



La terza via

Progetto/Proposta per una nuova alleanza generazionale e riforma radicale del SSN

Claudio Cricelli

Presidente Emerito SIMG

Un patto tra nuovi medici e cittadini per il futuro del SSN

L'obiettivo primario della Terza Via è salvare e reinventare l'universalismo del SSN, il che implica che il SSN deve rimanere il pilastro centrale, mentre gli altri due (out of pocket e sanità integrativa) devono essere gestiti per supportarlo, non per sostituirlo.

La Terza Via come manifesto generazionale

Perché "Terza Via"?

Non è una sintesi tra pubblico e privato. Non è un compromesso tra centralismo e mercato. È un'alternativa radicale che supera la dicotomia sterile tra statalizzazione e privatizzazione. È la scelta di costruire qualcosa di nuovo, partendo da una semplice verità: i vecchi modelli non funzionano più.

L'alleanza tra nuove generazioni

In un'epoca in cui la sanità pubblica rischia di diventare residuale, le nuove generazioni di MMG non vogliono più essere ingranaggi passivi di un sistema inefficiente. Vogliono essere clinici responsabili, capaci di prendersi cura delle persone e di misurare l'impatto concreto della propria attività. Allo stesso tempo, le nuove generazioni di cittadini – più fragili, più longevi, più consapevoli – non vogliono una sanità burocratica o privatizzata. Vogliono medici accessibili, stabili, integrati nel territorio e capaci di seguirli nella complessità della vita e della malattia. La Terza Via è l'alleanza tra:

- Giovani medici, che chiedono fiducia, strumenti, autonomia e responsabilità
- Cittadini, che pretendono diritti veri, continuità e prossimità reale

In un'Italia che invecchia rapidamente e che vede esplodere la prevalenza delle patologie croniche, l'interrogativo centrale per il SSN non è più "se" riformare, ma "come" farlo senza smarrire universalismo, equità e sostenibilità. La risposta non può più essere né lo status quo, né la piena statalizzazione, né tantomeno la privatizzazione progressiva delle cure primarie. La Terza Via non è una soluzione tecnica. È un manifesto generazionale.

È la costruzione consapevole di una nuova Costituzione sanitaria, fondata su responsabilità condivisa, prossimità reale e visione comune del futuro.

La tempesta perfetta: demografia e cronicità

I dati demografici ed epidemiologici disegnano uno scenario che non lascia spazio ad ambiguità. Entro il 2050:

- Oltre il 34% della popolazione italiana sarà over-65, con un'esplosione degli over-85 che supereranno il 10% del totale
- Il numero medio di patologie croniche per anziano salirà da 2.3 a oltre 3 malattie per persona
- Le sindromi da fragilità, la non autosufficienza e la solitudine rappresenteranno un nuovo fronte sanitario, sociale e organizzativo che oggi non siamo attrezzati ad affrontare
- Le regioni del Sud, già più povere e con maggiore prevalenza di cronicità, saranno le più colpite da questa transizione

Il carico di fragilità e non autosufficienza minaccia di rendere insostenibili i modelli assistenziali centrati sull'ospedale. Senza una medicina territoriale forte, organizzata e clinicamente attrezzata, il sistema collasserà per entropia.

La sostenibilità della Terza Via

Il punto di forza della Terza Via nel contesto dei tre pilastri è la sua capacità di rendere il primo pilastro (SSN) economicamente sostenibile, riducendo la pressione sugli altri due. Le simulazioni economiche integrate nel progetto EASE-CEA dimostrano che un nuovo modello di medicina generale può trasformare la crisi in opportunità. Contenimento della Spesa Pubblica e Outsourcing del Rischio (SSN)

Il modello proposto dimostra che una MG forte non è un costo, ma un risparmio strutturale.

- Sostenibilità Economica: le simulazioni prevedono un risparmio di oltre 1.5-2 punti di PIL al 2050 riducendo la spesa sanitaria pubblica dal 5.1% al 4.6% del PIL.
- Meccanismo di Risparmio: questo avviene tramite:
 - Riduzione delle ospedalizzazioni evitabili.
 - Contenimento della LTC.
 - Remunerazione a obiettivi.

