

TUTELA DELLA SALUTE: DA DIRITTO PER TUTTI A PRIVILEGIO PER POCHI?

Nino Cartabellotta, *Presidente Fondazione GIMBE*

Con il contributo di

BPER:

Con il patrocinio di

 **Regione Emilia-Romagna**



Con la collaborazione di

Rotary
Club Frignano



Rotary
Vignola
Castelfranco Emilia
Bazzano

Rotary
Club Sassuolo

Rotary
Castelvetro di Modena
Terra del Rangoni

Disclosure

- La Fondazione GIMBE, di cui sono Presidente, eroga attività di formazione e advisorship sui temi trattati
- Nessun altro conflitto da dichiarare



SALVIAMO IL NOSTRO SSN



Outline

- **Premesse**
- **Finanziamento pubblico**
- **Spesa sanitaria**
- **Adempimenti LEA**
- **Sprechi e inefficienze**
- **Personale sanitario**
- **PNRR Missione Salute**
- **Conclusioni**



8° Rapporto GIMBE sul Servizio Sanitario Nazionale

Nino Cartabellotta
Fondazione GIMBE

Roma, 8 ottobre 2025
Sala della Regina, Palazzo Montecitorio
Camera dei Deputati

Outline

- **Premesse**
- Finanziamento pubblico
- Spesa sanitaria
- Adempimenti LEA
- Sprechi e inefficienze
- Personale sanitario
- PNRR Missione Salute
- Conclusioni



Cento centesimi con la Posta EDIZIONE STRAORDINARIA Anno 83° - Numero 298
GAZZETTA UFFICIALE
PARTE PRIMA Roma - Sabato, 27 dicembre 1947
SI PUBBLICA TUTTI I GIORNI
MENO I FESTIVI

DIREZIONE E REDAZIONE PRESSO IL MINISTERO DI GRAZIA E GIUSTIZIA - UFFICIO PUBBLICAZIONI DELLE LEGGI - TELEF. 86-139 81-236 81-854
AMMINISTRAZIONE PRESSO LA LIBRERIA DELLO STATO - PIAZZA CRISTOFORO COLOMBO 10, ROMA - TELEF. 89-933 841-737 859-144

COSTITUZIONE DELLA REPUBBLICA ITALIANA

 **GIMBE**
EVIDENCE FOR HEALTH



ART.32

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

Nessuno può essere obbligato a un determinato trattamento sanitario se non per disposizione di legge.

La legge non può in nessun caso violare i limiti imposti dal rispetto della persona umana.

ART.32

Fragile



Fondamentale



Evanescente

Spedizione in abbonamento postale - Gruppo I

GAZZETTA UFFICIALE



DELLA REPUBBLICA ITALIANA

PARTE PRIMA

ROMA - Giovedì, 28 dicembre 1978

**SI PUBBLICA TUTTI I GIORNI
MENO I FESTIVI**

**DIREZIONE E REDAZIONE PRESSO IL MINISTERO DI GRAZIA E GIUSTIZIA - UFFICIO PUBBLICAZIONE DELLE LEGGI E DECRETI - CENTRALINO 65101
AMMINISTRAZIONE PRESSO L'ISTITUTO POLIGRAFICO DELLO STATO - LIBRERIA DELLO STATO - PIAZZA GIUSEPPE VERDI, 10 - 00100 ROMA - CENTRALINO 8508**

LEGGE 23 dicembre 1978, n. 833.

Istituzione del servizio sanitario nazionale.



Universalità

Uguaglianza

Equità

Universalità: estensione delle prestazioni sanitarie a tutta la popolazione

LEA non esigibili da tutte le persone, aumento spesa privata, impoverimento famiglie, rinunce a prestazioni sanitarie

Uguaglianza: accesso alle prestazioni senza distinzione di condizioni individuali, sociali ed economiche

Diseguaglianze di accesso regionali, territoriali, socio-economiche, di genere.
Mobilità sanitaria

Equità: parità di accesso in rapporto a uguali bisogni di salute

Iniquità di accesso di fronte agli stessi bisogni di salute

Outline

- Premesse
- **Finanziamento pubblico**
- Spesa sanitaria
- Adempimenti LEA
- Sprechi e inefficienze
- Personale sanitario
- PNRR Missione Salute
- Conclusioni





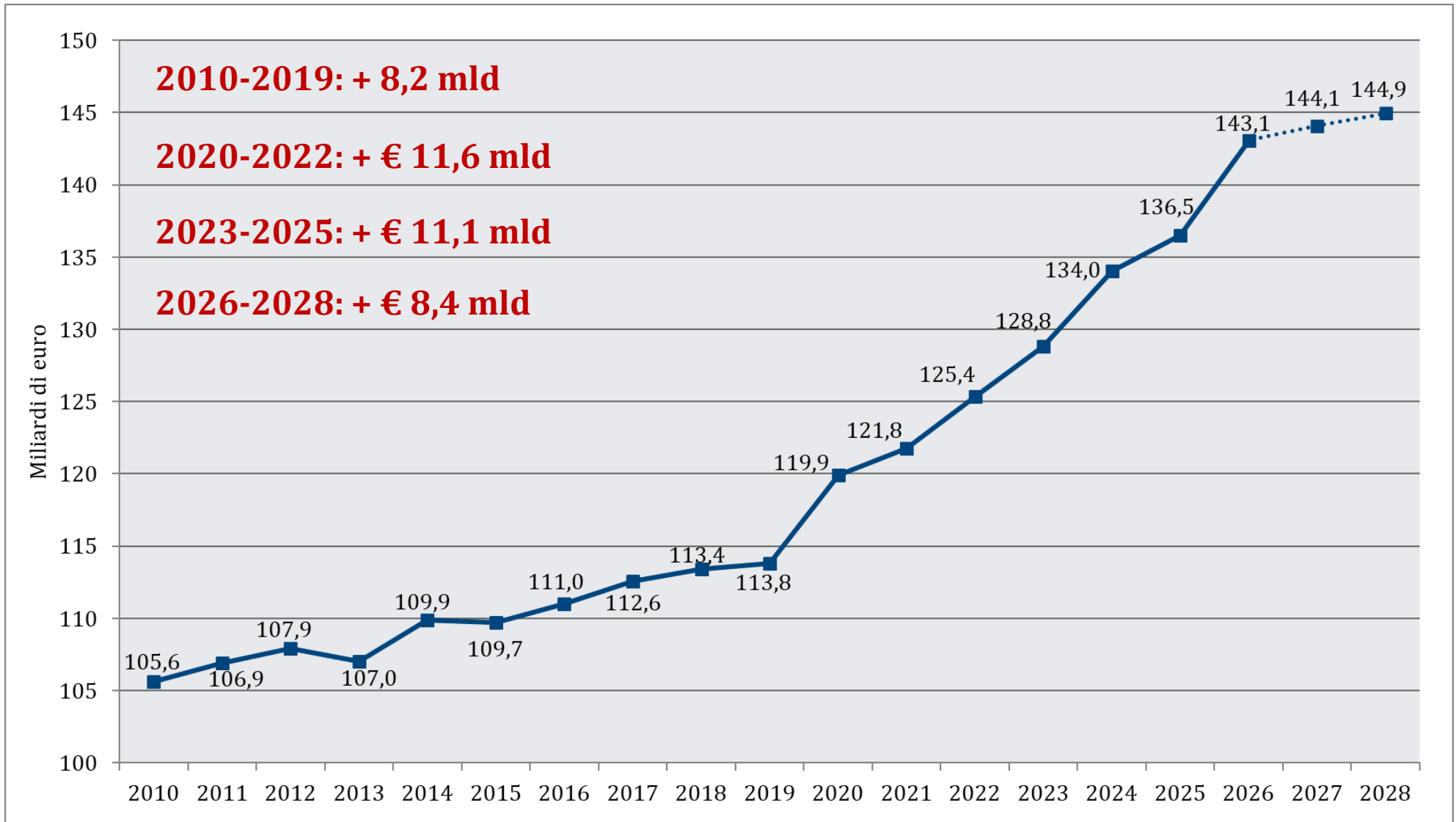
Senato della Repubblica

**Commissioni congiunte Bilancio
del Senato della Repubblica e
della Camera dei Deputati**
Roma, 3 novembre 2025

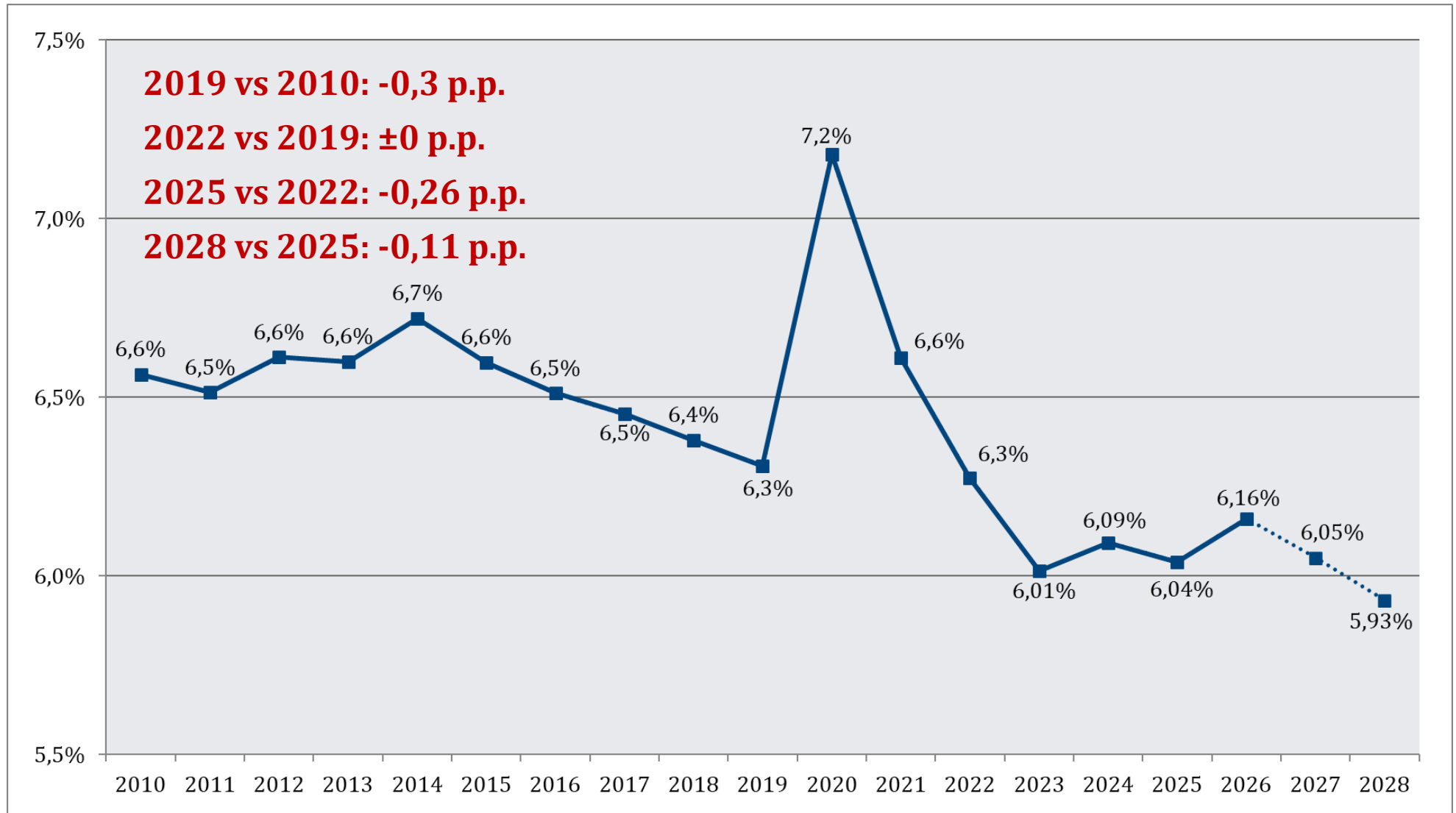
**Audizione preliminare
Bilancio di previsione dello Stato per l'anno
finanziario 2026 e bilancio pluriennale per il
triennio 2026-2028 (A.S. 1689)**

Nino Cartabellotta
Presidente Fondazione GIMBE

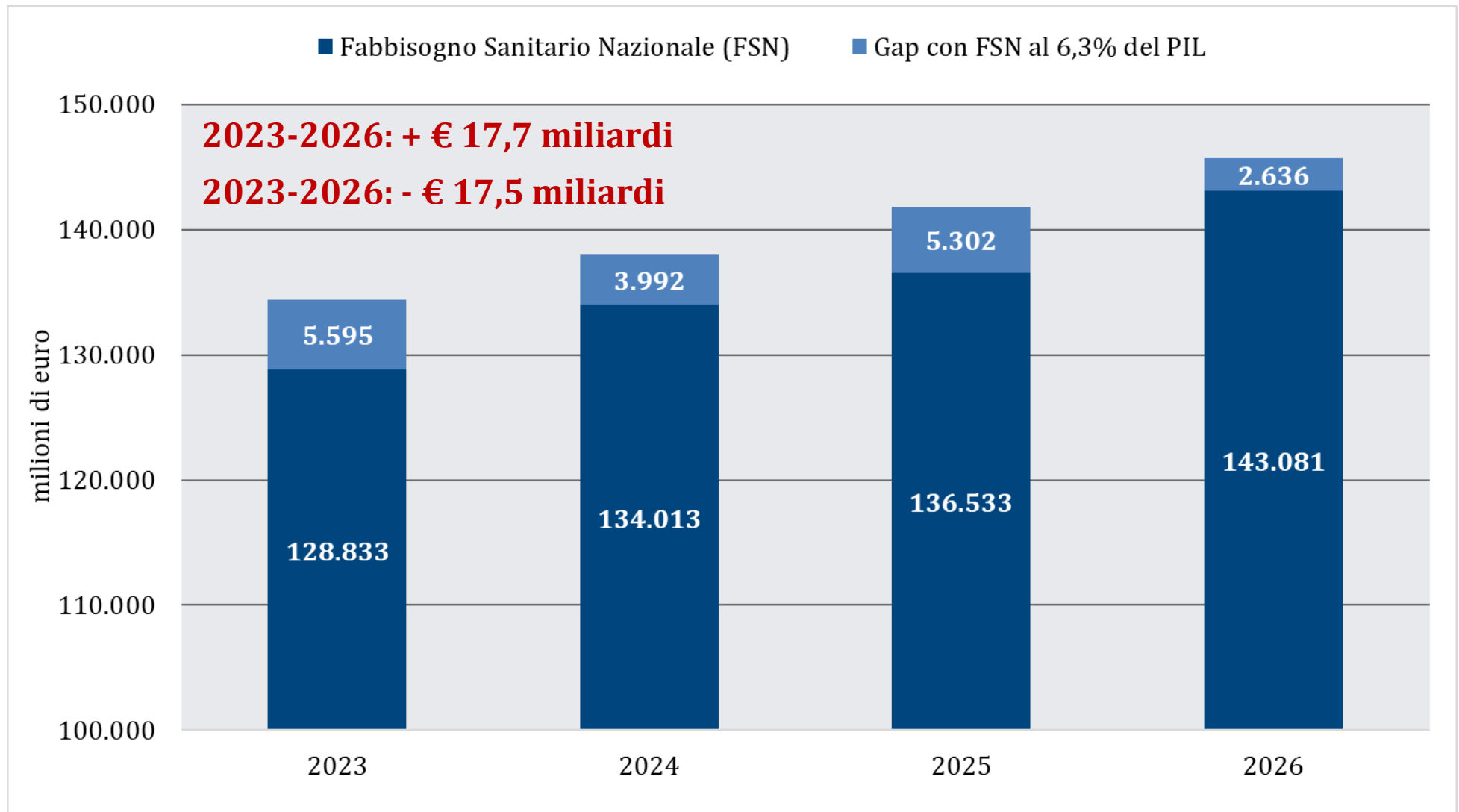
Fabbisogno Sanitario Nazionale: trend 2010-2028



