



SCOSSA

La società civile
sostiene il servizio
sanitario nazionale

Newsletter n. 2

La rete **SCOSSA.NET** ha avviato una newsletter per offrire un'analisi dei numeri, dei provvedimenti e dei fatti che popolano le preoccupazioni delle famiglie e dei professionisti sulla salute sui servizi sociosanitari del nostro Paese. L'obiettivo è promuovere un dibattito basato su dati e fatti concreti, favorire la diffusione di informazioni e documenti, analizzare la realtà senza appiattirsi sulla narrazione prevalente, fornire un servizio ai tanti cittadini che vorrebbero capire che cosa sta succedendo alla sanità pubblica e come possono impegnarsi per il suo rilancio.

Il disegno di legge delega del Governo sulla sanità

Fare a fette il Ssn, scippare competenze e risorse alle regioni, assecondare le richieste del mondo universitario e della sanità religiosa, confinare ai margini l'assistenza distrettuale e dimenticare completamente la prevenzione: questa la recente delega sulla sanità

Non sono chiacchiere! Il disegno di legge delega di riorganizzazione del Ssn approvato in Consiglio dei ministri il 12 gennaio scorso può apparire – a una prima lettura - generico e dappoco, anche perché privo di risorse e di precisi principi di delega, ma a una lettura più attenta rivela un preoccupante ritorno al passato, quando gli ospedali erano al centro delle politiche sanitarie mentre la prevenzione e l'assistenza distrettuale erano per lo più abbandonate a sé stesse.

La riforma potrebbe cambiare radicalmente la configurazione del Ssn: separa i grandi ospedali dal resto della sanità, li accentra in mano al Ministero (un'autonomia differenziata al contrario!), sottrae risorse alle Regioni (le strutture ospedaliere "di eccellenza" saranno finanziate e governate direttamente dal Ministero), ignora completamente la prevenzione e lascia alla programmazione regionale poco più dell'assistenza territoriale, dimostrando così di non avere alcun interesse per la continuità dell'assistenza. Vero è che ci sono principi di delega sull'assistenza territoriale e sulla cronicità, che tuttavia riprendono concetti ormai abusati, rispetto ai quali è necessario operare concretamente e non limitarsi a produrre affermazioni di principio.

Il ddl di riorganizzazione del Ssn può indebolire ulteriormente la sanità pubblica, assecondando le aspettative (e gli interessi) di chi ha sempre detenuto un forte potere di influenza sulle scelte sul Ssn, ovvero il mondo accademico, la sanità a carattere religioso e le grandi strutture ospedaliere (anche private) che hanno sempre mostrato grande insofferenza nei confronti della programmazione regionale e delle regole di funzionamento del Ssn. Della subalternità ai poteri della sanità abbiamo già avuto altre testimonianze, dalla disciplina sugli IRCCS alle modifiche al protocollo con le Università, fino alla proposta di eliminare l'esclusività del rapporto di lavoro.

In tutto questo, le difficoltà che affrontano quotidianamente le persone quando hanno un problema di salute (liste di attesa, carenza di medici di famiglia, frammentazione delle risposte, scarsa integrazione a tutti i livelli, rinuncia alle cure, ecc.) non vengono minimamente affrontate. Eppure, molto potrebbe essere fatto per rilanciare il Ssn. Il ministro Schillaci afferma che avremo "un Ssn più efficiente, moderno e vicino ai bisogni delle persone": dobbiamo sperare in un miracolo perché fino ad ora, dopo oltre tre anni di governo, nulla in meglio è cambiato.

A cura del Comitato promotore della rete scossa.net: Associazione Salute Diritto Fondamentale, Associazione Giovanni Bissoni, Laboratorio Salute e Sanità - LABOSS, Associazione Prima la Comunità, AssociALI - Associazione Alessandro Liberati, Salute Internazionale, Cittadinanzattiva, Gruppo Abele, Forum Disuguaglianze e Diversità, Fondazione Maratona Alzheimer.

