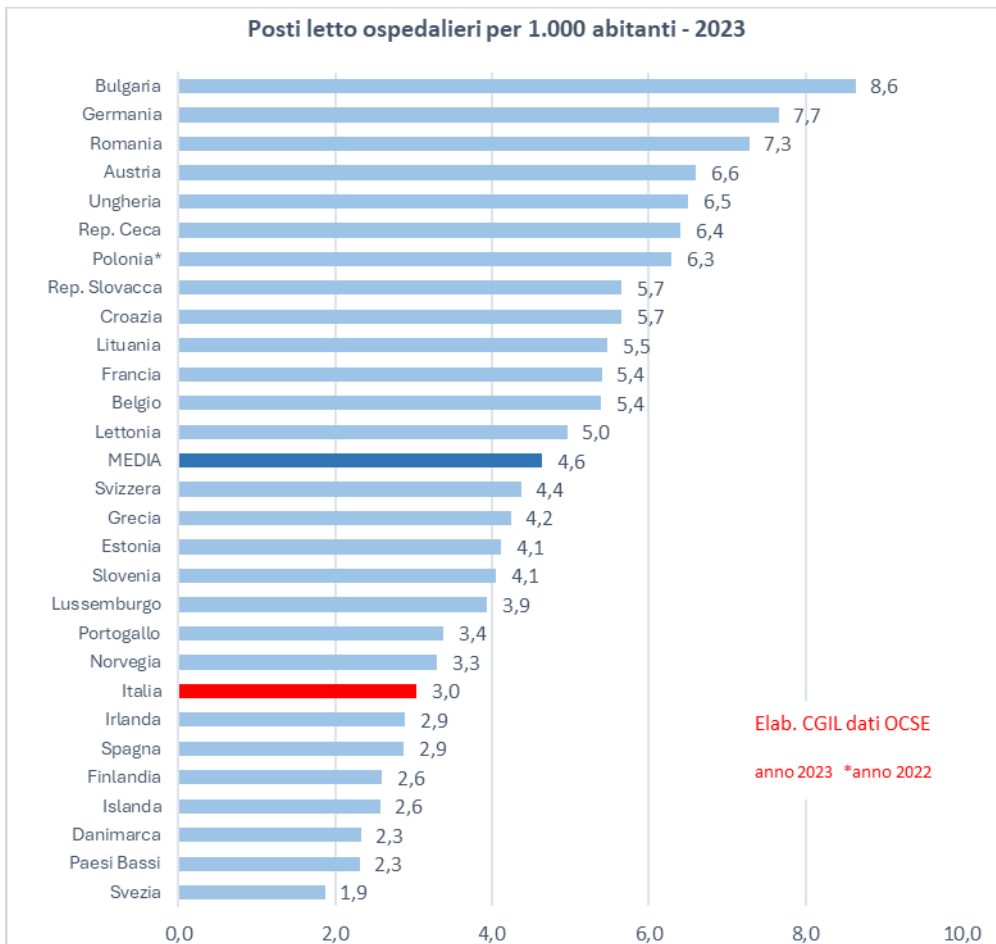
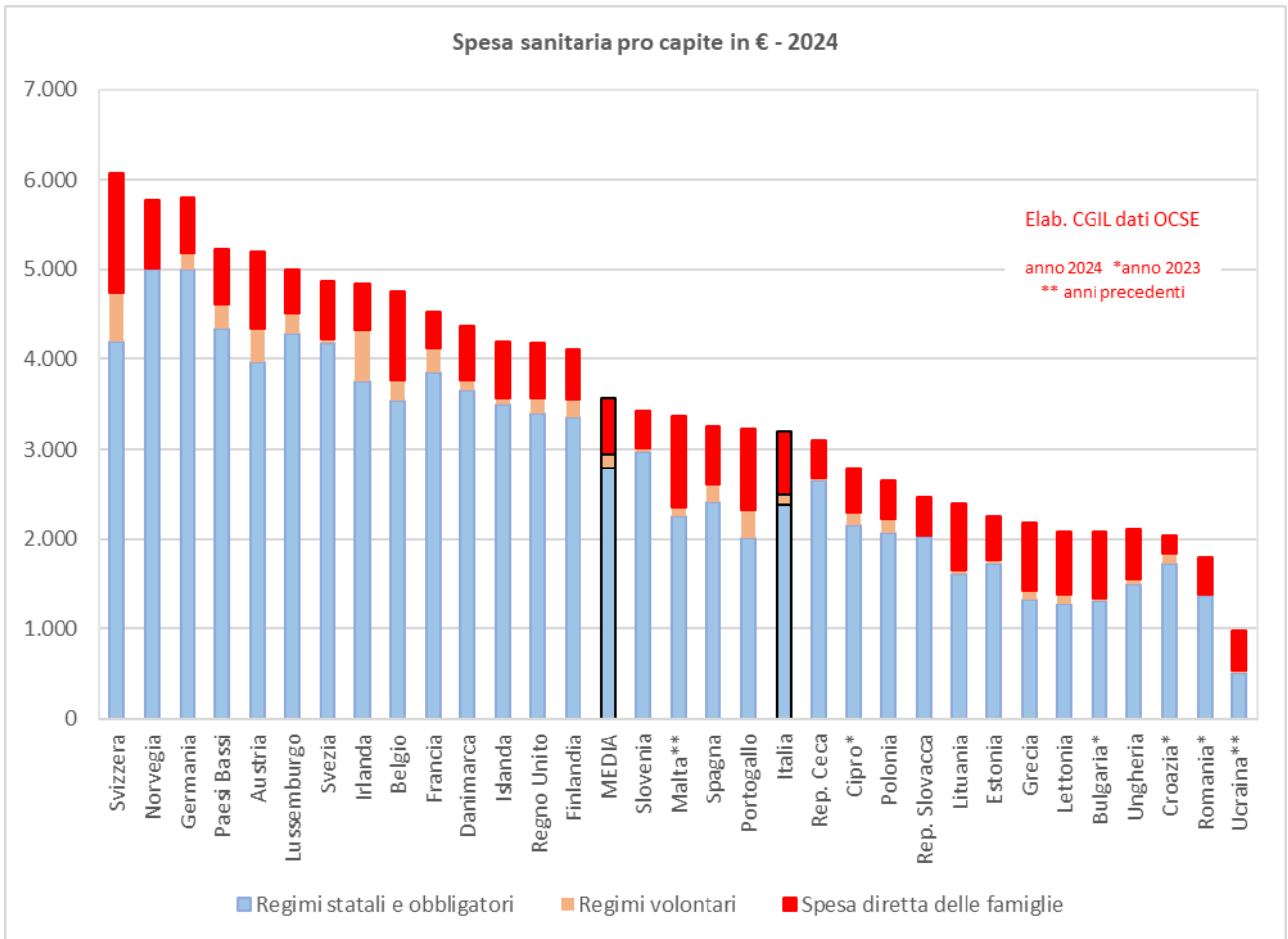
Posti letto ospedalieri. Nel 2022 ci sono in Italia **3,0 posti letto ospedalieri** ogni 1.000 abitanti a fronte di una media europea di 4,6 posti letto. Un dato notevolmente inferiore a quello di Paesi come la Germania (7,7 posti letto) o la Francia (5,4 posti letto). Ci sono poi 12,1 posti letto ogni 100 mila abitanti nelle **terapie intensive** (31,8 in Francia e 31,7 posti letto in Germania).