Fabbisogno Sanitario Nazionale: trend 2010-2028



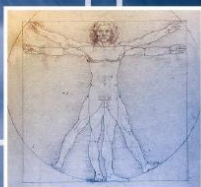
FSN effettivo vs FSN al 6,3% del PIL





2025

Documento programmatico di finanza pubblica



Presentato dal Presidente del Consiglio dei ministri
Giorgia Meloni

e dal Ministro dell'Economia e delle Finanze
Giancarlo Giorgetti

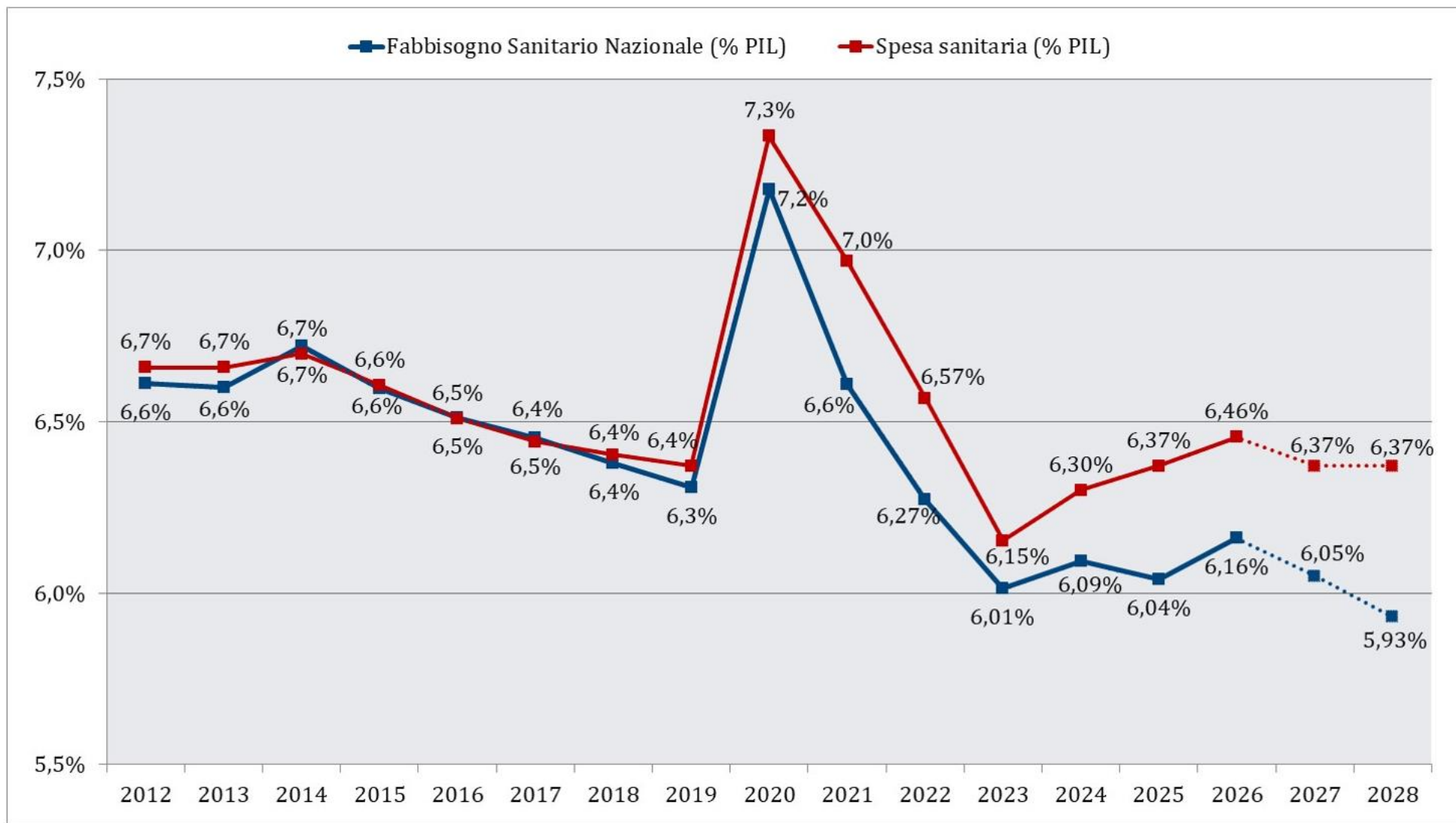
al Consiglio dei ministri il 2 ottobre 2025

Spesa sanitaria: consuntivo 2024 e stime 2025-2028

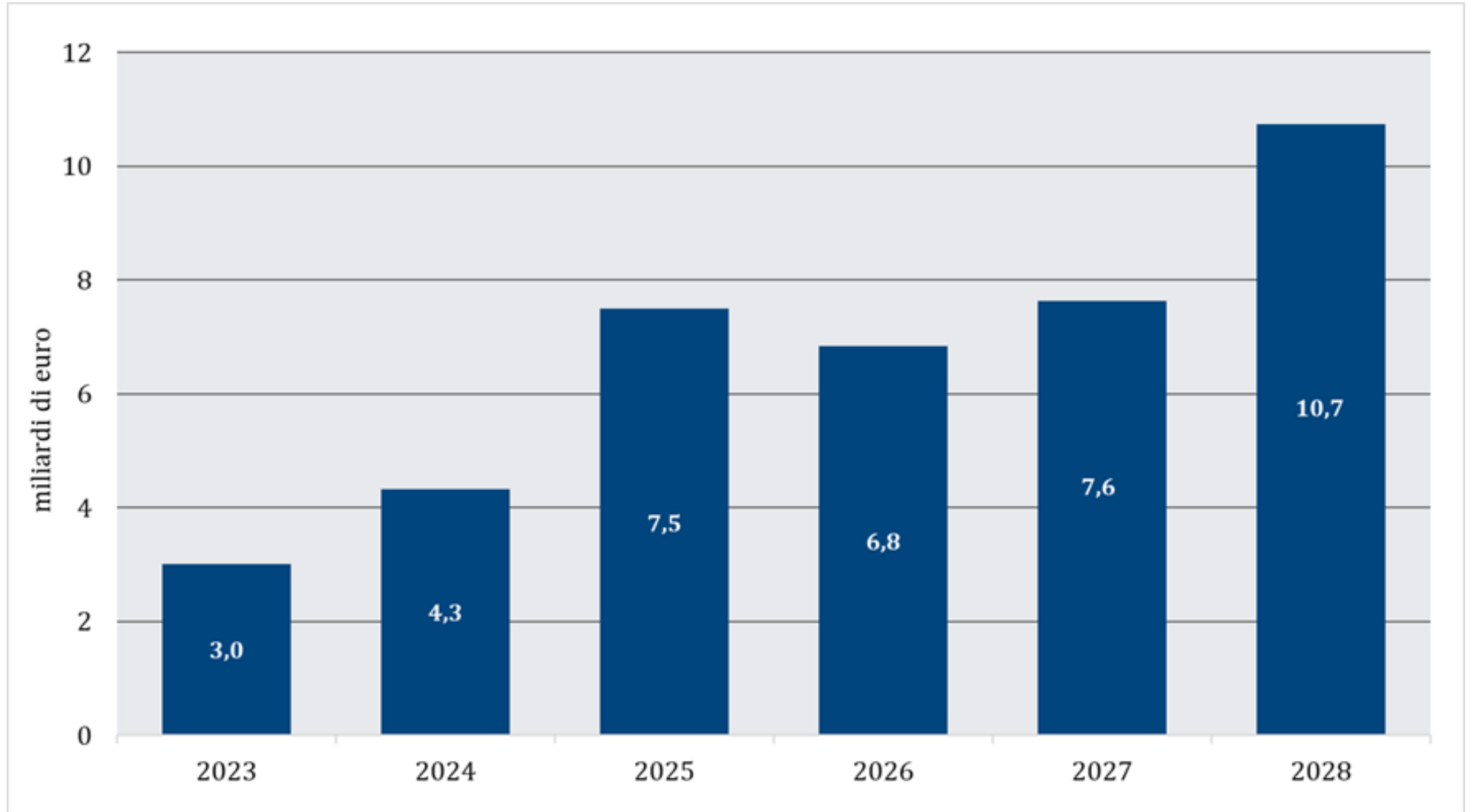
	2024	2025	2026	2027	2028
Spesa sanitaria (milioni di €)	138.335	144.021	149.931	151.727	155.702
Spesa sanitaria (% PIL)	6,3%	6,4%	6,5%	6,4%	6,4%
Tasso di variazione in %	4,9%	4,1%	4,1%	1,2%	2,6%

Documento Programmatico di Finanza Pubblica, 2 ottobre 2025

Trend gap tra spesa sanitaria e FSN



Gap tra spesa sanitaria e FSN



I nuovi orientamenti della Corte Costituzionale

**Diritto
finanziariamente
condizionato**

- Sent. 248/2011



**Spesa
costituzionalmente
necessaria**

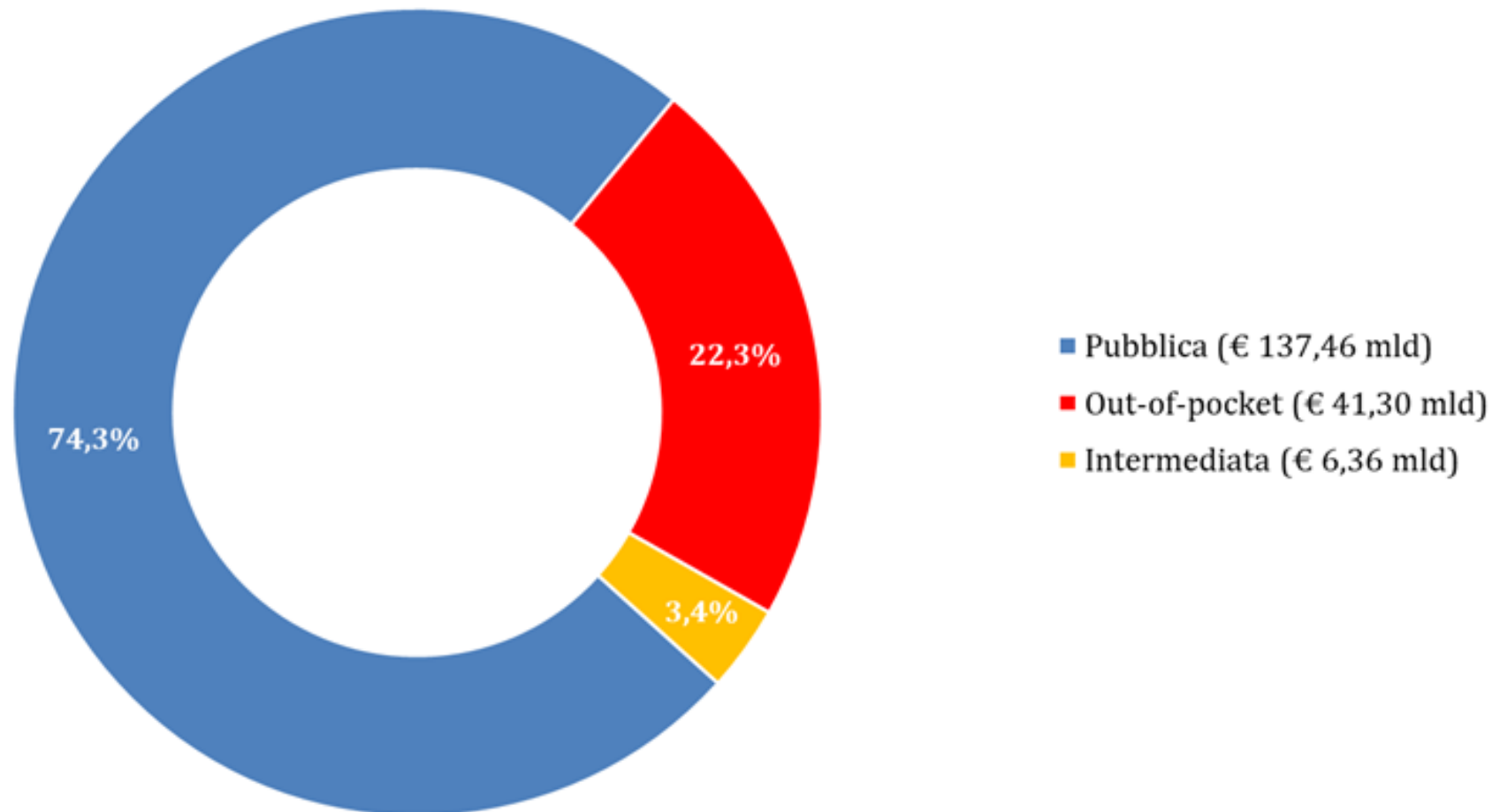
- Sent. 275/2016
- Sent. 169/2017
- Sent. 103/2018
- Sent. 233/2022
- Sent. 195/2024

Outline

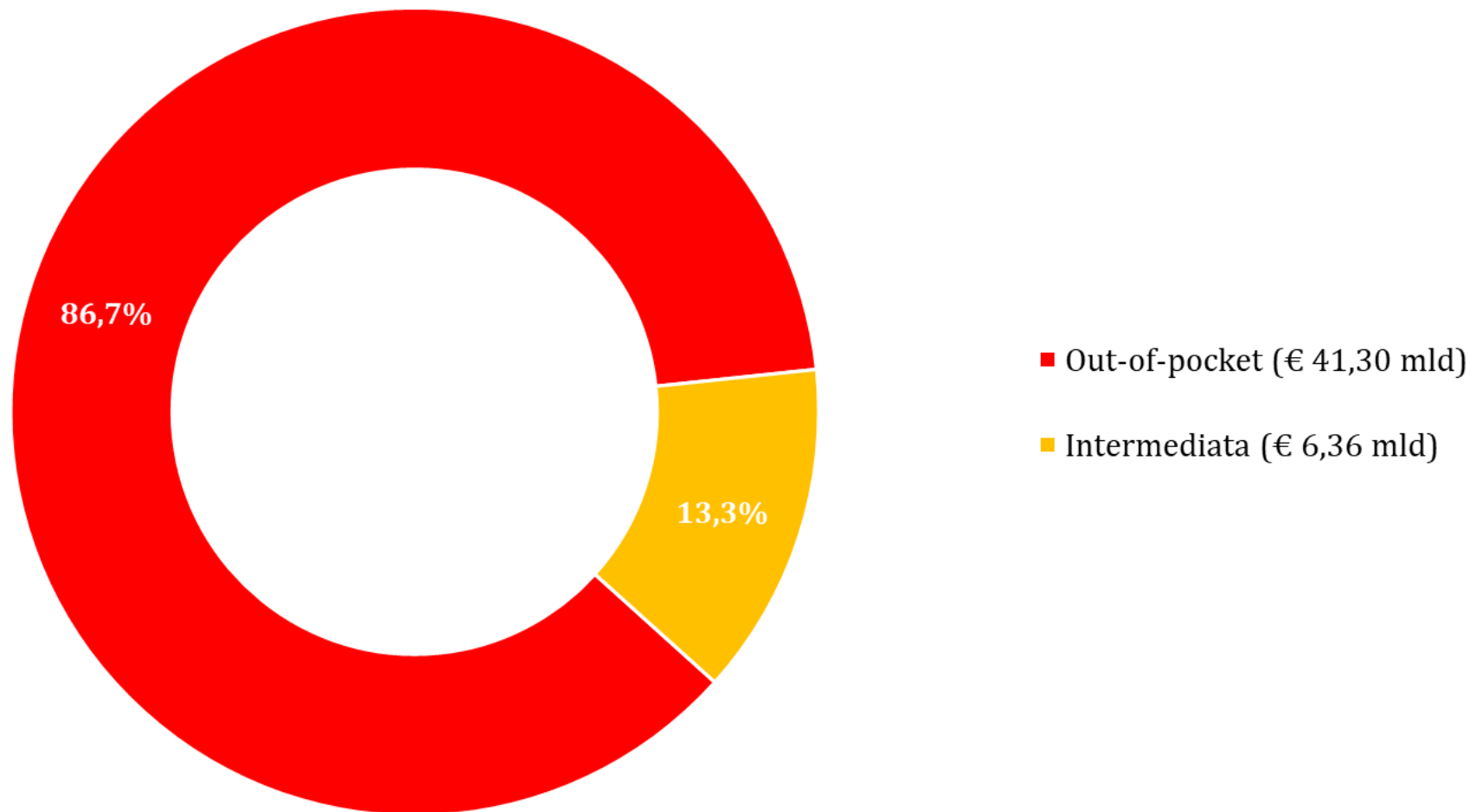
- Premesse
- Finanziamento pubblico
- **Spesa sanitaria**
- Adempimenti LEA
- Sprechi e inefficienze
- Personale sanitario
- PNRR Missione Salute
- Conclusioni