Scenario Business as Usual al 2050(nota 1)

- Spesa sanitaria pubblica: 5.1% del PIL
- Spesa per Long Term Care: 2.8% del PIL
- Spesa pensionistica: 18% del PIL
- Totale combinato: oltre 25% del PIL dedicato a sanità e pensioni

Scenario Terza Via

- Sanità pubblica: 4.6% del PIL
- Long Term Care: 2.4% del PIL
- Pensioni: 16.5% del PIL
- Totale combinato: circa 23.5% del PIL

Risparmio stimato: oltre 1.5-2 punti di PIL al 2050, grazie a:

- Riduzione delle ospedalizzazioni evitabili attraverso intercettazione precoce e gestione proattiva delle cronicità
- Miglior aderenza terapeutica e personalizzazione dei percorsi di cura
- Maggiore autosufficienza e vita attiva degli anziani, con riduzione della disabilità e dell'istituzionalizzazione
- Contenimento della spesa pensionistica grazie all'aumento della vita lavorativa in salute

Questi numeri non sono proiezioni ute-
piche: sono il risultato di simulazioni
basate su evidenze cliniche ed econo-
miche internazionali, integrate con i dati
demografici ed epidemiologici italiani.

Un nuovo modello professionale

Il cuore della Terza Via è la ridefinizione del ruolo del MMG nel XXI secolo. Il modello EASE-CEA propone una medicina generale:

- associata, non più individuale: superamento dell'isolamento professionale attraverso team clinici stabili

• organizzata con governance clinica: strutture con coordinamento, audit professionale e valutazione degli outcome

- dotata di strumenti diagnostici (Point of Care) e cruscotto di indicatori per monitorare la salute della popolazione assistita
- remunerata in base a obiettivi di salute, non a prestazioni episodiche: incentivi allineati con i risultati clinici e la presa in carico

- supportata da personale di studio qualificato: infermieri, segreteria, coordinatori, supporto digitale
- capace di autogestione del budget clinico: responsabilità su farmaci, esami diagnostici e visite specialistiche per la propria popolazione

Questo modello non configura una dipendenza burocratica, né mantiene il libero professionismo autoreferenziale. Rappresenta invece una forma moderna di responsabilità professionale contrattualizzata con il SSN, dove autonomia e accountability si bilanciano in un patto chiaro tra medico, sistema e cittadini.

Il modello attuale a Tre Pilastri integrato con la Terza Via

La Terza Via, focalizzandosi sulla Medicina Generale forte, associata e responsabile, agisce come un meccanismo di contenimento e organizzazione che rafforza il primo Pilastro e ne definisce i confini con gli altri due. (**Tabella 1**)

La Terza Via stabilisce un confine chiaro:

- MG come Gatekeeper effettivo: la MG

organizzata e responsabile è l'unico interlocutore fiduciario che garantisce il coordinamento dei percorsi.

- Evitare la burocratizzazione privata.

Il contributo insostituibile della Medicina Generale

Solo una medicina di famiglia ben organizzata può garantire

1. Intercettazione precoce delle cronicità: identificare i pazienti a rischio prima che sviluppino complicanze gravi
2. Continuità assistenziale: seguire le persone nel tempo, costruendo relazioni terapeutiche stabili e fiduciarie
3. Personalizzazione della cura: adattare i trattamenti alle caratteristiche individuali, ai contesti familiari e alle preferenze dei pazienti
4. Riduzione degli accessi impropri: evitare ricoveri ospedalieri non necessari e accessi inappropriati al pronto soccorso
5. Coordinamento dei percorsi: integrare interventi sanitari e sociali, garantendo transizioni sicure tra diversi livelli di assistenza

Il modello EASE-CEA dimostra che organizzare i medici in team, dotarli di strumenti clinici e diagnostici, supportarli con indicatori e obiettivi di salute, permette di trasformare la MG da costo fisso a leva strategica di sostenibilità. (**Tabella 2**)