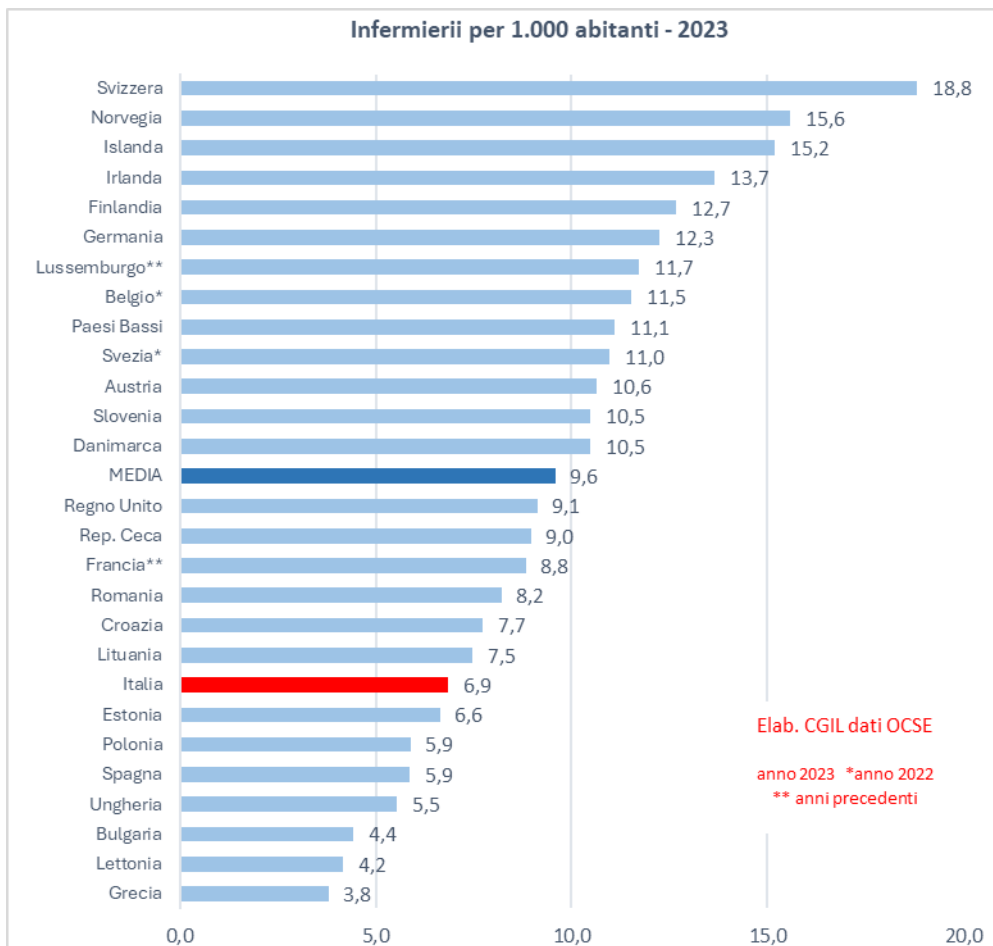
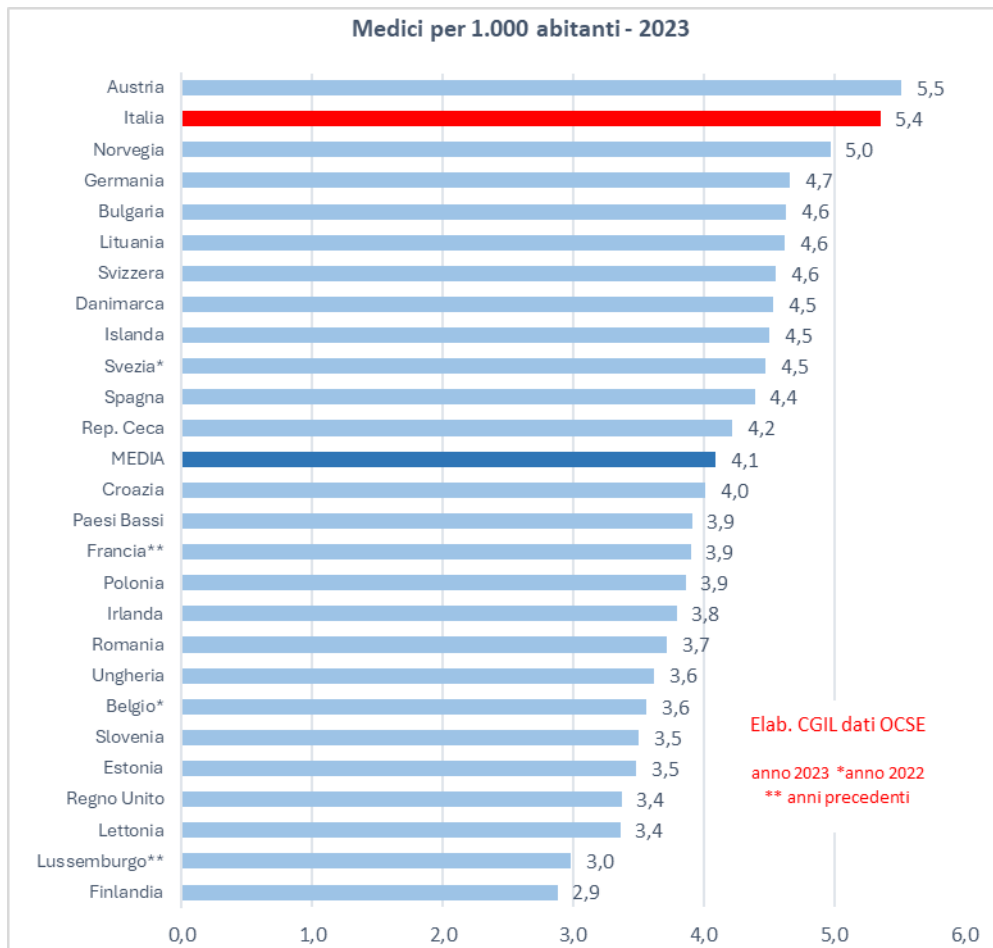
Aspettative di vita e mortalità evitabile. Le **aspettative di vita in Italia** rimangono comunque tra le più alte d'Europa. Nel 2024, la speranza di vita alla nascita in Italia era di **84,1 anni**, la terza più alta del continente, superiore di 2,4 anni rispetto alla media europea (81,7 anni) – Dati Eurostat.