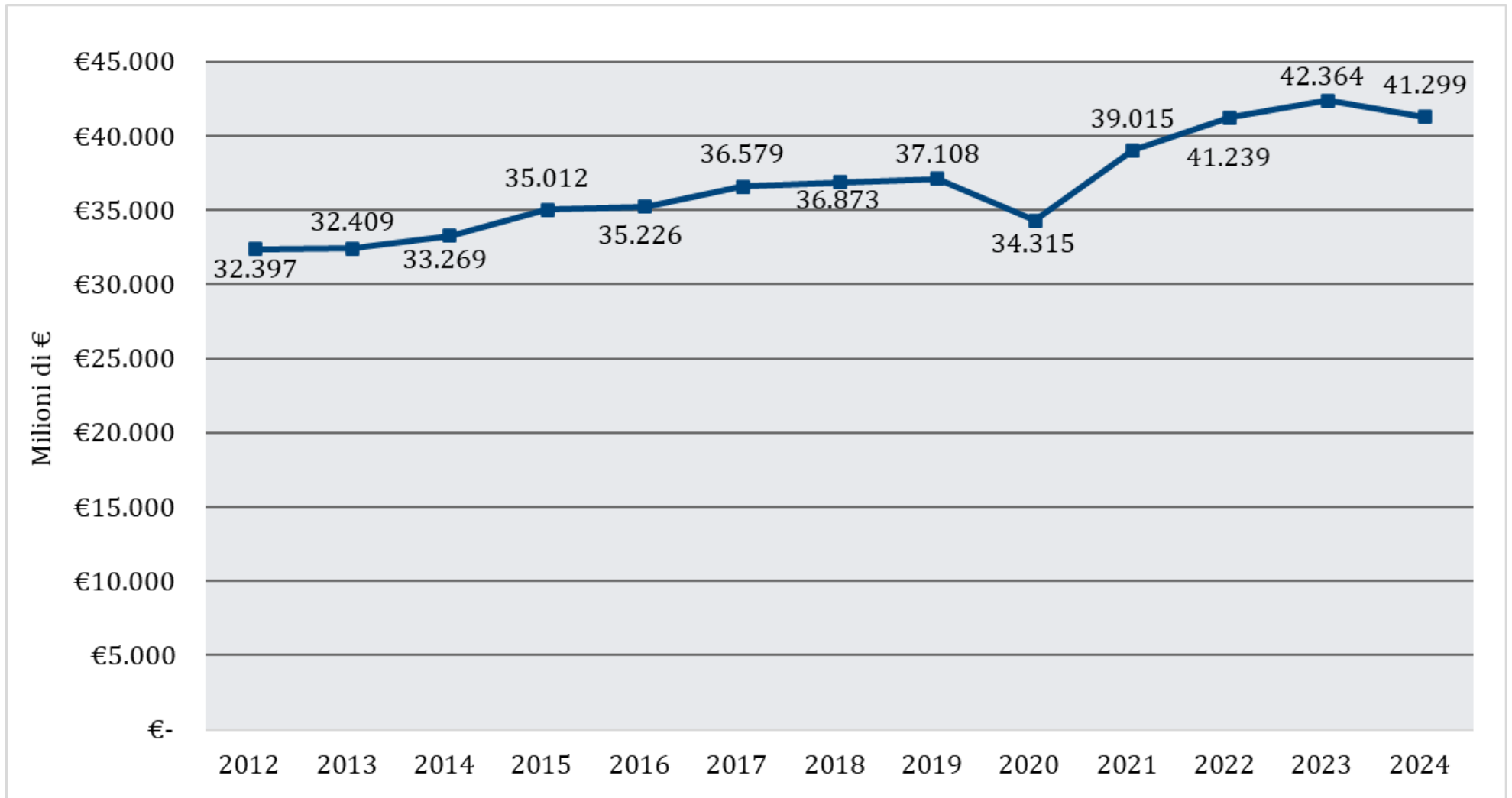
Spesa sanitaria 2024: € 185,12 miliardi



Spesa sanitaria privata 2024: € 47,66 miliardi



Trend spesa sanitaria out-of-pocket 2012-2024





LE STATISTICHE DELL'ISTAT SULLA POVERTÀ | ANNO 2024

POVERTÀ ASSOLUTA

- 2,2 milioni di famiglie
- 5,7 milioni di persone

POVERTÀ RELATIVA

- 2,8 milioni di famiglie
- 8,7 milioni di persone

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

Limitazione spese per la salute (2023)

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

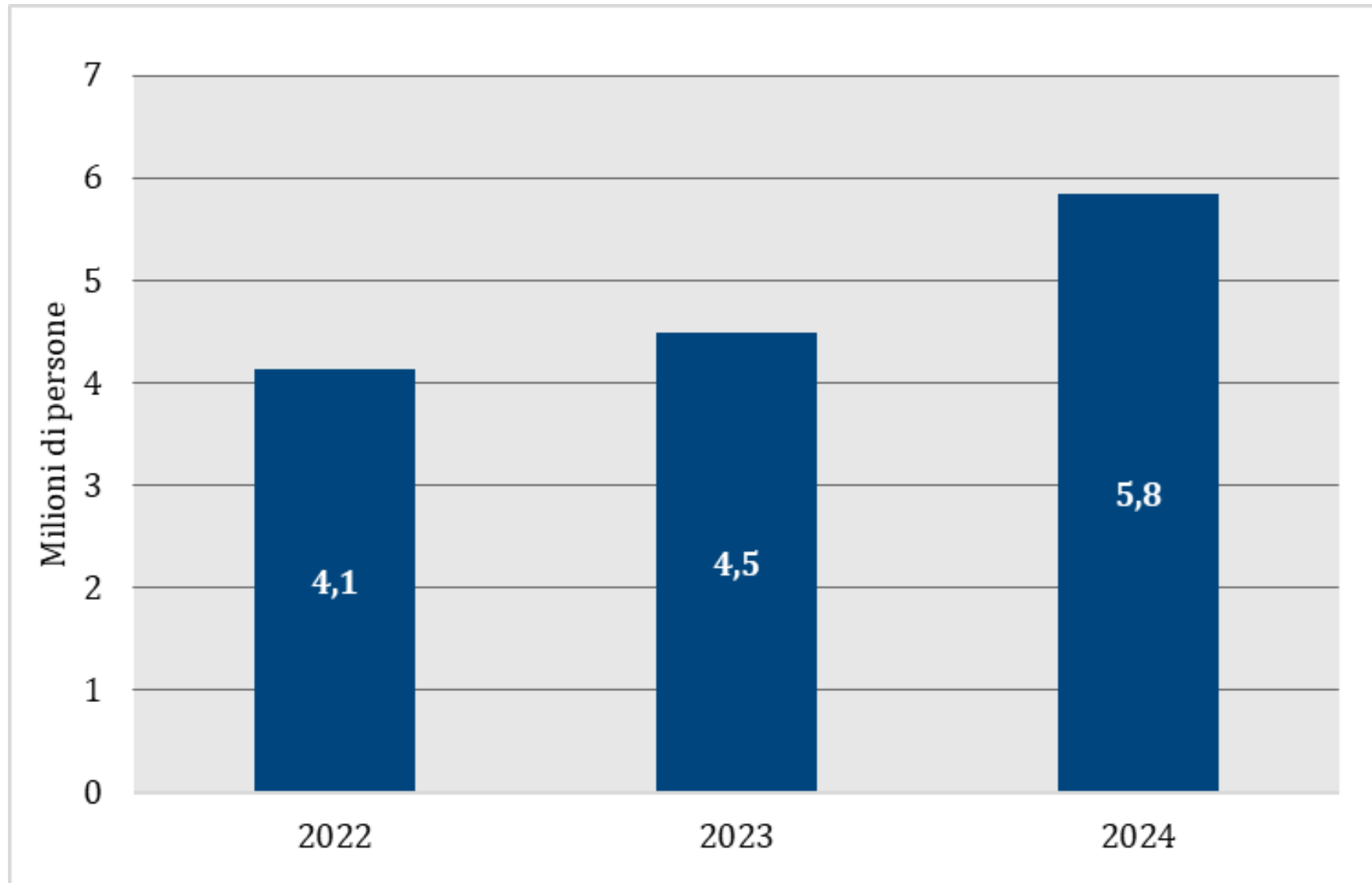
Indisponibilità economiche temporanee (2024)

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

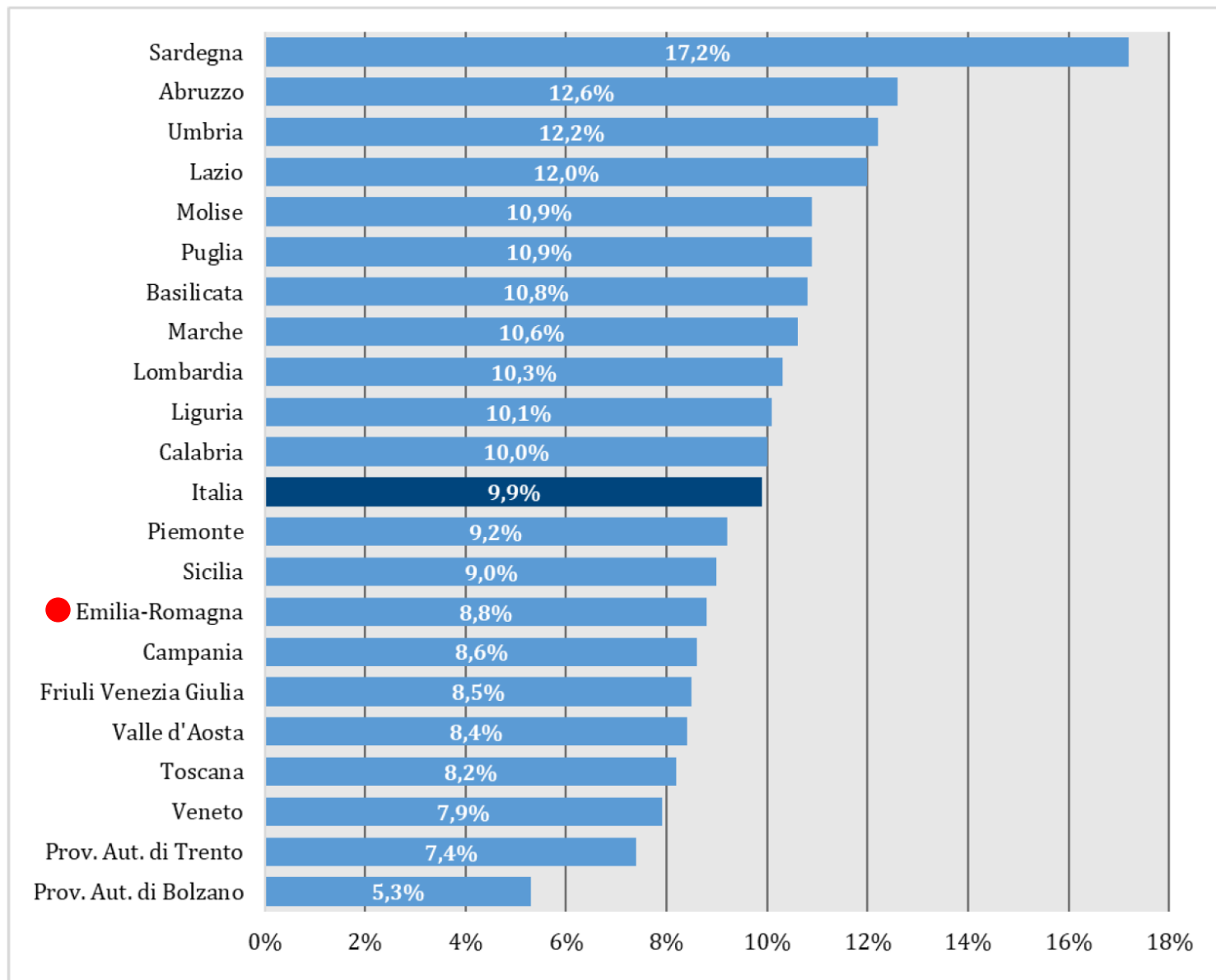
Rinuncia a prestazioni sanitarie (2024)

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

Popolazione che ha rinunciato alle prestazioni sanitarie



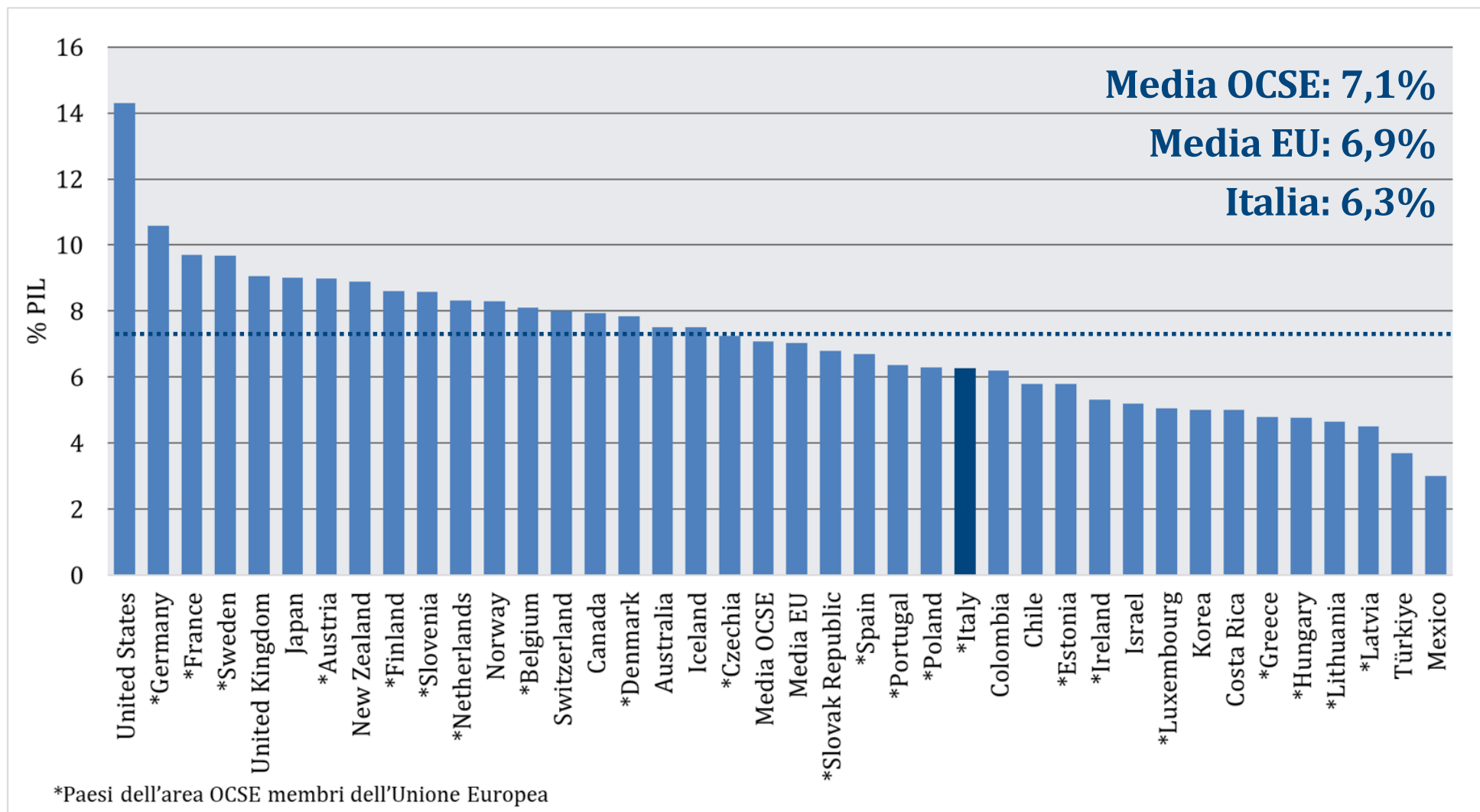
Popolazione che ha rinunciato alle prestazioni sanitarie