Una nuova Costituzione sanitaria

La Terza Via propone una nuova Costituzione sanitaria fondata. Se i sistemi

*** Nota 1 - Proiezioni Ufficiali della Spesa Pubblica in % del PIL (Scenario "Business as Usual")**

Area di spesa	Dato attuale (2024)	Proiezione ufficiale al 2050-2060 (scenario tendenza RGS/MEF)	Riferimenti
Sanità Pubblica (SSN)	6.2 - 6.5%	6.9 - 7.4%	La spesa sanitaria è attesa crescere costantemente dall'attuale 6.3% (2024) fino a quasi il 7% nel lungo periodo a causa dell'invecchiamento.
Long Term Care (LTC) Pubblica	1.7%	2.4 - 2.5%	L'attuale 1.7% (che include la componente sanitaria, l'indennità di accompagnamento e socio-assistenziale) è previsto salire fino a toccare il 2.5% del PIL entro il 2070.
Spesa Pensionistica Pubblica	15.6 - 16.1%	17.0 - 17.4% (Picco)	Le proiezioni RGS indicano che il rapporto spesa pensionistica/PIL raggiungerà il suo picco tra il 2036 e il 2040, superando il 17% prima di iniziare una lenta discesa.
Totale Combinato	24.5%	> 26.0 - 27.4% del PIL	L'onere complessivo della spesa age-related (Sanità + LTC + Pensioni) supererà ampiamente il 26% del PIL in assenza di riforme strutturali.

Tabella 1 - I Tre Pilastri

Pilastro	Sistema Attuale	Terza Via Integrata
1. SSN (Pubblico)	Copertura universale, ma sovraccarico di cronicità e accessi impropri all'ospedale.	Priorità e Prossimità: gestisce la totalità della cronicità e l'intercettazione precoce Stramite team di MG associata. Diventa la leva strategica di sostenibilità, garantendo l'universalismo.
2. Out-of-Pocket (OOP)	Spesa crescente, spesso dovuta a inefficienze del SSN (liste d'attesa, necessità di cura non coperte).	Minimizzato per le Cronicità: La gestione proattiva e l'autonomia diagnostica (PoC) della MG riducono la necessità di ricorrere al privato per diagnosi veloci o visite specialistiche evitabili. L'OOP si concentra sui servizi non essenziali.
3. Mutue/Assicurazioni (Sanità Integrativa)	Pilastro di supporto, che rischia di creare un sistema a due velocità se gestito male.	Supporto e Integrazione: Può coprire servizi ad alto valore aggiunto (es. welfare aziendale) o servizi non inclusi nei LEA. Non deve coprire la cronicità e l'assistenza primaria, che restano esclusiva del SSN per mantenere l'equità.

sanitari regionali finanziassero in modo strutturale e sistematico le prestazioni diagnostiche di base ai MMG — come ecografie point-of-care (PoCUS), ECG, esami clinici di laboratorio di primo livello, spirometrie, holter, test rapidi — gli effetti sulla efficienza del sistema e sulle liste d'attesa sarebbero profondi e quantificabili. Ecco una sintesi analitica in chiave di economia sanitaria e di governance del sistema:

1 - Effetti sull'efficienza del sistema

a. Riduzione della frammentazione diagnostica

- Oggi molte prestazioni diagnostiche di base sono erogate in ospedale o in strutture accreditate esterne, con costi unitari elevati e flussi disarticolati.
- Spostando tali esami nel setting della MG, si riduce:
 - il tempo medio di completamento del percorso diagnostico,
 - la duplicazione di prestazioni,
 - e l'uso improprio di risorse specialistiche.

Stima potenziale: -15% di esami ripetuti o non necessari nel circuito ospedaliero.

b. Incremento della produttività clinica dei MMG

- Ogni medico dotato di diagnostica point-of-care può gestire internamente una quota maggiore di episodi acuti e cronici senza rinviare al livello specialistico.
- Con un tasso medio di 3-4 prestazioni diagnostiche aggiuntive giornaliere per medico, la capacità produttiva territoriale cresce del 25-30% rispetto al modello attuale.