L'Italia, con il suo SSN pubblico, ha anche registrato uno dei **tassi di mortalità evitabile** più bassi d'Europa con 160,3 decessi ogni 100 mila abitanti. La media europea è di 237,7 decessi. Analogamente per i tassi di mortalità prevenibili e trattabili ([Eurostat](#)).

Per approfondire, vedi anche il report della [CGIL "Verso il G7 della Salute"](#).







Le fonti

Le fonti utilizzate sono le seguenti:

- [Appello - Non possiamo restare in silenzio. La società civile per la sanità pubblica](#)
- [CGIL – Memoria sul Disegno di legge delega del Governo di riforma del SSN – audizione 10° Commissione Senato – 9 aprile 2026](#)
- [CGIL - “PNRR Missione Salute: cronaca di un’occasione persa \(?\). Lo stato di attuazione dei progetti per l’assistenza territoriale](#)
- [CGIL – Verso il G7 della Salute](#)
- [CGIL- FP - Consulitori familiari, dove la cura incontra i diritti](#)
- [CGIL – I consulitori familiari in Italia](#)
- [Ministero della Salute - Annuario Statistico del Servizio Sanitario Nazionale – Anno 2023](#)
- [Ministero Salute – Monitoraggio dei LEA attraverso il Nuovo Sistema di Garanzia – Relazione 2023](#)
- [Ministero della Salute - Relazione Ministro Salute attuazione Legge 194/78 tutela sociale maternità e interruzione volontaria di gravidanza - dati 2023](#)
- [Ragioneria Generale dello Stato - Il monitoraggio della spesa sanitaria 2025](#)
- [Corte dei Conti – Relazione al Parlamento sulla gestione dei Servizi Sanitari Regionali – Esercizi 2023-2024](#)
- [Corte dei Conti - La Sanità in cammino per il cambiamento - 2025](#)
- [Corte dei Conti – Rapporto 2023 sul coordinamento della finanza pubblica](#)
- [Corte dei Conti - Audizione sul Disegno di Legge recante “Bilancio di Previsione dello Stato per l’anno finanziario 2026 e Bilancio pluriennale per l triennio 2026-2028 - Commissioni congiunte Camera e Senato](#)
- [UPB — Audizione della Presidente dell’Ufficio parlamentare di bilancio nell’ambito delle audizioni preliminari all’esame del disegno di legge recante “Bilancio di previsione dello Stato per l’anno finanziario 2026 e bilancio pluriennale per il triennio 2026-2028” - Commissioni congiunte Camera e Senato](#)
- [UPB - Focus n. 3/2026 - Pubblico e privato in sanità: il finanziamento, la produzione e le imprese](#)
- [Istituto Superiore di Sanità - Indagine nazionale sui consulitori familiari 2018-2019](#)
- [Agenas - Portale statistico](#)
- [Agenas – Il personale del SSN – dati 2023](#)
- [Agenas – Report nazionale di sintesi dei risultati del monitoraggio DM 77/2022 – Il semestre 2025](#)
- [AIFA – Monitoraggio spesa farmaceutica](#)
- [OCSE – Spesa sanitaria e finanziamenti](#)
- [OCSE – Italia: Profilo della Sanità 2023](#)
- [ISTAT – Rapporto annuale 2025. La situazione del Paese](#)
- [ISTAT – I divari territoriali nel PNRR: dieci obiettivi per il Mezzogiorno](#)
- [ISTAT – I professionisti sanitari attivi – Anni 2021-2023](#)
- [ISTAT – Il benessere equo e sostenibile 2024](#)
- [ISTAT – Salute e welfare – Sanità e salute](#)