OECD Health Statistics

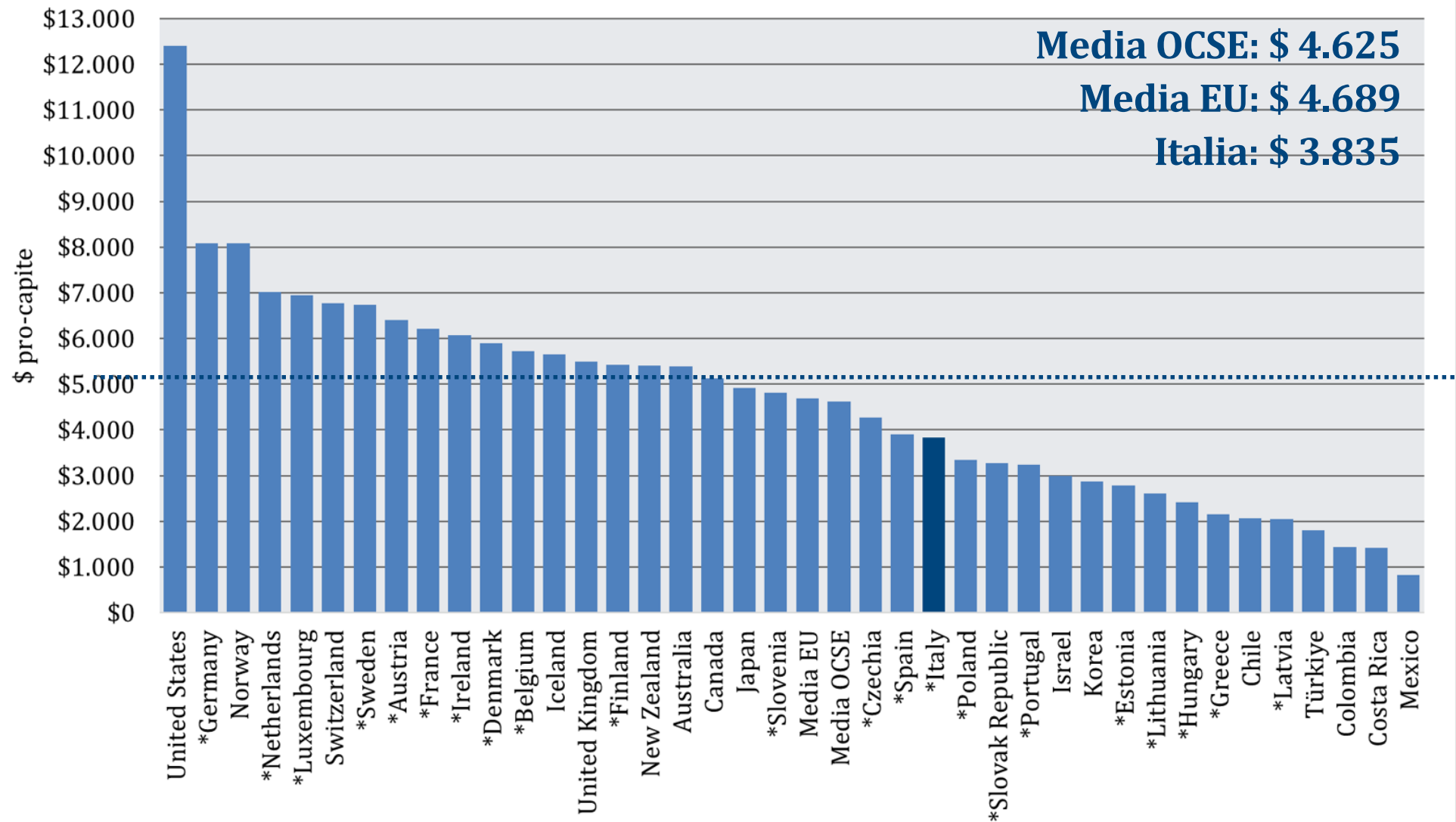
OECD Health Statistics offers the most comprehensive source of comparable statistics on health and health systems across OECD countries. It is an essential tool to carry out comparative analyses and draw lessons from international comparisons of diverse health systems.

Spesa pubblica 2024 in % PIL



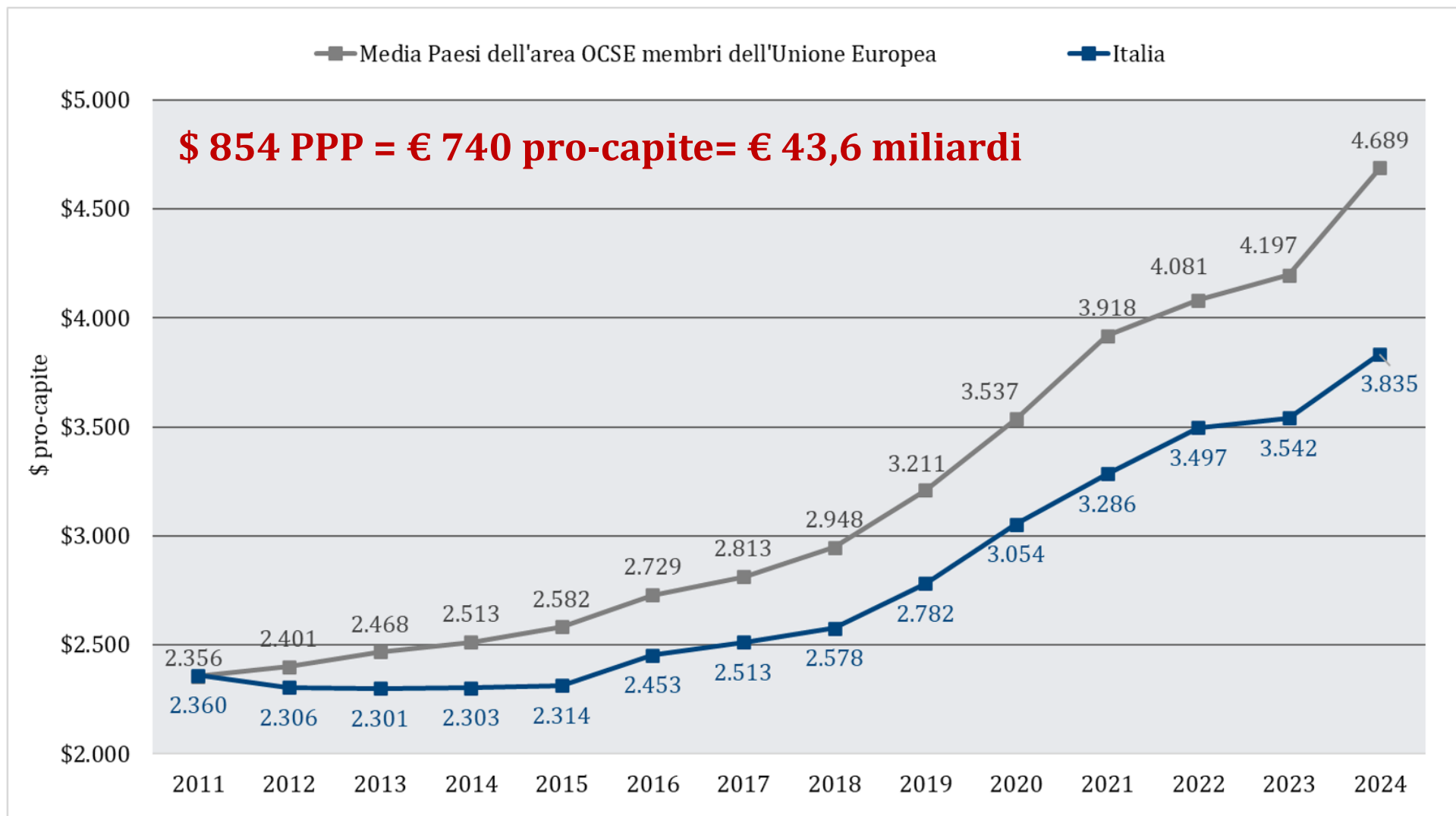
OECD, luglio 2025

Spesa pubblica 2024 pro-capite



*Paesi dell'area OCSE membri dell'Unione Europea

Trend spesa pubblica pro-capite 2011-2024



OECD, luglio 2025

Outline

- Premesse
- Finanziamento pubblico
- Spesa sanitaria
- **Adempimenti LEA**
- Sprechi e inefficienze
- Personale sanitario
- PNRR Missione Salute
- Conclusioni



Report Osservatorio GIMBE 2/2022

**Livelli Essenziali di Assistenza:
le diseguaglianze regionali in sanità**



Dicembre 2022

LIVELLI ESSENZIALI DI ASSISTENZA (LEA)

Adempimenti cumulativi 2010-2019



Adempimento >85,9%

Emilia-Romagna (93,4%), Toscana (91,3%), Veneto (89,1%), Piemonte (87,6%), Lombardia (87,4%)

Adempimento tra 76,7% e 85,9%

Umbria (85,9%), Marche (84,1%), Liguria (82,8%), Friuli-Venezia Giulia* (81,5%), Prov. Aut. di Trento (78,8%)

Adempimento tra 67,6% e 76,6%

Abruzzo (76,6%), Basilicata (76,4%), Lazio (75,1%), Sicilia (69,6%), Molise (68%)

Adempimento <67,6%

Puglia (67,5%), Valle d'Aosta* (63,8%), Calabria (59,9%), Campania (58,2%), Prov. Aut. di Bolzano* (57,6%), Sardegna* (56,3%)

*Friuli-Venezia Giulia, Valle d'Aosta, Sardegna e le Province autonome di Trento e Bolzano non sono sottoposte a verifica degli adempimenti



Ministero della Salute

Dipartimento della programmazione, dei dispositivi medici, del farmaco
e delle politiche in favore del Servizio sanitario nazionale
Ex Direzione generale della programmazione sanitaria
Ufficio 6

Monitoraggio dei LEA attraverso il Nuovo Sistema di Garanzia

Relazione 2023

Maggio 2025

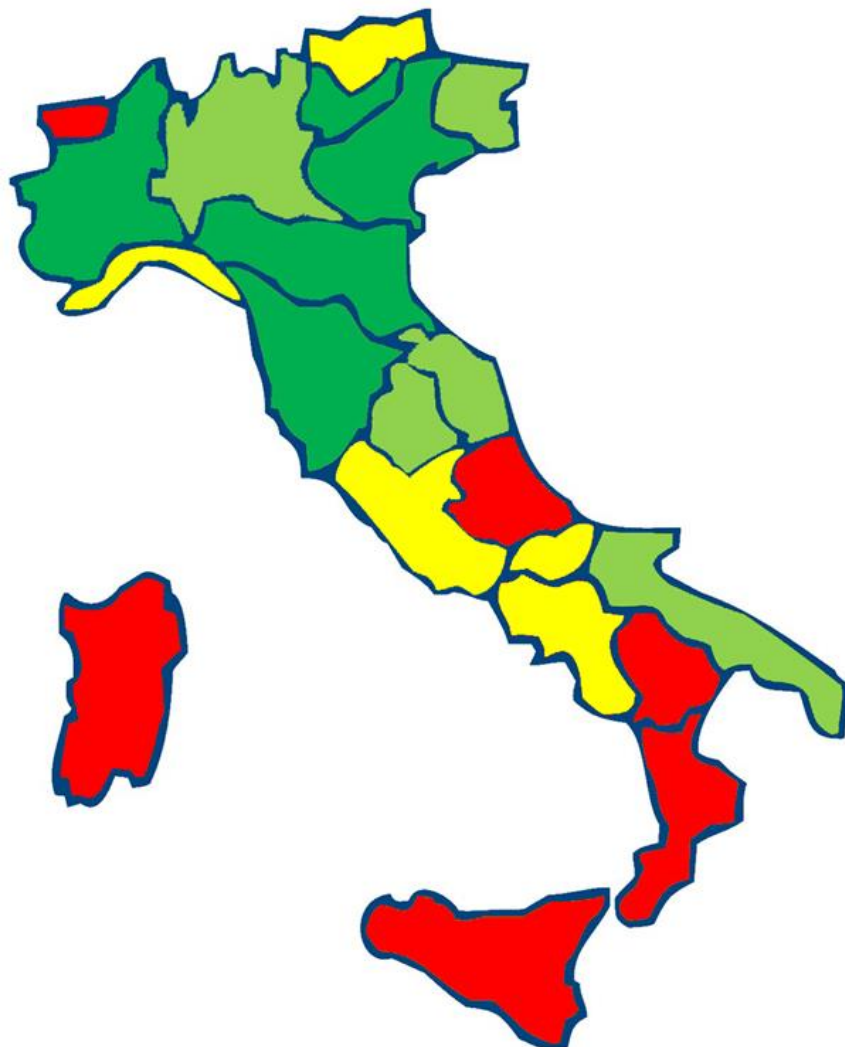


Nuovo Sistema di Garanzia

Anno	Regioni adempienti	
	N°	Del Mezzogiorno
2020	11	Puglia (11 ^a)
2021	14	Abruzzo (12 ^a), Puglia (13 ^a), Basilicata (14 ^a)
2022	13	Puglia (11 ^a), Basilicata (13 ^a)
2023	13	Puglia (10°), Campania (13°), Sardegna (16°)

LIVELLI ESSENZIALI DI ASSISTENZA

Punteggi totali anno 2023 (max 300 punti)



Punteggio >257

Veneto (288), Toscana (286), Emilia-Romagna (278),
Prov. Aut. di Trento (278), Piemonte (270),

Punteggio tra 220 e 257

Lombardia (257), Umbria (257), Marche (248),
Friuli Venezia Giulia (235), Puglia (228)

Punteggio tra 193 e 219

Liguria* (219), Lazio (216), Campania (206),
Prov. Aut. di Bolzano* (202), Molise* (193)

Punteggio <193

Sardegna (192), Basilicata* (189), Abruzzo* (182),
Calabria* (177), Sicilia* (173), Valle d'Aosta* (165)

Note:

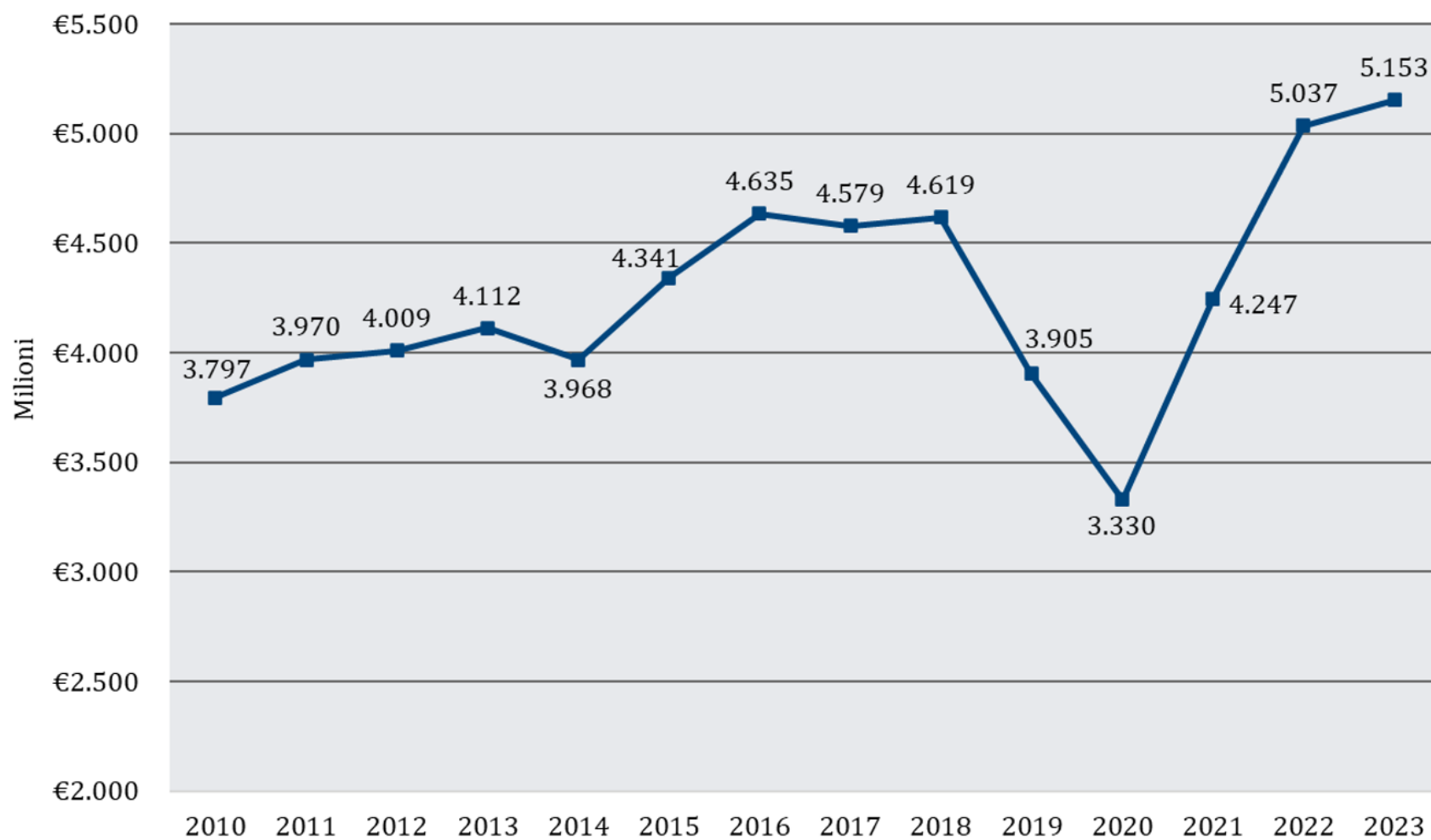
- Le quattro categorie risultano dalla suddivisione dei punteggi in quartili.
- *Regione inadempiente secondo il Nuovo Sistema di Garanzia (NSG).