Risultato: aumento dell'“output sanitario territoriale” a costo marginale contenuto.

c. Effetto moltiplicativo sull'appropriatezza prescrittiva

- Diagnosi più tempestiva = minori prescrizioni “difensive” o inappropriate.
 - Si riduce il consumo di farmaci sintomatici, esami secondari, invii impropri.
- Impatto stimato:* fino a -10% sulla spesa farmaceutica in classi a basso valore (es. antibiotici, FANS, broncodilatatori as-needed).

2 - Effetti sulle liste d'attesa

a. Decompressione del secondo livello

- il 40-50% delle liste d'attesa ospedaliere è composto da indagini di basso-medio impatto diagnostico, potenzialmente gestibili sul territorio.
- spostando questa quota ai MMG, le liste d'attesa si riducono in modo strutturale, non solo temporaneo.

Simulazione EASE-CEA: riduzione del 35-40% dei tempi medi per ecografie, ECG e spirometrie di controllo.

b. Effetto “gatekeeping” rafforzato

- Il MMG, dotato di strumenti diagnosti-

ci, filtra in modo più selettivo i casi che richiedono realmente un approfondimento specialistico.

- Si passa da una logica di accesso lineare a una logica di triage clinico integrato. *Effetto finale:* meno invii, ma più mirati e tempestivi.

c. Riduzione delle attese cliniche “invisibili”

- Le liste d'attesa ufficiali misurano solo l'accesso al sistema; non considerano i tempi di diagnosi non iniziata.
- Con diagnostica in studio, la diagnosi si anticipa mediamente di 10-15 giorni nei pazienti cronici e di 24-48 ore nei casi acuti (dispnea, dolore toracico, infezioni respiratorie, ecc.).

Guadagno reale di tempo clinico: oltre 20 milioni di giornate di attesa evitate/anno (stima su scala nazionale).

3 - Condizioni necessarie perché il modello funzioni

- Finanziamento dedicato e tracciato.
- Tariffario unico regionale per prestazioni erogabili in studio.
- Integrazione informativa (referti digitali nel FSE).

Tabella 2 - Confronto tra modello attuale e Terza Via

MODELLO ATTUALE	TERZA VIA
Variabilità regionale e personale Solitudine professionale Prestazioni episodiche Abbandono Algoritmi impersonali Burocrazia	Contratti chiari, regole definite Team clinici integrati Obiettivi di salute Presa in carico Prossimità reale Autonomia responsabile

Tabella 3 - Effetti economici e redistributivi

Voce	Effetto Stimato	Meccanismo
Costo unitario diagnostica base	-30%	Erogazione territoriale a tariffa calmierata
Costo ospedaliero medio per DRG "diagnostico"	-15-20%	Minor numero di accessi impropri
Spesa out-of-pocket	-20%	I cittadini non pagano esami "privati" di base
Efficienza allocativa regionale	+10-12%	Ribilanciamento spesa tra ospedale e territorio

4. Formazione e certificazione MMG per uso di PoCUS, ECG, spirometria.
5. Sistema di audit e indicatori di performance (es. tempo medio di diagnosi, tasso di invii evitati, esami ripetuti).

4 - Risultato atteso

Nel modello proposto, la diffusione sistematica della diagnostica point-of-care:

- Aumenta l'efficienza clinica e assistenziale territoriale del 20-25%;
- Riduce le liste d'attesa specialistiche del 35-40%;
- Consente avvio precoce delle terapie per diagnosi tempestive;
- Ribilancia la spesa sanitaria pubblica, con un risparmio netto potenziale di 0.3-0.5 punti di PIL a regime

"Profezia" concreta

Una visione profetica non è mera previsione del futuro. È la capacità di indicare una direzione di cambiamento, di anticipare un futuro desiderabile e possibile, spesso in contrasto con le tendenze dominanti.