Lo schema di legge delega su *“Riorganizzazione e Potenziamento dell’assistenza territoriale e ospedaliera e Revisione del modello organizzativo del SSN”* approvato dal Consiglio dei ministri il 12 gennaio scorso, può radicalmente modificare, non necessariamente in meglio, la struttura e il funzionamento del SSN. Lo schema prevede un’imponente revisione dell’organizzazione dell’assistenza ospedaliera e territoriale, di natura sanitaria e sociale, a risorse invariate. Per risolvere il problema della copertura finanziaria, la Relazione tecnica si spinge ad affermare che i principi di delega operano una “mera riclassificazione” che non richiede quindi nuovi finanziamenti e che gli eventuali nuovi oneri previsti dai decreti delegati saranno affrontati al momento della loro approvazione. Il mancato stanziamento di risorse specifiche, unito alla estrema genericità dei principi e criteri direttivi (art. 2), ha portato taluni a sottovalutare l’importanza (e la pericolosità) dello schema di legge delega, relegandolo a mere “chiacchiere”. In realtà, l’approvazione della legge delega e dei relativi decreti delegati determinerebbe comunque un vincolo di legge per la programmazione regionale e la gestione locale che, se non finanziato, produrrebbe disavanzi nelle gestioni regionali e aziendali. Inoltre, la genericità dei principi e dei criteri direttivi della legge di delega non fa che aumentare la discrezionalità del governo nella elaborazione dei decreti delegati, riducendo il già limitato potere di controllo delle Commissioni parlamentari sulla verifica della corrispondenza fra principi di delega e contenuto del decreto delegato. In conclusione: genericità di principi e criteri di delega ed (ennesima) invarianza finanziaria sono approcci certamente non rassicuranti.

I principi e criteri direttivi (art. 2) riguardano 12 punti che spaziano da: *“valorizzare la bioetica clinica”* (lett. i) e *“riconoscere valore giuridico alle buone pratiche cliniche”* (lett. f) fino a (per l’assistenza territoriale) *“potenziare il livello di integrazione fra ospedale e territorio”* (lett. a), *“aggiornare la disciplina dei servizi per la salute ,mentale e delle dipendenze”* (lett. m), *“riordinare la disciplina dei medici di medicina generale e dei pediatri di libera scelta anche al fine di valorizzarne il ruolo nell’ambito dell’assistenza territoriale”* (lett. n). Per l’assistenza ospedaliera abbiamo invece per esempio *“nuove reti assistenziali tempo-dipendenti e specialistiche”* (lett. d), *“standard minimi per l’attività di ricovero”* (lett. e) accanto a *“aggiornare il dimensionamento delle Unità Operative qualificabili come strutture complesse”* (lett. c). In sintesi, una miscela di questioni di dettaglio e provvedimenti cruciali che sono comunque indicati in modo assolutamente superficiale.

Unica, significativa eccezione alla diffusa genericità, è il principio di delega relativo al riconoscimento degli ospedali di terzo livello (lett. b) che (comparativamente parlando) spicca dal contesto per ricchezza di dettagli tanto da assurgere a tratto caratterizzante dello schema di disegno di legge. Saranno classificati come ospedali di terzo livello *“le strutture ospedaliere di eccellenza a livello nazionale, con bacino di utenza nazionale e sovranazionale”*. Queste potranno includere anche *“strutture in cui la titolarità e la gestione siano direttamente e integralmente riconducibili a fondazioni, associazioni o altri enti privati, anche a carattere religioso, che operino esclusivamente senza fini di lucro, ovvero a enti ecclesiastici civilmente riconosciuti”*, che corrispondono verosimilmente agli attuali ospedali cd classificati.

I criteri di selezione in base ai quali alcune delle strutture appartenenti a queste categorie potranno essere riconosciuti come ospedali di terzo livello soffrono della diffusa vaghezza, comprendendo numero dei ricoveri e peso dei DRG, requisiti di qualità, mobilità interregionale non di confine, attività di ricerca. Colpisce, in questo contesto, l’obliquo riferimento a requisiti *“in coerenza con la disciplina in materia di IRCCS e di AOU”*. Una disciplina in evoluzione, con il decreto correttivo e integrativo del d.lgs. 200/2022 per gli IRCCS in discussione in Commissione al Senato e lo Schema-tipo di Protocollo d’intesa fra Regione e Università ai sensi della legge Gelmini (L. 240/2010) già elaborato dal Mur, che riservano uno spazio significativo all’Università e al suo personale nel governo delle Aziende. Poiché lo Schema prevede che *“risorse specifiche per lo svolgimento di funzioni di rilievo nazionale”* possano essere destinate ai nuovi ospedali di terzo livello, e dal momento che questo non potrà non comportare, come corrispettivo, uno spazio per nomine del livello centrale al governo delle aziende, ci si può chiedere fin d’ora come potrà la Regione ottemperare ai suoi doveri di programmazione per la popolazione e il Direttore Generale esercitare i suoi poteri di gestione, stretti come saranno dai vincoli delle funzioni di rilievo nazionale e dall’affollamento della funzione di governo dell’Azienda. Oltretutto non si capisce come il travaso di risorse, professionisti e pazienti potrà avvenire dai “vecchi” super ospedali confermati e ulteriormente potenziati ai nuovi creati per ridimensionare i primi. Né si capisce l’enfasi su questi nuovi super ospedali al Sud come contrasto agli imponenti flussi di mobilità quando la grande maggioranza dei pazienti si muove per discipline comuni come l’ortopedia. Quel che serve è il riequilibrio complessivo dell’offerta e non qualche super ospedale in più al Sud, magari satellite di qualcuno di quelli del centro-Nord.