Report Osservatorio GIMBE 1/2026
La mobilità sanitaria interregionale nel 2023



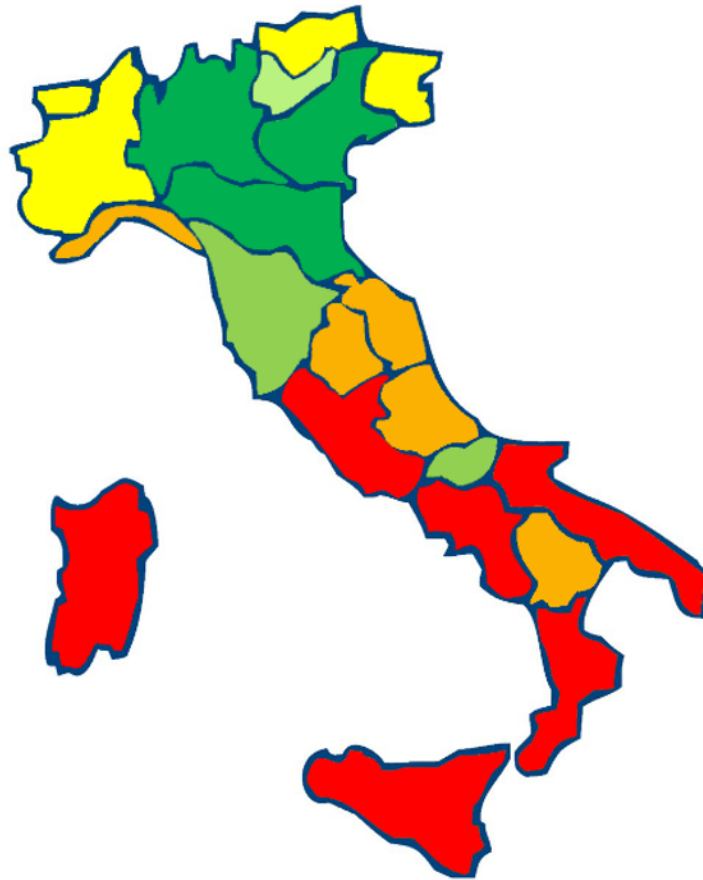
Marzo 2026

Valore della mobilità sanitaria



Il dato 2020 non include la compensazione del saldo della Regione Calabria che è stato posticipato al 2026.

Saldi mobilità interregionale 2023



Saldo positivo rilevante (oltre € 100 milioni)

Lombardia (€ 645,8 milioni), Emilia-Romagna (€ 564,9 milioni)
Veneto (€ 212,1 milioni)

Saldo positivo moderato (da € 25,1 a € 100 milioni)

Toscana (€ 47,2 milioni)

Saldo positivo minimo (da € 0,1 a € 25 milioni)

Molise (€ 18,6 milioni), Prov. Aut. di Trento (€ 8 milioni)

Saldo negativo minimo (da -€ 0,1 a -€ 25 milioni)

Prov. Aut. di Bolzano (-€ 3,9 milioni), Friuli Venezia Giulia (-€ 10 milioni),
Valle d'Aosta (-€12,8 milioni), Piemonte (-€ 20,7 milioni)

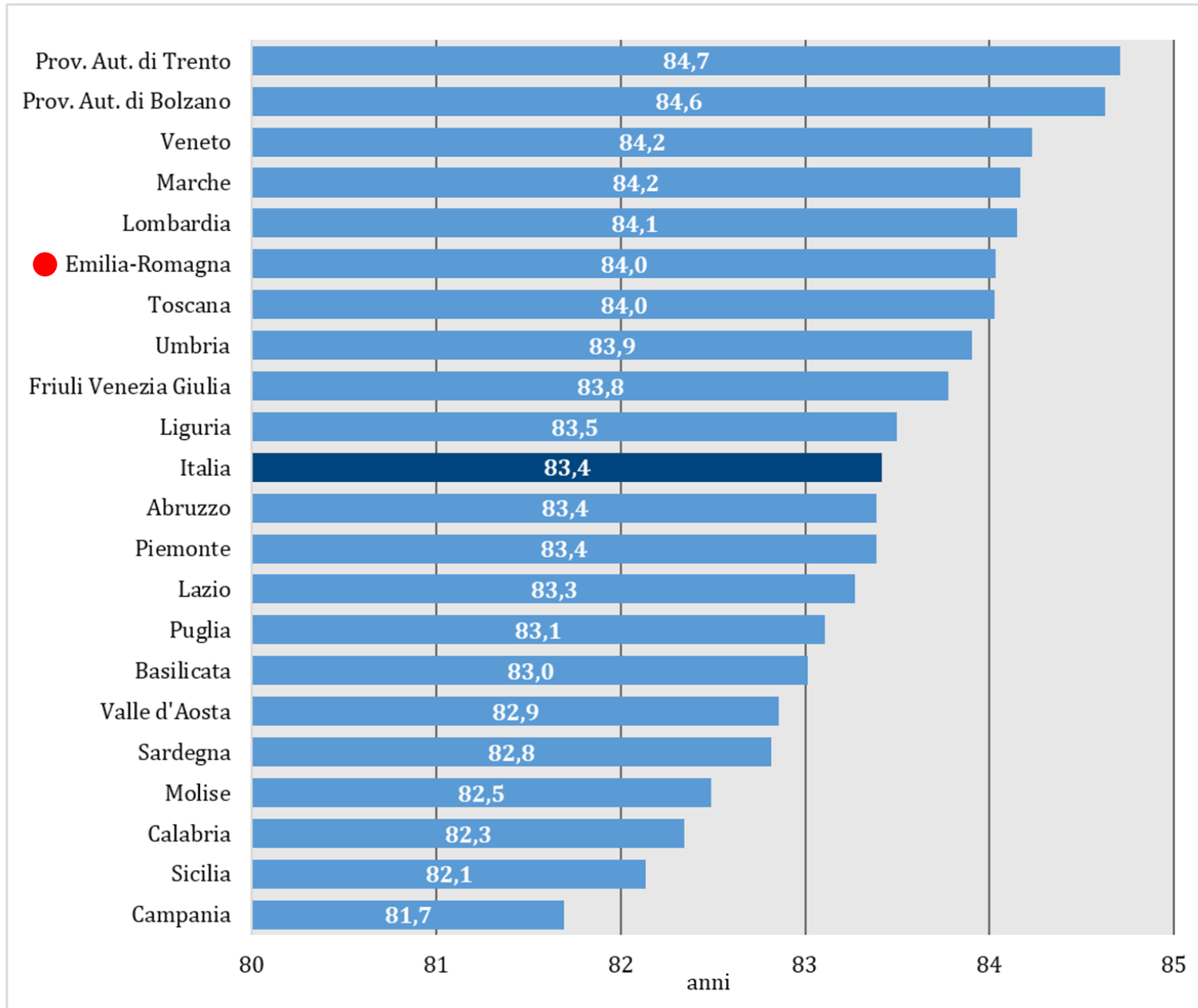
Saldo negativo moderato (da -€ 25,1 a -€ 100 milioni)

Marche (-€ 54,7 milioni), Umbria (-€ 55,8 milioni), Liguria (-€ 74,4 milioni),
Basilicata (-€ 77,9 milioni), Abruzzo (-€ 86,9 milioni),

Saldo negativo rilevante (oltre -€ 100 milioni)

Sardegna (-€ 101,9 milioni), Lazio (-€ 191,7 milioni), Sicilia (-€ 246,7 milioni),
Puglia (-€ 253,2 milioni), Campania (-€ 306,3), Calabria (-€ 326,9 milioni)

Aspettativa di vita alla nascita 2024



ISTAT, 2025

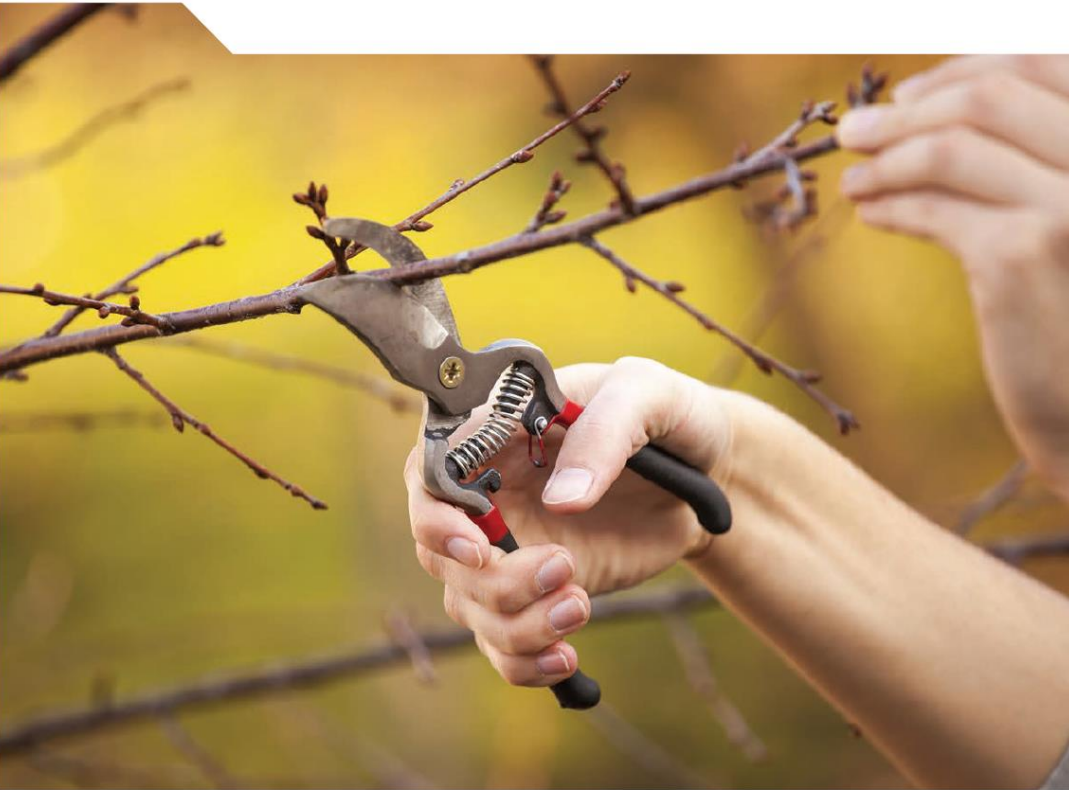
Outline

- Premesse
- Finanziamento pubblico
- Spesa sanitaria
- Adempimenti LEA
- **Sprechi e inefficienze**
- Personale sanitario
- PNRR Missione Salute
- Conclusioni





Tackling Wasteful Spending on Health



Health at a Glance: Europe 2018

STATE OF HEALTH IN THE EU CYCLE





Fiscal Sustainability of Health Systems

HOW TO FINANCE MORE RESILIENT HEALTH SYSTEMS
WHEN MONEY IS TIGHT?



Sprechi e inefficienze nel SSN: la tassonomia GIMBE

Sovra-utilizzo (<i>overuse</i>)	Erogazione di interventi sanitari inefficaci, inappropriati o dal basso valore
Sotto-utilizzo (<i>underuse</i>)	(Costi conseguenti alla) mancata erogazione di interventi efficaci, appropriati o dal valore elevato
Inadeguato coordinamento dell'assistenza	Inefficienze organizzative conseguenti alla scarsa integrazione tra diversi setting e servizi
Acquisti a costi eccessivi	Beni e servizi acquistati a prezzi non standard, spesso oltre il valore di mercato
Inefficienze amministrative	Processi non clinici che consumano risorse senza aggiungere valore
Frodi e abusi	Erosione di risorse da corruzione e conflitti di interesse

Sprechi e inefficienze: alcune considerazioni

- L'aumento del valore della spesa sanitaria è una strategia per contribuire alla sostenibilità del SSN
- L'entità di sprechi e inefficienze non è stimabile, ma nessuna Regione o Azienda sanitaria può ritenersi immune
- Senza riforme di sistema e una completa digitalizzazione del SSN gli sprechi non sono facilmente recuperabili
- L'esistenza di sprechi e inefficienze non può costituire un alibi per la politica per giustificare il mancato aumento del FSN



The NEW ENGLAND JOURNAL *of* MEDICINE

Perspective
MAY 24, 2012

From an Ethics of Rationing to an Ethics of Waste Avoidance

Howard Brody, M.D., Ph.D.

Outline

- Premesse
- Finanziamento pubblico
- Spesa sanitaria
- Adempimenti LEA
- Sprechi e inefficienze
- **Personale sanitario**
- PNRR Missione Salute
- Conclusioni