La Terza Via è profetica perché:

1. Vede oltre la crisi: mentre altri vedono solo problemi insormontabili, la Terza Via identifica opportunità di trasformazione
2. Propone un'alternativa credibile: non si limita a criticare l'esistente, ma costruisce una strada praticabile
3. Chiama all'azione: trasforma la visione in gesto quotidiano, in scelta professionale e politica concreta
4. Integra etica e pratica: non separa i valori dall'organizzazione, ma li rende struttura portante del sistema
5. Permette un uso responsabile delle risorse al servizio della comunità fondata sulla efficienza empatica, non solo al servizio del profitto o della burocrazia.

Generazione ponte e reti ad alta densità territoriale

Gli studi di MMG come spoke evoluti delle cure primarie: prossimità di cura
L'età media dei nuovi medici è circa 40 anni. Questa generazione è chiamata a gestire il doppio compito di prendersi cura degli anziani di oggi e costruire il futuro della salute per le giovani generazioni e per gli anziani di domani. Sono professionisti manager, esperti non solo in cura della malattia, ma anche in promozione della salute, aggiornati ad altissimo livello, efficienti, organizzati e di capaci dialogo empatico con cittadini e comunità.

La Terza Via realizza così una rete di medicina territoriale ad alta densità, con professionisti competenti e fidati, presenti nei luoghi della vita quotidiana, capaci di rispondere sia alle esigenze individuali che a quelle delle collettività. Espressione di una sanità "prossima", dove il medico è interlocutore fiduciario, promotore di benessere, gestore di criticità, risorsa attiva e condivisa della comunità.

Efficienza, organizzazione e divisione dei ruoli

Questo nuovo sistema deve fondarsi su solide competenze cliniche, su efficienza organizzativa, su una divisione dei ruoli chiara e su una forte interdisciplinarietà. Una generazione di medici manager empatici guida il cambiamento, coinvolgendo infermieri, specialisti e personale di supporto in un'alleanza per la salute moderna e sostenibile.

Non tra pubblico e privato.

Non tra centralismo e mercato.

Ma tra vecchio e nuovo.

In assenza di una riforma coraggiosa e sistemica:

• Gli ospedali esploderanno sotto il peso delle cronicità mal gestite

• I cittadini saranno costretti a rivolgersi sempre più al privato, creando un sistema a due velocità

• La MG perderà definitivamente ogni ruolo strategico, riducendosi a mera erogazione burocratica di ricette

• L'universalismo e l'equità del SSN diventeranno vuoti principi costituzionali senza corrispondenza nella realtà
Solo la **Terza Via** può:

- Proteggere l'universalismo
- Garantire sostenibilità economica
- Rilanciare il valore professionale dei medici
- Offrire risposte vere alle nuove fragilità

Costruire insieme la Terza Via

Questo Progetto/Proposta è un invito aperto a tutte le forze che condividono questa visione:

- Giovani MMG che vogliono costruire una professione diversa
- Cittadini che credono ancora nel diritto alla salute come valore costituzionale
- Amministratori locali pronti a sperimentare nuove forme organizzative sul territorio
- Associazioni professionali e civiche che vogliono coalizzare le risorse per rilanciare il SSN
- Ricercatori e accademici impegnati a produrre evidenze scientifiche per guidare le politiche sanitarie

La Terza Via non si costruisce dall'alto. Si costruisce dal basso, territorio per territorio, comunità per comunità. Non servono eroi, servono persone responsabili disposte a impegnarsi concretamente:

1. Nella pratica clinica quotidiana: sperimentare nuovi modelli di team, di presa in carico, di integrazione con le risorse del territorio
2. Nella formazione: trasmettere alle nuove generazioni valori, competenze e visione sistematica
3. Nel confronto politico: portare la voce della medicina territoriale nei tavoli decisionali, con proposte precise e sostenibili
4. Nell'advocacy civica: mobilitare i cittadini per chiedere una sanità di prossimità reale, non solo annunciata

Rielaborazione dello scenario

con dati ufficiali

Se utilizziamo queste proiezioni ufficiali come nostro scenario base al 2050 (Business as Usual), l'impatto della "Terza Via" diventa ancora più critico.