Cosa possa voler dire tutto questo si è capito con la manovra 2026 che con un colpo di mano degli ultimi giorni ha aumentato il finanziamento annuale extra-produzione all’Ospedale Pediatrico Bambino Gesù (che già gode di tariffe speciali aumentate) portandolo da 50 milioni l’anno a 120 con valore retroattivo al 2025. Un finanziamento sottratto al Fondo Sanitario Regionale ripartito tra le Regioni che aumenterebbe di molto quando il numero dei super ospedali crescerà.

Pure criptico e pericoloso è il punto relativo ai cosiddetti “*ospedali elettivi*” di cui nulla si sa. Dovrebbero essere ospedali *senza Pronto Soccorso* autorizzati a prendere i pazienti acuti trasferiti da altri ospedali più grandi e dotati di Pronto Soccorso. Essendo già il SSN con una dotazione eccessiva di ospedali (non di posti letto) frammentata e dispersa, e quindi essendo illogico pensare a nuovi ospedali, questi ospedali elettivi potrebbero essere le infinite strutture per acuti private prive di Pronto Soccorso o alcuni ospedali pubblici cui il Pronto Soccorso viene tolto. In ogni caso la grana sarà comunque tutta delle Regioni con il rischio di sancire la conferma della attuale situazione in cui l'ospedalità privata lavora prevalentemente in forma programmata e sceglie cosa fare, mentre quella pubblica è in perenne affanno.

Di fronte a uno scippo di risorse e di competenze nei confronti delle regioni e a una delega al Governo in gran parte in bianco ci aspettiamo che le Regioni e il Parlamento non restino in silenzio.

Ma qual è la principale ragione della delega? Assecondare le aspettative del mondo ospedaliero che opera nelle strutture specialistiche che mal sopporta i vincoli e le regole della programmazione regionale e, soprattutto, che vorrebbe interloquire con un solo soggetto (il livello centrale) anziché con tante regioni e aziende sanitarie. Parliamo delle Università, che da tempo vorrebbero esercitare più potere nella programmazione sanitaria e all'interno degli ospedali, della sanità cattolica, dei grandi ospedali. È a loro che parla il disegno di legge delega, promettendo cambiamenti che fanno a fette il Ssn (separando i grandi ospedali dal resto dell'assistenza), centralizzano le decisioni (in barba all'autonomia differenziata) e relegano ancora una volta in un cantuccio la prevenzione e l'assistenza territoriale (che così potranno ancora più facilmente essere consegnate ai fondi sanitari e alle assicurazioni).

Il ministro Schillaci afferma che la delega serve a “*rendere il servizio sanitario nazionale più capace di rispondere ai fabbisogni assistenziali dei cittadini*”, ma non è per nulla chiaro in che modo la riorganizzazione proposta possa risolvere i problemi che la popolazione incontra ogni giorno. Eppure, molto potrebbe essere fatto per interrompere il declino del Ssn: l'adeguamento della dotazione di professionisti, l'eliminazione dell'antistorico tetto di spesa sul personale, il miglioramento della remunerazione e delle condizioni di lavoro per tutto il personale, il rafforzamento della capacità di programmazione di fronte a bisogni in continua evoluzione, tanto per indicare alcune priorità. Di questo non si vede traccia nello schema di delega: la direzione scelta è un'altra!

Il testo dello schema di legge delega può essere recuperato all'indirizzo
<https://storagehub.homnys.net/cmsimage/2026/01/Delega-assistenza-territoriale-.pdf>
Non risultano ancora disponibili le relazioni tecnica e illustrativa.