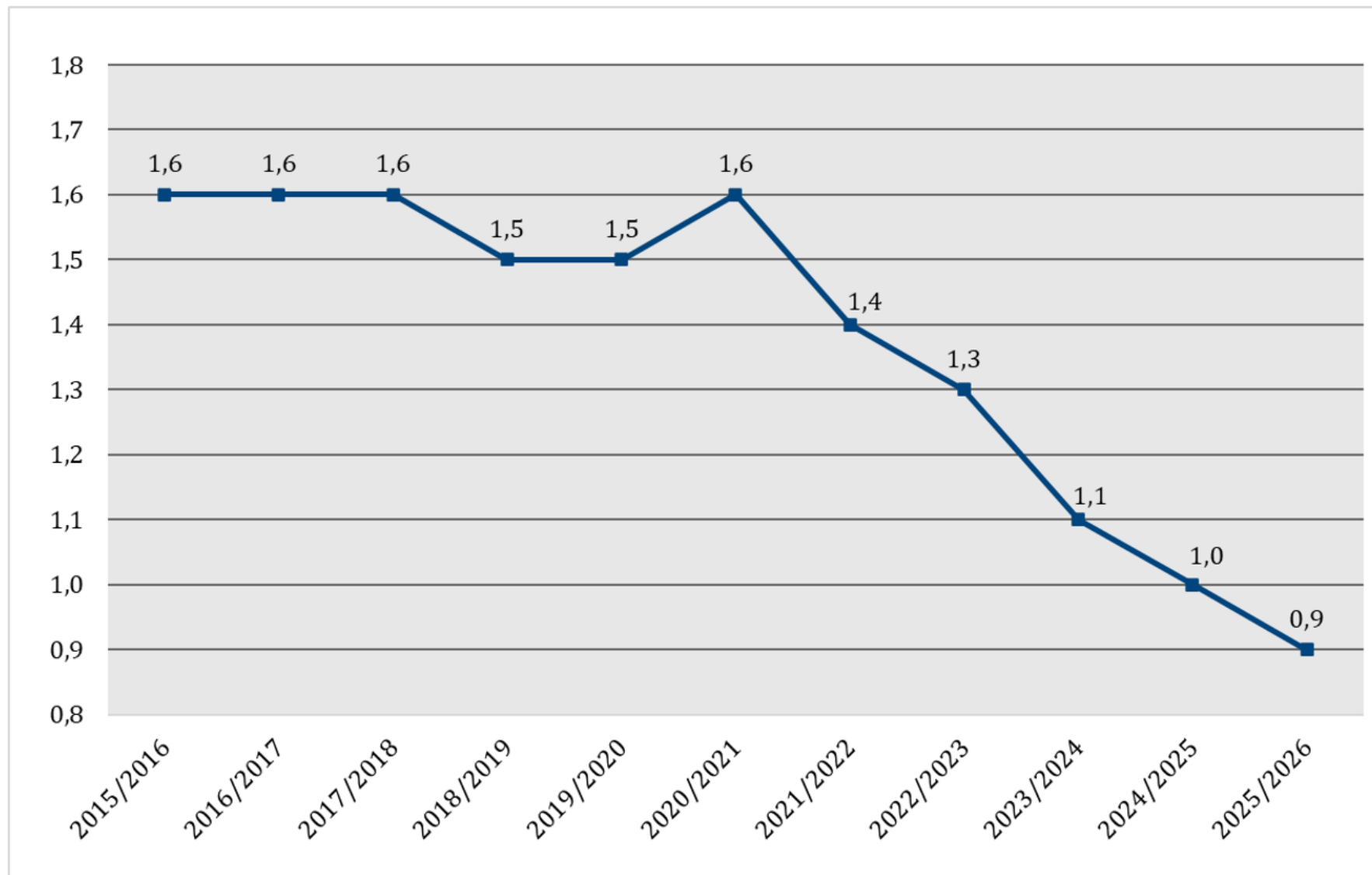


Medici e infermieri: Italia vs media OCSE

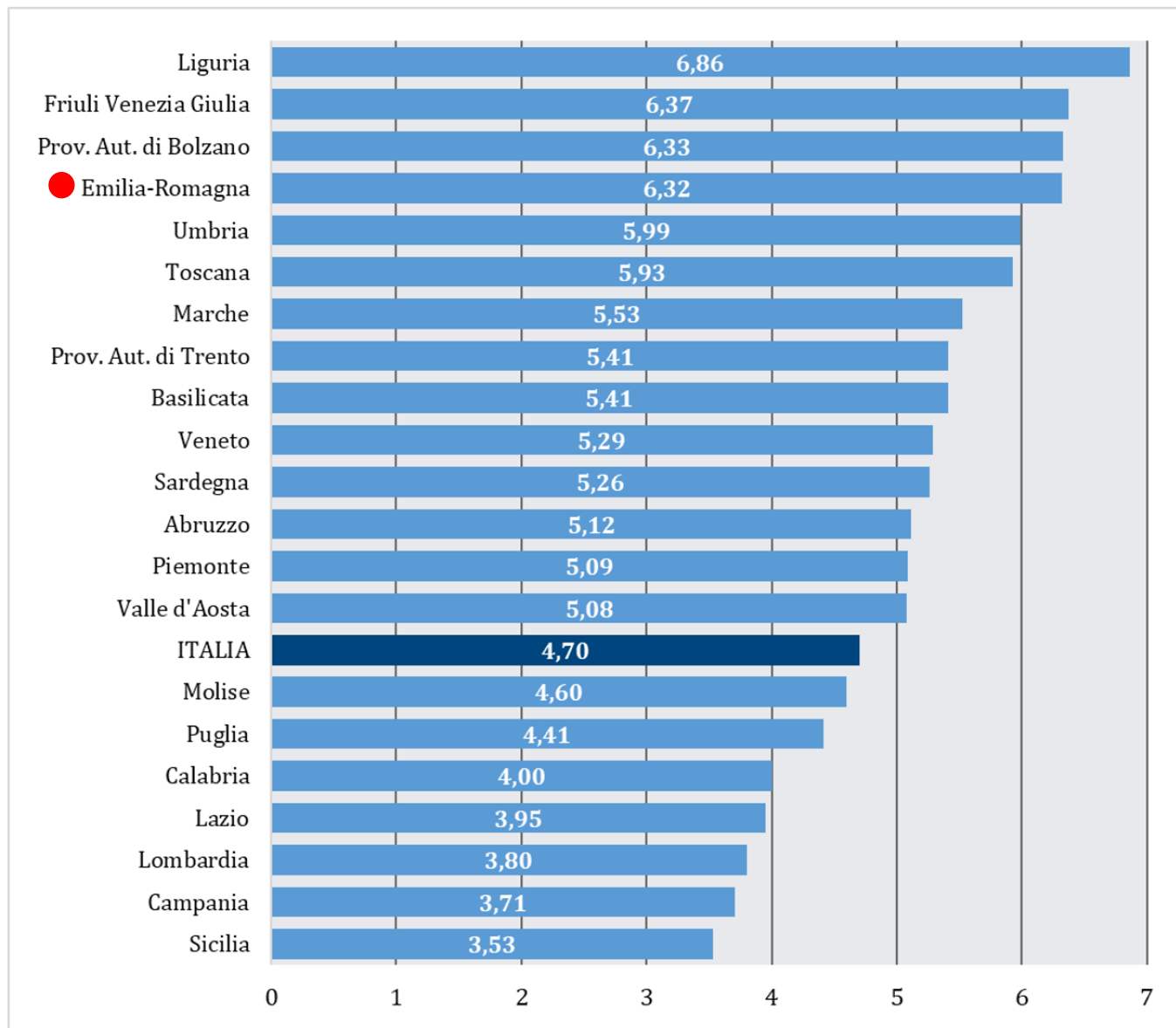
MEDICI		Italia	Media OCSE	Rank Italia
N° per 1.000 abitanti		5,4	3,9	2/31
Retribuzione specialisti (\$)	●	117.954	131.455	19/31
Laureati per 100.000 abitanti		16,6	14,3	9/31

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

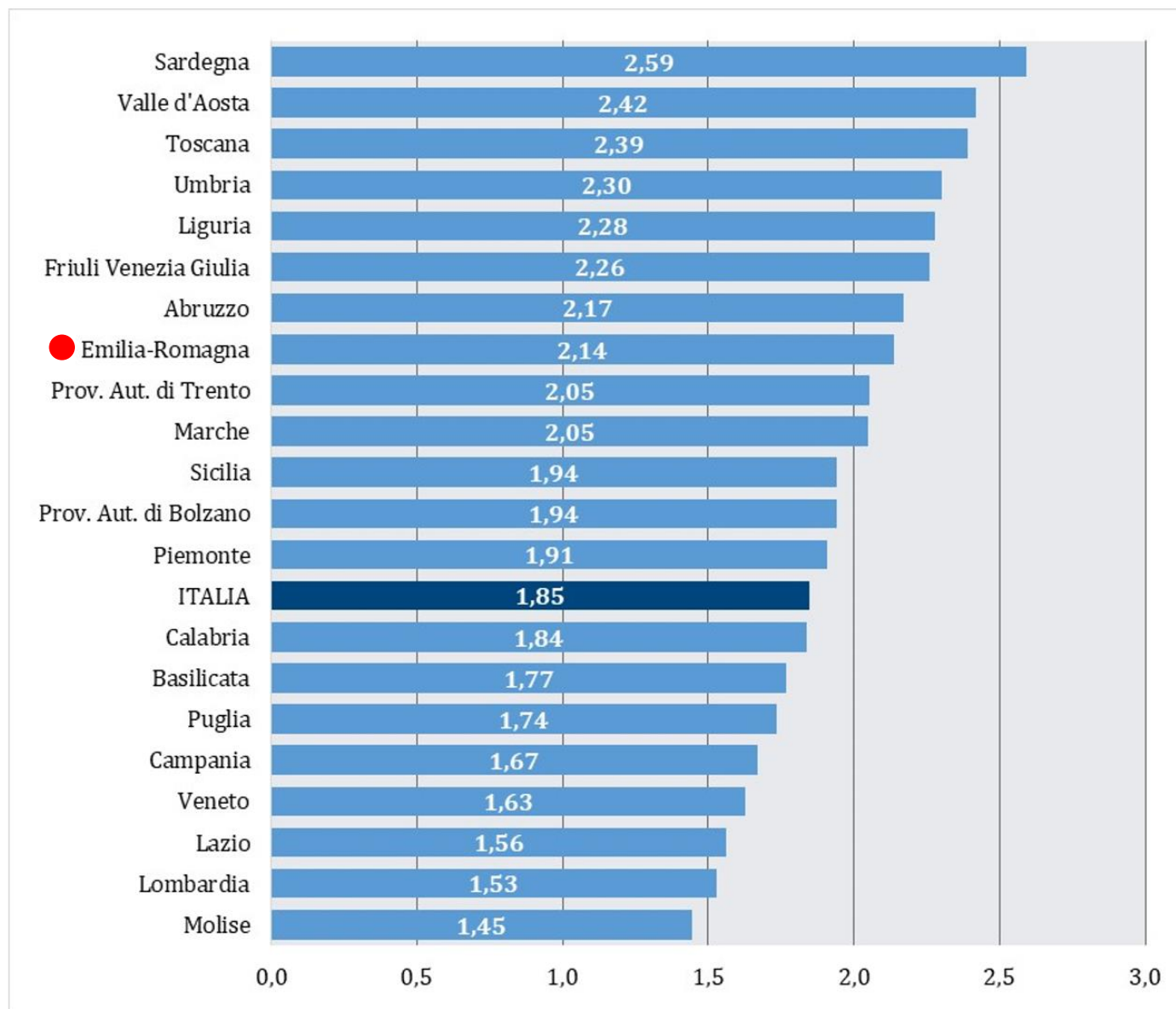
Corso di Laurea in Infermieristica: domande/posti disponibili



Infermieri dipendenti per 1.000 abitanti



Medici dipendenti per 1.000 abitanti



Medici: confronto tra le fonti analizzate (anno 2023)

	OCSE	CA-RGS	SISAC	ALS	FIMMG
Medici specialisti ^{a,b}	256.490	-	-	-	-
Medici di Medicina Generale (MMG)	37.983	-	37.260	-	-
Altri medici generalisti	21.247	-	-	-	-
Dipendenti pubblici con CCNL sanità	-	109.124	-	-	-
Specialisti convenzionati con il SSN	-	-	14.136	-	-
Pediatratri di libera scelta (PLS) ^b	-	-	6.484	-	-
Iscritti a Scuole di Specializzazione ^c	-	-	-	50.677	-
Iscritti al corso di Formazione in Medicina Generale ^d	-	-	-	-	6.000
TOTALE	315.720	109.124	57.880	50.000	6.000

^a I medici iscritti alle scuole di specializzazione sono inclusi tra gli specialisti

^b 6.484 PLS sono inclusi da OCSE tra i medici specialisti

^c Dati Associazione Liberi Specializzandi (ALS)

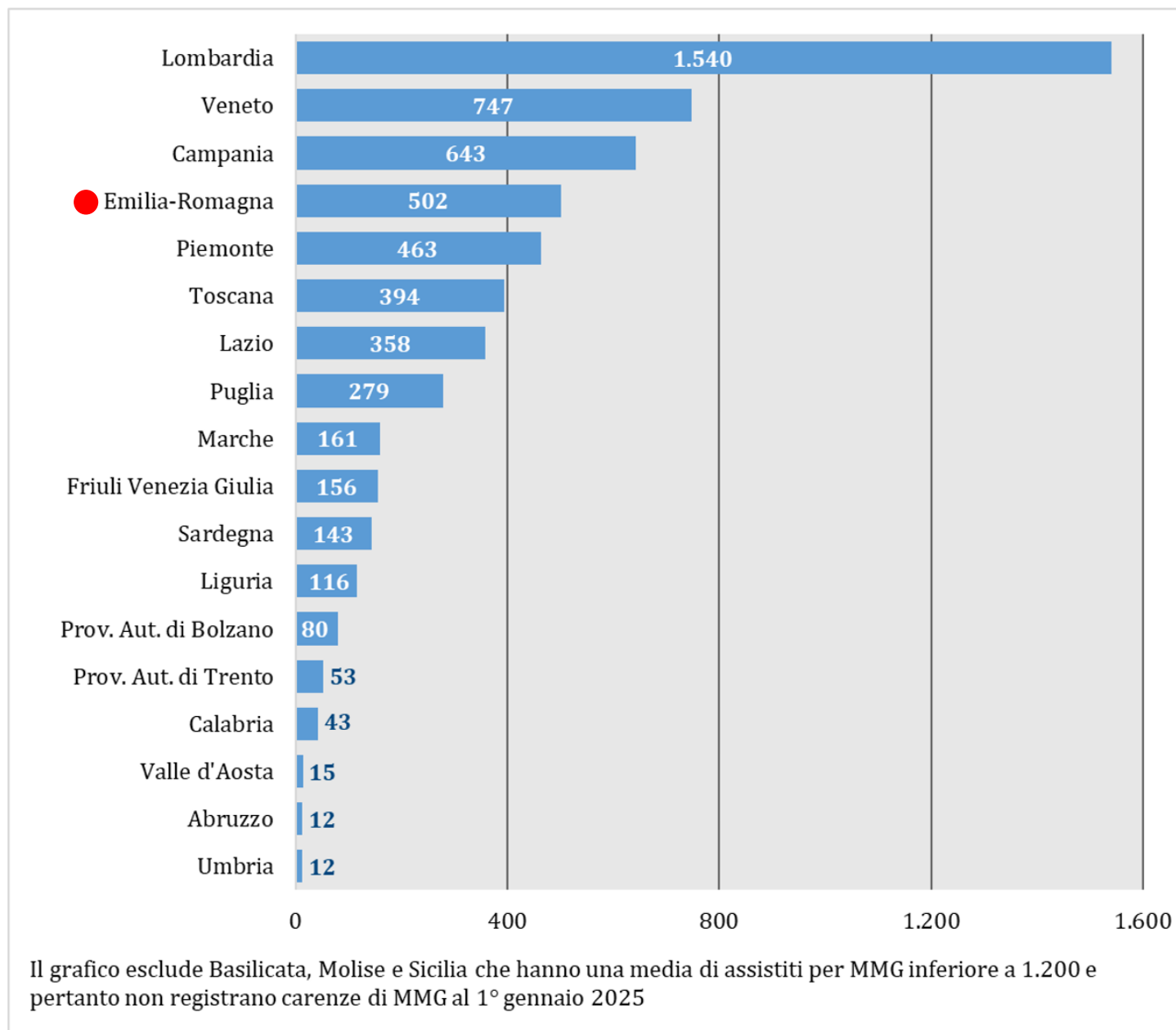
^d Stima FIMMG

>92 mila medici non lavorano nel SSN

Concorso SSM 2025-2026

Scuola di Specializzazione	Contratti disponibili	Contratti assegnati	% assegnazione
Chirurgia Generale	646	415	64%
Nefrologia	340	208	61%
Medicina d'emergenza urgenza	954	537	56%
Chirurgia Toracica	87	49	56%
Medicina nucleare	80	36	45%
Medicina e Cure Palliative	155	64	41%
Statistica sanitaria e Biometria	47	17	36%
Medicina di comunità e delle cure primarie	134	48	36%
Radioterapia	139	49	35%
Patologia Clinica e Biochimica Clinica	272	66	24%
Farmacologia e Tossicologia Clinica	114	25	22%
Microbiologia e virologia	108	22	20%

Stima carenze MMG al 1° gennaio 2025



Outline

- Premesse
- Finanziamento pubblico
- Spesa sanitaria
- Adempimenti LEA
- Sprechi e inefficienze
- Personale sanitario
- **PNRR Missione Salute**
- Conclusioni





Missione salute 2021-2026. A che punto siamo



Milestone totali | **44**

38

✓ Raggiunte

Dicembre 2025

6



Da raggiungere

Entro 2026



Target totali | **58**

44

✓ Raggiunti

Giugno 2026

14



Da raggiungere

Entro 2026

Milestone e target EU tutti raggiunti al 31 marzo 2026

Monitoraggio sui target da raggiungere al 30 giugno 2026

- Ministero della Salute
- Corte dei Conti
- Ufficio Parlamentare di Bilancio
- Agenas
- Dipartimento per la Trasformazione Digitale



Monitoraggio GIMBE

11 target entro il 30 giugno 2026

Completate (4)

- Risorse RRF per i progetti ex art. 20
- Assistenza domiciliare negli over 65
- Grandi apparecchiature sanitarie
- Contratti di formazione medica specialistica

In ritardo (2)

- Interventi antisismici negli ospedali
- **FSE in tutte le Regioni**

In netto ritardo (3)

- **Case della Comunità**
- **Ospedali di comunità**
- Posti letto in terapia intensiva e sub-intensiva

Non valutabili (2)

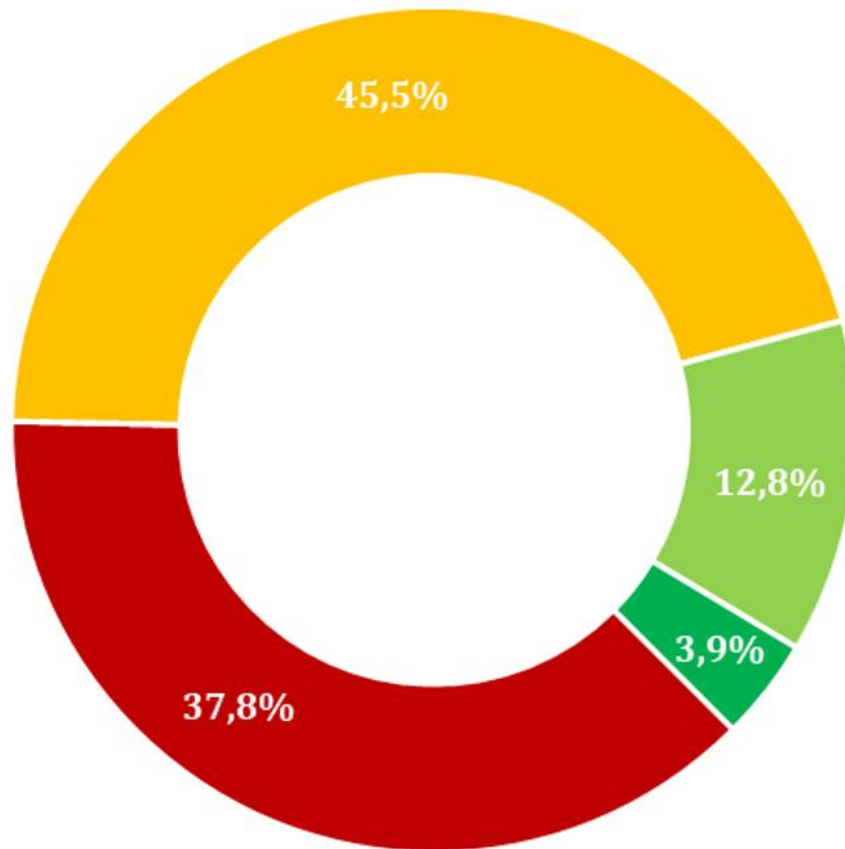
- Sistema tessera sanitaria e interoperabilità del FSE
- Formazione su competenze di management e digitali



Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali

**REPORT NAZIONALE DI SINTESI DEI RISULTATI
DEL MONITORAGGIO DM 77/2022
II SEMESTRE 2025**

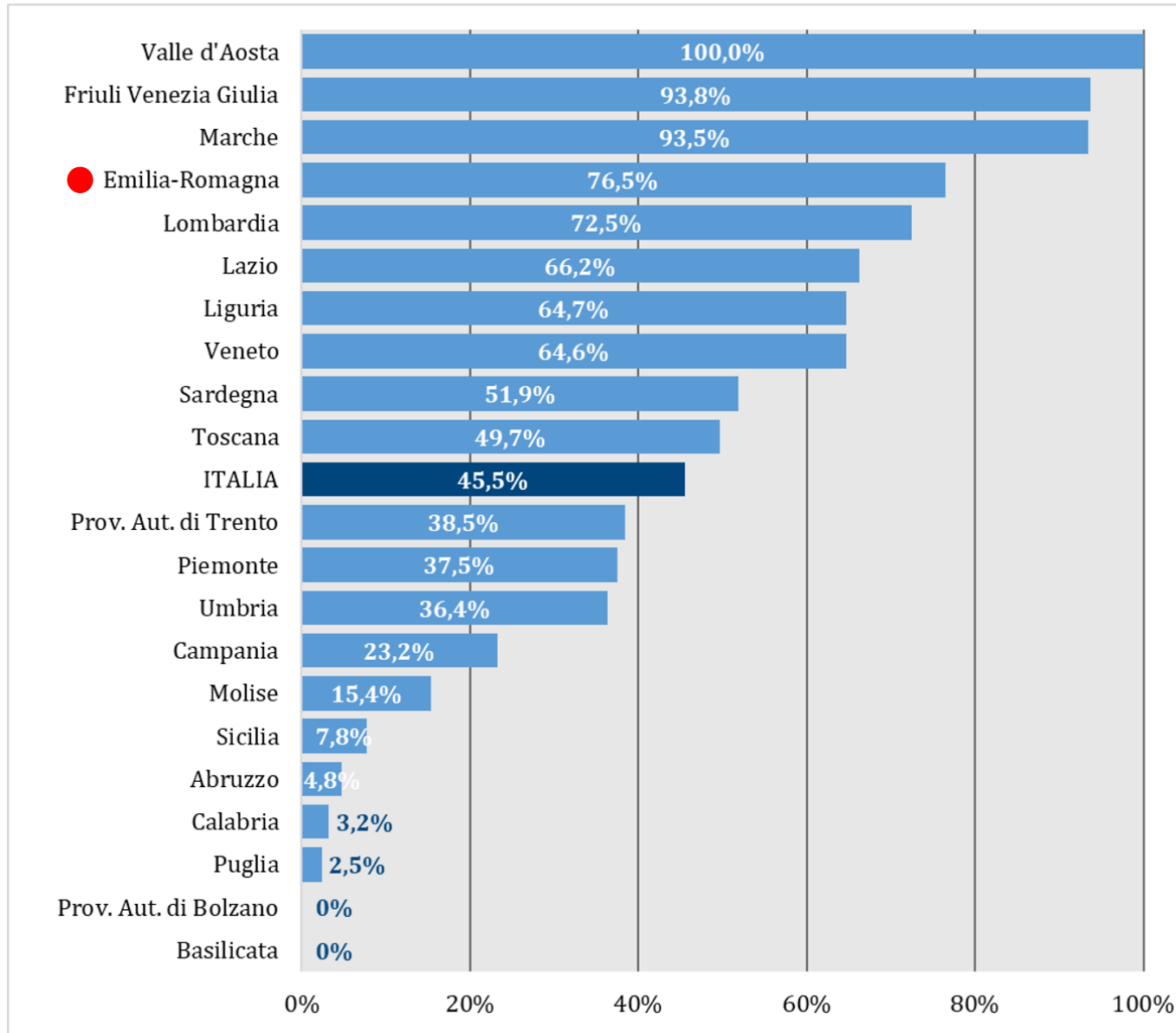
Case della Comunità: servizi dichiarati attivi



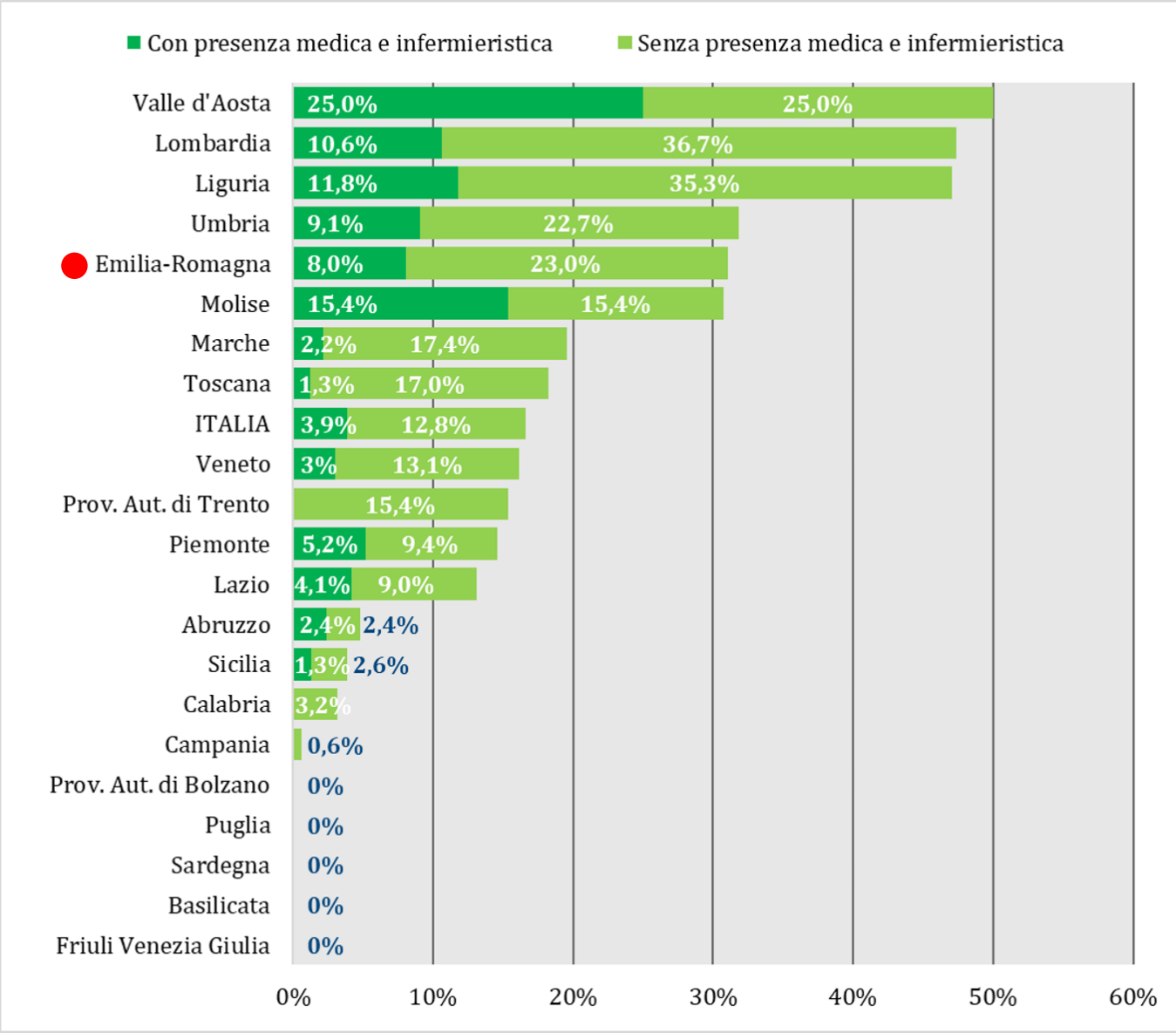
Case della Comunità

- Senza servizi dichiarati attivi (n. 649)
- Almeno un servizio dichiarato attivo (n. 781)
- Tutti i servizi obbligatori dichiarati attivi, eccetto presenza medica e infermieristica (n. 219)
- Tutti i servizi obbligatori dichiarati attivi, inclusa presenza medica e infermieristica (n. 66)

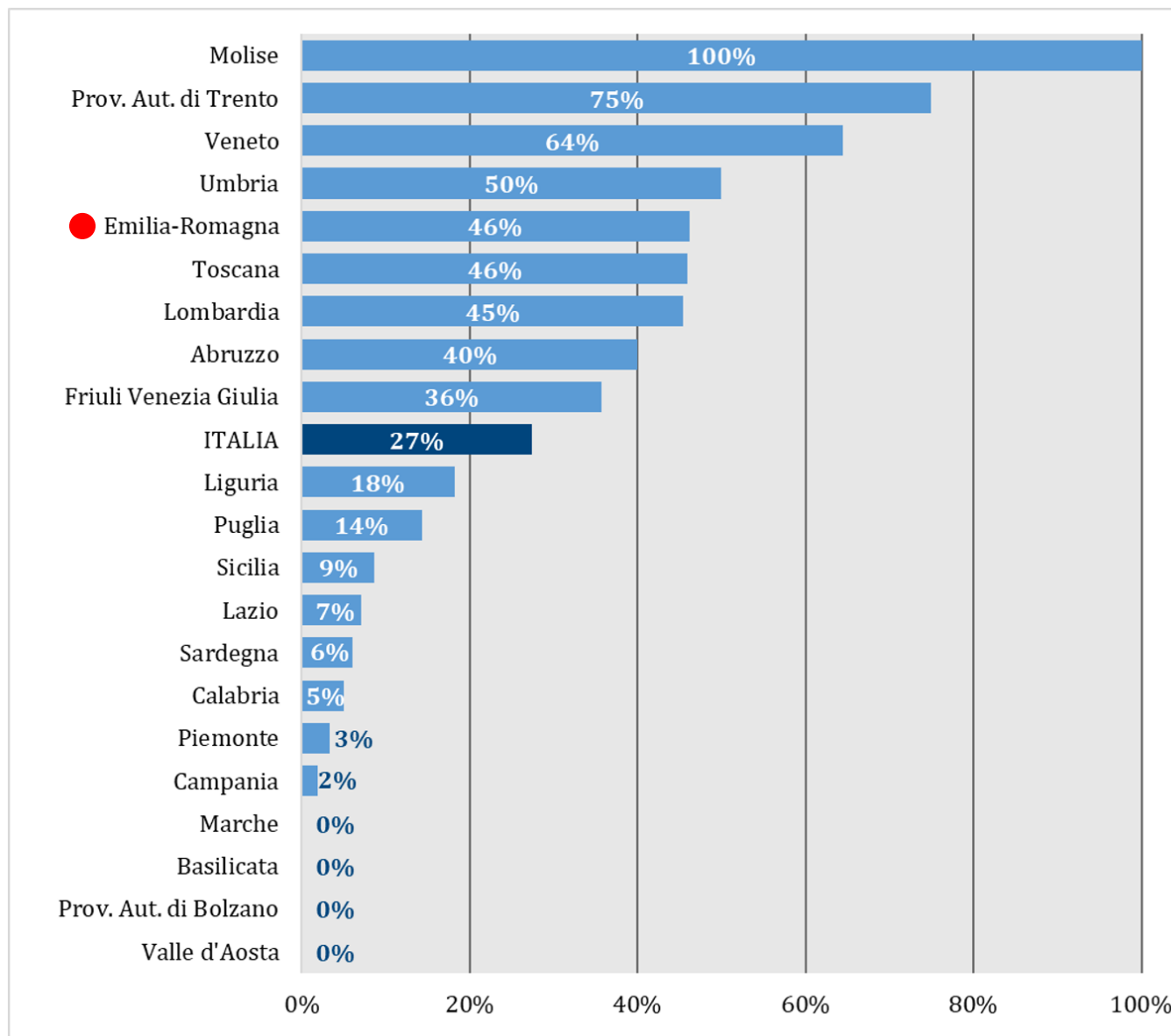
Case della Comunità con almeno un servizio dichiarato attivo



Case della Comunità con tutti i servizi obbligatori dichiarati attivi



Ospedali di Comunità con almeno un servizio dichiarato attivo





Fascicolo Sanitario Elettronico 2.0

I numeri del Fascicolo Sanitario Elettronico

I dati del Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE), il punto di accesso ai tuoi servizi sanitari

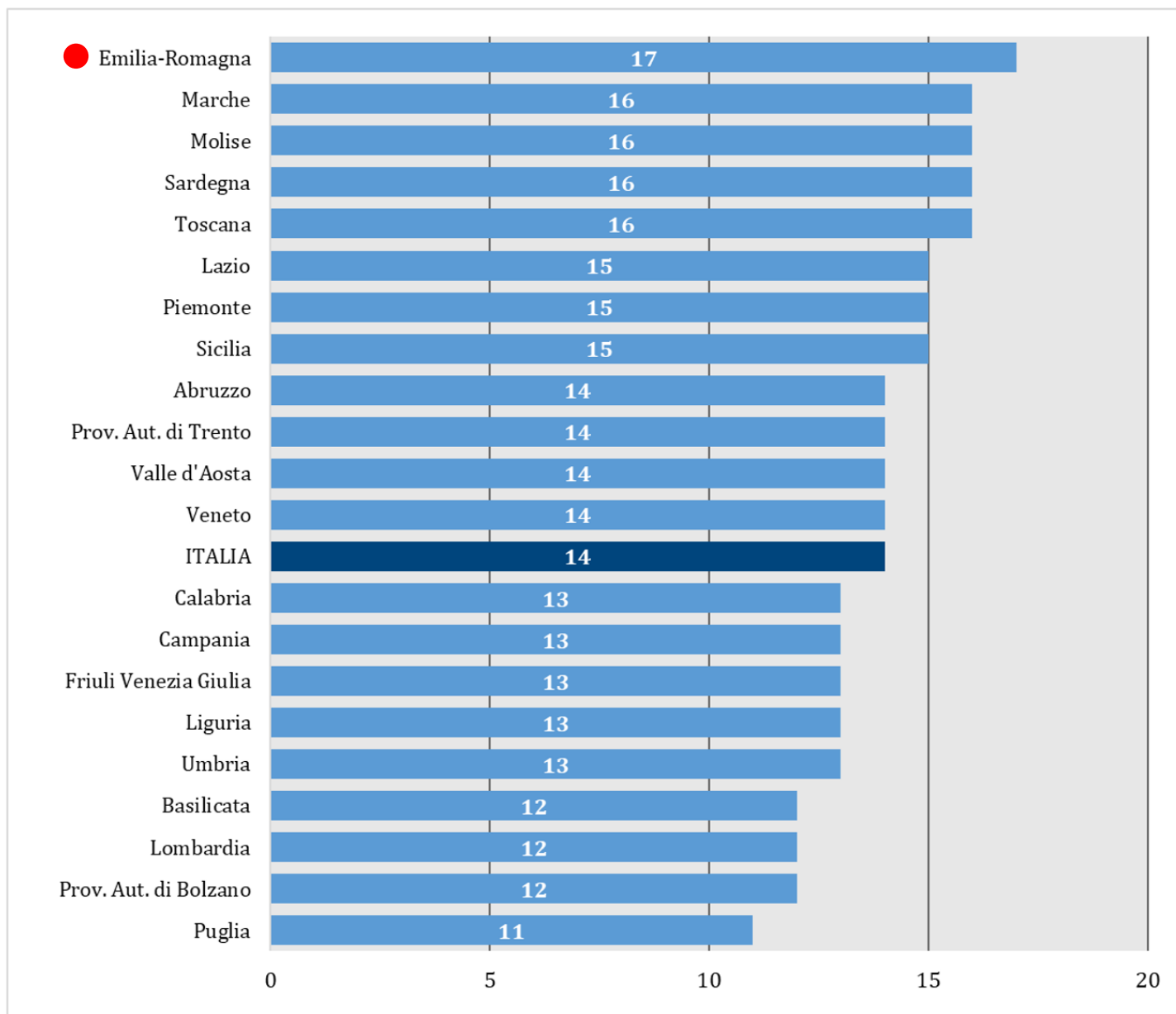
dati aggiornati al 31/03/2025 a cura del Dipartimento per la Trasformazione Digitale