Assumiamo che il modello "Terza Via" mantenga la sua efficacia nel generare il risparmio strutturale (stimato nel documento in 1.5-2 punti di PIL sul totale combinato).

1. Spesa Totale Combinata (Sanità, LTC, Pensioni)

- Business as Usual (dati ufficiali): 26.5 - 27.4% del PIL
- Terza Via (Con Riforma): 24.5% - 25% del PIL (sottraendo il risparmio di 1.5-2 punti di PIL)

2. Impatto sullo Stato Reddituale

In uno scenario dove la spesa pubblica *age-related* supera il 26% del PIL, la sostenibilità è seriamente compromessa:

- Pressione Fiscale: è inevitabile un drastico aumento della pressione fiscale e/o un taglio della qualità dei servizi, che incide direttamente sul reddito disponibile dei cittadini.
- Competitività: l'Italia si posizionerebbe tra i paesi con il maggiore squilibrio tra spesa sociale e produttività in Europa, frenando gli investimenti e la crescita del reddito pro capite.

La "Terza Via", operando sul contenimento della spesa pensionistica (grazie all'aumento della vita lavorativa in salute) e sulla riduzione delle ospedalizzazioni evitabili, diventa lo strumento non solo per "salvare" il SSN, ma per alleggerire in modo sostenibile l'onere fiscale dell'invecchiamento sulla popolazione attiva.

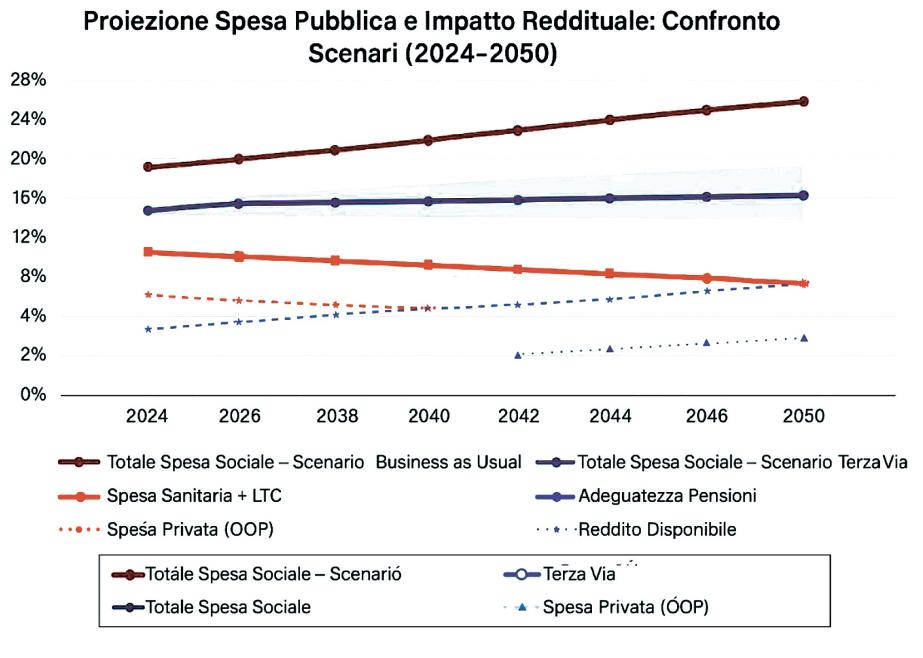
Proiezioni sulle pensioni al 2050: la sostenibilità in crisi

Il sistema pensionistico italiano, basato sul metodo contributivo per le nuove generazioni, sarà sostenibile dal punto di vista macroeconomico (la spesa % sul PIL si stabilizza) ma creerà problemi di adeguatezza a livello individuale.

1. Entità della Pensione (Tasso di Sostituzione)

Le proiezioni indicano una forte riduzione del cosiddetto tasso di sostituzione (rapporto tra il primo assegno pensionistico e l'ultimo stipendio da lavoratore (cioè pensione/ultimo stipendio x 100):

- Pensioni in calo: le proiezioni concordano sul fatto che le pensioni di nuova liquidazione (per chi è entrato nel mercato del lavoro dopo il 1996) saranno strutturalmente più basse rispetto al reddito da lavoro. Il tasso di sostituzione sarà, in molti casi, inferiore al 50-60% dell'ultima retribuzione.