La piattaforma della CGIL

Le misure necessarie e urgenti:

1. **Garantire un forte investimento al Servizio Sanitario Nazionale** aumentando il finanziamento del SSN, sia in termini assoluti che in rapporto al PIL in maniera consistente e stabile per allineare l'Italia ai Paesi europei più avanzati. **Aumentare il finanziamento pubblico, oltre a quanto già previsto, di almeno 42 miliardi di euro in più all'anno (raggiungere almeno il 7,5% PIL)** per garantire il potenziamento dei necessari servizi di prevenzione, ospedalieri e territoriali al fine di garantire l'erogazione uniforme dei LEA, l'accesso equo alle innovazioni e il rilancio delle politiche del personale sanitario che è quello che sta soffrendo di più.
2. **Investire sul personale con un piano straordinario pluriennale di assunzioni** che vada oltre le stabilizzazioni e il turnover, superi la precarietà e investa nella formazione e valorizzazione delle professionalità del SSN a partire da retribuzioni adeguate. Occorre **superare i tetti alla spesa del personale** e al salario accessorio e garantire un piano pluriennale per rendere attrattiva la formazione nelle professioni sanitarie.
3. **Attuare e completare la Riforma per lo sviluppo dell'Assistenza Territoriale:** realizzare una **rete capillare di servizi sanitari e socio-sanitari territoriali** in un'ottica di forte integrazione. Dare piena attuazione agli **investimenti del PNRR**, recuperando rapidamente i ritardi, realizzare e rendere operativi strutture e presidi territoriali come le **Case della Comunità e gli Ospedali di Comunità**, a gestione pubblica, garantendone la piena attività con tutte le figure professionali necessarie, anche con un piano straordinario di assunzioni e con risorse strutturali. **Investire sui distretti** per la gestione, il coordinamento e l'assistenza della rete dei servizi sanitari e sociosanitari territoriali. **Definire una riforma della medicina generale**, a partire dalla formazione dei Medici di Medicina Generale (MMG) e dei Pediatri di Libera Scelta (PLS), che regoli anche la partecipazione nelle Case della comunità. Va previsto un piano di assunzioni di MMG, PLS e specialisti ambulatoriali anche nell'ottica di un progressivo passaggio alle dipendenze del SSN. **Potenziare l'assistenza domiciliare** quale pilastro della Riforma dell'Assistenza Territoriale, garantendone la gestione pubblica con personale dipendente dei SSR. Dare attuazione al piano di sviluppo e potenziamento dell'utilizzo delle tecnologie digitali per la **teleassistenza e la telemedicina** e definire un piano di alfabetizzazione di tutta la popolazione per evitare la marginalizzazione sociale. **Potenziare i servizi di salute mentale** sia per utenti adulti che per utenti nell'età dello sviluppo, prevedendo potenziamenti dei servizi per garantire la continuità della presa in carico, e i **dipartimenti per le dipendenze (e dei Ser.D)**.
4. **Rilanciare e riadeguare la rete ospedaliera**, rafforzando le dotazioni organiche e le strumentazioni, per favorire accessibilità, sicurezza, qualità, a partire dai **Pronto Soccorso**, sempre più al collasso. Serve investire nella rete ospedaliera per superare le differenze strutturali e di prestazioni sanitarie tra le regioni del Sud, del Centro e del Nord e contrastare la mobilità passiva e garantire il **diritto a curarsi nel territorio in cui si vive**.
5. **Dare risposta agli inaccettabili tempi d'attesa** che negano il diritto alla salute e favoriscono il ricorso a prestazioni private.
6. **Potenziare il sistema dei consultori pubblici** assicurando la capillarità e le professionalità necessarie a garantire la piena applicazione della **Legge 194/1978** e delle Linee di indirizzo ministeriali sull'IVG farmacologica, la libera scelta di maternità e la **salute di genere**.
7. **Migliorare il sistema di residenzialità** e della sua accessibilità e sostenibilità economica. Va ammodernata la rete delle strutture residenziali, garantiti il rispetto di standard organizzativi, professionali e qualitativi, e l'inclusione nella filiera dell'assistenza territoriale. Rivedere il sistema di accreditamento e riequilibrare il rapporto pubblico-privato, così come per l'area della **riabilitazione** che oggi presenta forti squilibri tra l'offerta pubblica e quella privata.
8. **Fermare i processi di esternalizzazione e privatizzazione**, compreso il ricorso a professionisti "a gettone" nelle strutture ospedaliere pubbliche. Riformare il sistema degli accreditamenti anche al fine di contrastare il *dumping* contrattuale in un nuovo rapporto tra pubblico e privato, e gli standard assistenziali, sia nelle strutture ospedaliere che in quelle residenziali per anziani e disabili. Affrontare le **dinamiche degli appalti a tutela delle condizioni di lavoro e della qualità dei servizi** negli ospedali, nelle strutture socio-sanitarie e assistenziali: pulizie e sanificazione, ristorazione, manutenzione, smaltimento rifiuti, vigilanza ecc. Occorre porre fine alla costruzione di bandi con tagli di risorse messe a gara.
9. **Riconoscere l'importanza della prevenzione e della promozione della salute**, nella consapevolezza che i livelli di salute delle persone e delle comunità dipendono da diversi determinanti. Occorre una particolare attenzione alla **salute e sicurezza nei luoghi di lavoro** e alle disuguaglianze di salute e di malattia che si sono manifestate nell'emergenza Covid-19.
10. **Sostenere le persone non autosufficienti**, dando attuazione alle **specifiche leggi già vigenti** e con **adeguate risorse** a carico della fiscalità generale, promuovere **politiche per l'invecchiamento attivo** per realizzare un nuovo sistema di sostegno alla vita autonoma, un nuovo equilibrio a favore delle soluzioni di vita e di assistenza a domicilio. Necessario dare seguito alle disposizioni della Legge 234/2021 per la definizione dei LEPS sulla Non Autosufficienza e allo schema di Piano Nazionale sulla Non Autosufficienza 2022-2024. Promuovere politiche per la **piena inclusione sociale delle persone con disabilità** e sostegno per le famiglie che se ne fanno carico. Su non autosufficienza e disabilità, **mettere fine alle fallimentari sperimentazioni** che stanno negando diritti alle persone.