[DOCUMENTI SANITARI](#) ↓

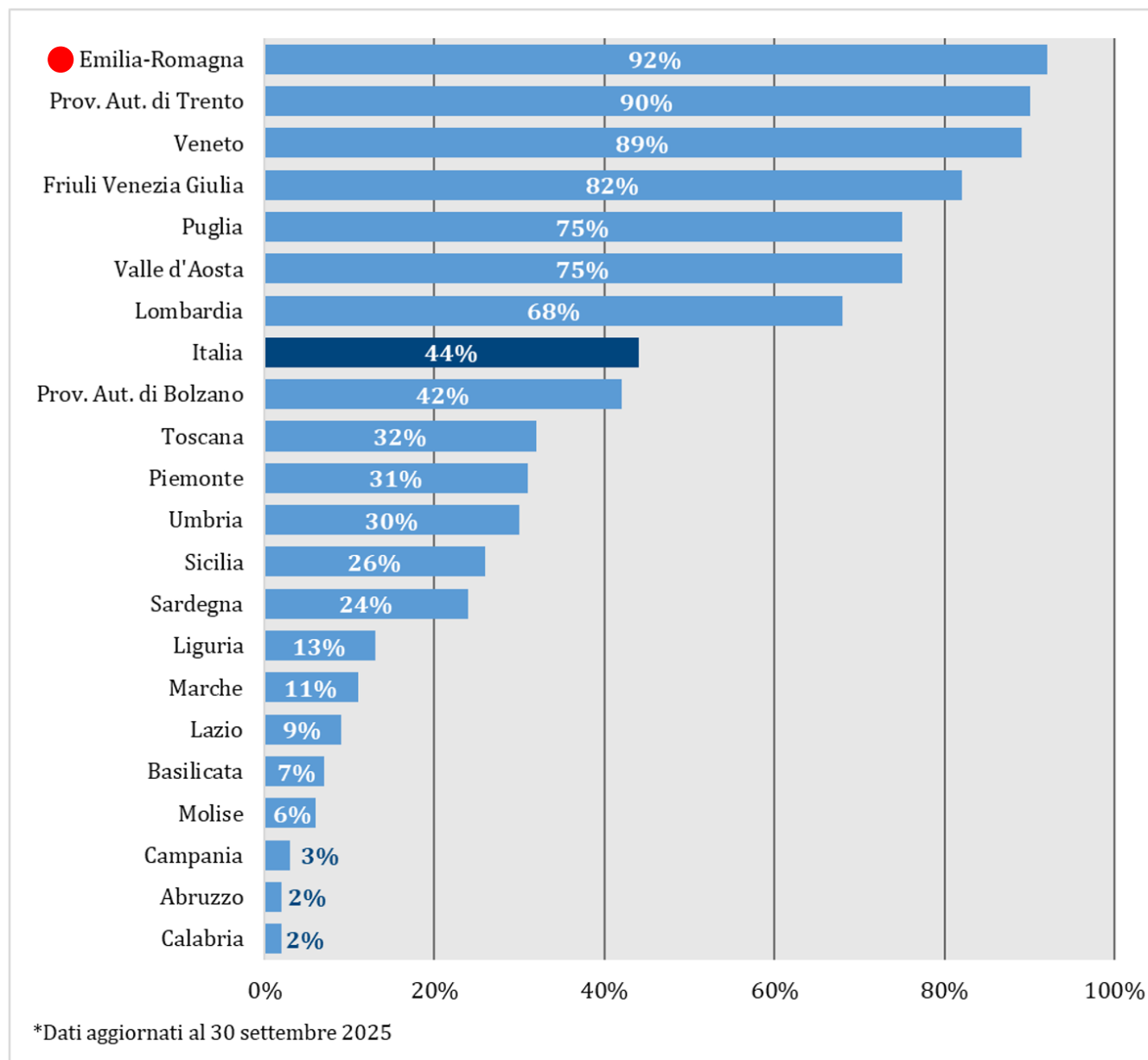
[SERVIZI SANITARI](#) ↓

Aggiornamento: 30 settembre 2025

Tipologie documentali disponibili nei FSE (su 20 previsti)



Cittadini che hanno espresso il consenso alla consultazione del FSE



Missione Salute PNRR: quali rischi?

- Non raggiungere i target europei e dover restituire il contributo a fondo perduto
- Raggiungere il target nazionale, senza ridurre le diseguaglianze regionali e territoriali, obiettivo trasversale a tutte le missioni del PNRR
- “Portare i soldi a casa” senza produrre benefici reali per cittadini e pazienti, lasciando in eredità solo scatole vuote e una digitalizzazione incompleta, a fronte di un indebitamento scaricato sulle generazioni future

Outline

- Premesse
- Finanziamento pubblico
- Spesa sanitaria
- Adempimenti LEA
- Sprechi e inefficienze
- Personale sanitario
- PNRR Missione Salute
- **Conclusioni**



EDITORIAL | VOLUME 401, ISSUE 10373, P245, JANUARY 28, 2023

The NHS is sick, but it is treatable

The Lancet

Published: January 28, 2023 • DOI: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(23\)00164-2](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(23)00164-2) •



Check for updates



Risorse

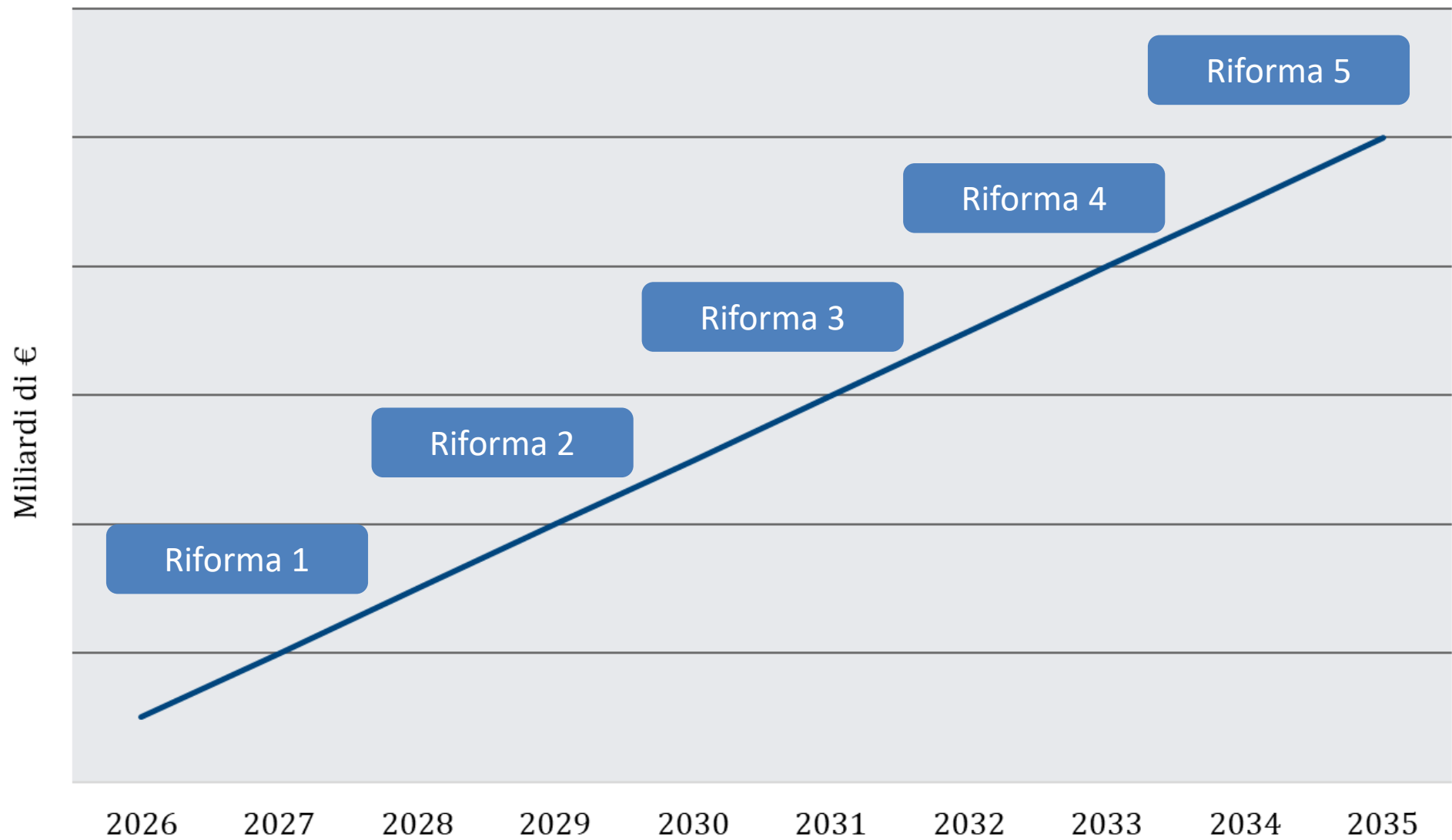
**Il lusso dello
spreco**

**Il vero rilancio
del SSN**

**Il lento collasso
del SSN**

**La propaganda
che non cura**

Riforme



LA STAMPA

Riforma del Servizio Sanitario: timori per risorse e disuguaglianze

La Fondazione GIMBE, in audizione al Senato, chiede il ritiro del DDL delega e l'apertura di un confronto più ampio



"Il DdL sulla riforma del Servizio Sanitario Nazionale (SSN) prevede una **delega troppo ampia** e, senza mettere sul piatto risorse aggiuntive, ambisce a potenziare sia l'ospedale che il territorio, senza alcun cenno alla prevenzione. Non rafforza l'esigibilità dei diritti e **apre spazi alla sanità privata**. Le numerose criticità e la

clausola di invarianza finanziaria non permettono di migliorare il testo senza modificarne profondamente l'impianto. Se l'obiettivo dichiarato è davvero "**garantire effettività nella tutela della salute**", la **Fondazione GIMBE** chiede di **ritirare il DdL delega e di aprire un confronto ampio su come riformare il SSN**, nel perimetro dell'articolo 32 della Costituzione e dei principi fondanti della L. 833/78: **universalità, uguaglianza, equità**".

Visione

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

Risorse

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

Riforme

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

Piano di rilancio del Servizio Sanitario Nazionale

SALUTE IN TUTTE LE POLITICHE

Mettere la salute e il benessere delle persone al centro di tutte le decisioni politiche: non solo sanitarie, ma anche ambientali, industriali, sociali, economiche e fiscali, oltre che in materia di istruzione, formazione e ricerca (*Health in All Policies*)

GOVERNANCE STATO-REGIONI

Potenziare le capacità di indirizzo e verifica dello Stato sulle Regioni, nel rispetto dei loro poteri, per ridurre disuguaglianze, iniquità e sprechi e garantire il diritto costituzionale alla tutela della salute

FINANZIAMENTO PUBBLICO

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

LIVELLI ESSENZIALI DI ASSISTENZA

Garantire l'aggiornamento continuo dei LEA al fine di rendere rapidamente accessibili le innovazioni e di escludere le prestazioni sanitarie obsolete, riducendo così le disuguaglianze regionali nell'esigibilità dei LEA

SERVIZI SANITARI E SOCIO-SANITARI

Programmare l'offerta secondo i reali bisogni di salute della popolazione e renderla disponibile tramite reti multiprofessionali integrate, per superare la frammentazione tra ospedale e territorio e tra assistenza sanitaria e sociale

PREVENZIONE E PROMOZIONE DELLA SALUTE

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

PERSONALE SANITARIO

Rilanciare le politiche sul capitale umano per valorizzare la colonna portante della sanità pubblica e rendere nuovamente attrattiva la carriera nel SSN, innovando i processi di formazione e valutazione delle competenze

SPRECHI E INEFFICIENZE

Ridurre inappropriately e inefficienze, contrastare frodi e abusi e riallocare le risorse recuperate in servizi essenziali e innovazioni, aumentando il valore della spesa sanitaria

RICERCA INDIPENDENTE

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

TRASFORMAZIONE DIGITALE

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

DATI PUBBLICI E ACCESSIBILI

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

INFORMAZIONE SCIENTIFICA

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

PARTECIPAZIONE E COESIONE SOCIALE

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

RAPPORTO PUBBLICO-PRIVATO

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

SANITÀ INTEGRATIVA

Rendere i fondi sanitari realmente integrativi rispetto alle prestazioni già incluse nei LEA, al fine di arginare disuguaglianze, privatizzazione, erosione di risorse pubbliche e derive consumistiche



Spedizione in abbonamento postale - Gruppo I

GAZZETTA UFFICIALE



DELLA REPUBBLICA ITALIANA

PARTE PRIMA

ROMA - Giovedì, 28 dicembre 1978

**SI PUBBLICA TUTTI I GIORNI
MENO I FESTIVI**

**DIREZIONE E REDAZIONE PRESSO IL MINISTERO DI GRAZIA E GIUSTIZIA - UFFICIO PUBBLICAZIONE DELLE LEGGI E DECRETI - CENTRALINO 65101
AMMINISTRAZIONE PRESSO L'ISTITUTO POLIGRAFICO DELLO STATO - LIBRERIA DELLO STATO - PIAZZA GIUSEPPE VERDI, 10 - 00100 ROMA - CENTRALINO 8508**

LEGGE 23 dicembre 1978, n. 833.

Istituzione del servizio sanitario nazionale.

Un nuovo Patto per rilanciare il Servizio Sanitario Nazionale

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

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

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

Politico

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

Sociale

Professionale

30th | **GIMBE**
1996-2026 | EVIDENCE FOR HEALTH

Scienza per decidere
Salute da proteggere
Sanità pubblica da difendere
Da 30 anni al servizio del Paese

SALVIAMO IL NOSTRO SSN



#SalviamoSSN

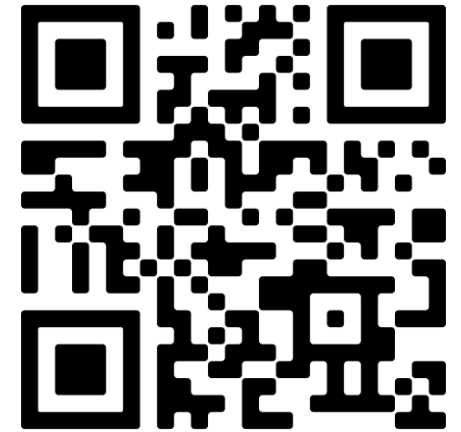
Il Servizio Sanitario Nazionale non scompare all'improvviso Scompare quando smettiamo di vederlo

Fondazione GIMBE

Analizza dati

Denuncia diseguaglianze

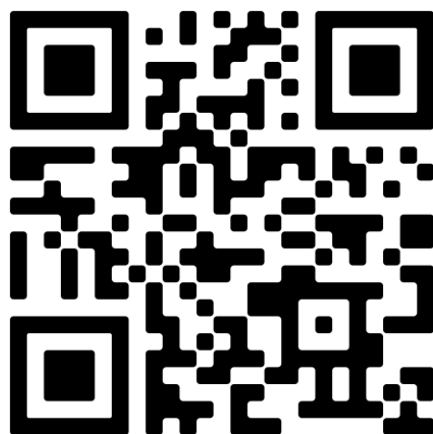
Propone soluzioni



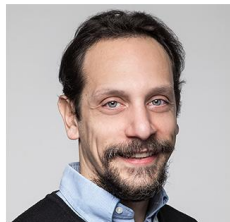
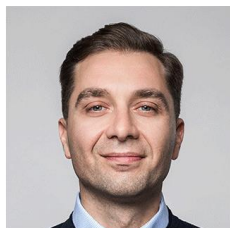
Difendere il SSN non è un gesto straordinario
È una responsabilità quotidiana

Il futuro del SSN dipende dalle scelte di oggi
Unisciti a noi e segui il percorso **#GIMBE30**

30anni.gimbe.org



“ Un percorso fondato sul Servizio Sanitario Nazionale come bene comune e sulla scienza come guida. Un percorso libero da condizionamenti politici, economici, corporativi.



“ Un anno di appuntamenti aperti a tutte e a tutti: una comunità ampia che riconosce nel Servizio Sanitario Nazionale un bene pubblico da tutelare e nella scienza la base di tutte le decisioni sulla salute.

LA NOSTRA STORIA

1996

Nasce l'**Associazione GIMBE** - Gruppo Italiano per la Medicina Basata sulle Evidenze

2002

Avvio di **GIMBEducation**, il piano formativo nazionale per tutte le professioni sanitarie

2010

L'Associazione dà vita alla **Fondazione GIMBE**

2013

Prendono il via la campagna civica **#SalviamoSSN** e il programma **GIMBE4young**

2020

Inizia il **monitoraggio** settimanale sull'**emergenza COVID-19**

2026

#GIMBE30 Tour nazionale per la sanità pubblica e per la scienza

2001

1ª Conferenza internazionale sull'Evidence-Based Health Care

2006

1ª Conferenza Nazionale GIMBE
Inaugurazione del Centro Studi a Bologna

2012

Nasce **Evidence**, prima rivista gratuita italiana sulle evidenze scientifiche

2016

Lancio dell'**Osservatorio sul SSN**
Pubblicazione del **1º Rapporto GIMBE sul SSN**

2022

Nascono **La Salute tiene banco** e la rete civica **#SalviamoSSN**