- Importi netti: Si stimano importi medi netti (per il tipico dipendente privato con carriere discontinue) che potrebbero aggirarsi sugli 800-1000 euro netti al 2050 (a valori attuali e senza considerare l'inflazione futura), specialmente per chi ha carriere frammentate o retribuzioni basse.
- Rischio Povertà Anziani: Le donne e i lavoratori con carriere precarie saranno i più penalizzati, aumentando il rischio di povertà in età avanzata.

2. Rapporto Lavoratori/Pensionati

Questo indicatore demografico è la base del problema strutturale:

- Crisi demografica: l'ISTAT prevede che la popolazione in età attiva (15-64 aa) diminuirà drasticamente, passando dagli attuali 37 milioni a circa 29.7 milioni entro il 2050.
- Rapporto 1:1: diverse proiezioni (INAPP, FAP ACLI) indicano che entro il 2050 il rapporto tra pensionati e lavoratori attivi si avvicinerà pericolosamente a uno a uno (un lavoratore per ogni pensionato), compromettendo la solidarietà intergenerazionale.

Proiezioni sul reddito al 2050: il rallentamento della crescita

Le proiezioni ufficiali sul reddito e sul PIL pro-capite sono influenzate direttamente dalla demografia e dalla produttività:

1. PIL Pro-Capite e Produttività

- Crescita anemica: la Banca d'Italia e la Ragioneria Generale dello Stato prevedono che, a causa della contrazione della forza lavoro e della bassa crescita della produttività, il tasso di crescita del PIL reale rimarrà basso, con una media annua stimata intorno allo 0.7-1.0% nel lungo periodo.
- PIL Pro-Capite: alcune simulazioni indicano che il PIL pro capite (un indicatore del reddito medio) potrebbe subire una lieve flessione o una stagnazione rispetto alle economie più dinamiche, a meno di riforme strutturali sulla produttività.
- Inferenza: se il PIL cresce lentamente e la popolazione invecchia rapidamente, il peso economico si concentra su una base produttiva sempre più ridotta.

2. Disuguaglianze e Fragilità

- Reddito da lavoro vs. Reddito da pensione: il divario tra il reddito percepito da un lavoratore attivo e quello del neo-pensionato aumenterà, rendendo la transizione alla quiescenza un momento di forte declassamento economico.
- Aumento della Fragilità Economica: l'aumento della solitudine e della non autosufficienza (gli over 65 soli saranno 6,5 milioni nel 2050) si tradurrà in un aumento dei costi privati per l'assistenza (Out-of-Pocket). Un reddito da pensione basso non sarà in grado

di coprire questi elevati costi, aumentando la disuguaglianza sanitaria ed economica.

Integrazione con la "Terza Via"

In questo contesto di contrazione demografica, invecchiamento e bassa crescita reddituale, la Terza Via non è solo una riforma sanitaria, ma un'esigenza economica per:

1. Aumentare il Reddito Attivo: mantenendo gli anziani più sani e autosufficienti, la Terza Via contribuisce all'aumento della vita lavorativa in salute (come indicato dal risparmio sulla spesa pensionistica), permettendo ai cittadini di generare reddito più a lungo.

2. Ridurre i Costi Privati (OOP): una gestione efficace delle cronicità nel SSN (1° Pilastro) riduce la necessità per le famiglie di ricorrere alla spesa Out-of-Pocket per curare patologie evitabili o complicazioni, preservando il reddito disponibile.

3. Mantenere la Sostenibilità Fiscale: contenendo la spesa pubblica combinata (sanità, LTC, pensioni), si mitiga il rischio di un aumento della pressione fiscale, salvaguardando il reddito disponibile della popolazione attiva.

EFFETTO DELLA DIAGNOSTICA TERRITORIALE SULLE LISTE D'ATTESA

Confronto tra la situazione attuale (2024) e lo scenario EASE-CEA (2030)