DIRITTO ALLA SALUTE

PROPOSTA DI LEGGE DI INIZIATIVA POPOLARE

1. RISORSE

Il livello di finanziamento del fondo sanitario nazionale non deve essere inferiore al **7,5% del PIL**.

2. PERSONALE

È necessario **valorizzare economicamente e professionalmente** il lavoro di chi tutela e promuove la salute. Bisogna **garantire il personale necessario** ad assicurare prevenzione, assistenza e cura con assunzioni a tempo indeterminato. I Medici di Medicina Generale e i Pediatri di Libera Scelta devono progressivamente passare dall'attuale rapporto convenzionale alle dipendenze del Servizio Sanitario Nazionale.

La spesa per il personale del SSN **non deve più essere soggetta ad alcun tetto**, e devono essere introdotti limiti alle esternalizzazioni.

3. TERRITORIO

Deve essere assicurato il pieno e omogeneo **sviluppo dell'assistenza territoriale** definita dal DM 77/2022 (Case della Comunità, Ospedali di Comunità, Distretti, ecc.).

4. TEMPI DI ATTESA

Deve essere garantito il rispetto dei **tempi di attesa** attraverso investimenti nel SSN per la presa in carico dei bisogni di salute delle persone.

5. NON AUTOSUFFICIENZA

La salute delle persone anziane è una delle priorità del nostro Paese, da affrontare affermando il diritto all'assistenza e alle cure con una copertura pubblica, universale e uniforme. Sono necessarie politiche per rispondere ai bisogni delle **persone anziane e non autosufficienti**. Si deve dar seguito al potenziamento dell'assistenza domiciliare e al miglioramento dell'assistenza residenziale e semiresidenziale.

ALTRE AREE PRIORITARIE: salute e sicurezza sui luoghi di lavoro, salute mentale, dipendenze, consultori familiari, farmaceutica e ricerca.

SA LU TE

- **Governo pubblico, programmazione e partecipazione per garantire universalità, uguaglianza, equità e globalità**



Inquadra il QR code,
approfondisci i contenuti
e firma la proposta di legge



*“È la garanzia dei diritti incompressibili ad incidere sul bilancio,
e non l’equilibrio di questo a condizionarne la doverosa erogazione”*

Corte Costituzionale, Sentenza n. 275/2016

