

Audizione di Cittadinanzattiva

10^a Commissione Affari sociali, sanità, lavoro pubblico e privato, previdenza sociale

Senato della Repubblica

Roma, 21 aprile 2026

Oggetto: Analisi e Osservazioni sul DDL 1825: "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".

Egregi Senatori,

1. Premessa

Cittadinanzattiva ha valutato con attenzione il Disegno di Legge Delega A.S. 1825, che si prefigge di rafforzare la tutela della salute, in attuazione dell'Articolo 32 della Costituzione, prevedendo *"Misure per la riorganizzazione e il potenziamento dell'assistenza territoriale e ospedaliera e revisione del modello organizzativo del Servizio sanitario nazionale"*.

Una riforma di tale portata costituirebbe un passaggio necessario e di straordinaria rilevanza per il Paese, poiché il Servizio sanitario nazionale rappresenta l'asse strategico su cui si poggia il nostro sistema di welfare e lo strumento che dà concreta attuazione al dettato costituzionale, tutelando la salute come diritto fondamentale dell'individuo e come interesse della collettività.

E' davanti agli occhi di tutti, infatti, che il SSN, nonostante resti una infrastruttura irrinunciabile e identitaria per tutte le cittadine e i cittadini del nostro Paese, attraversa da tempo criticità profonde e strutturali: difficoltà di accesso alle cure, carenza di personale, liste di attesa incompatibili con il diritto alla salute e fragilità dei servizi. Soprattutto, si registrano profonde disuguaglianze territoriali e sociali che trasformano il diritto alla salute in un diritto "a geografia variabile", dove la possibilità di curarsi dipende dal luogo di residenza e dalle condizioni socio-economiche individuali.

Le conseguenze di questa situazione ricadono principalmente sui soggetti più vulnerabili – anziani, famiglie a basso reddito e persone con disabilità – alimentando una crescente sfiducia nelle istituzioni e sentimenti diffusi di rinuncia, rassegnazione, perfino rabbia.

Con la finalità di superare queste criticità, una riforma del Servizio sanitario nazionale che fosse rispondente agli attuali bisogni di salute di cittadini e comunità, collegata al quadro demografico ed epidemiologico che caratterizza il nostro Paese, sarebbe auspicabile e necessaria. Ma proprio per questo, ogni intervento che si prefigga tale ambizione deve fondarsi su una visione organica, chiara, il più possibile condivisa, rispettosa dei principi costituzionali incompressibili e fondativi, e capace di risposte concrete, efficaci e coerenti rispetto ai tempi.

2. Osservazioni sul metodo

Un Disegno di Legge delega che nasce con la doppia ambizione di riformare il Servizio sanitario nazionale nel suo modello organizzativo e di potenziare e riorganizzare l'assistenza territoriale e ospedaliera, non può che scaturire da un percorso di partecipazione ampio, maturo e sistematico. Pertanto le prime osservazioni che proponiamo riguardano il metodo messo in campo:

- **Il percorso di partecipazione:** la proposta appare essere stata costruita senza una preventiva e strutturata condivisione con gli attori coinvolti, con le organizzazioni di cittadini e di pazienti, con i professionisti sanitari e, ultimi ma non per importanza, con le Regioni e gli enti territoriali chiamati a un ruolo *concorrente* rispetto alla tutela della salute. Riformare il SSN senza un confronto aperto e partecipato indebolisce la legittimità stessa dell'intervento poiché acuisce la sfiducia fra gli attori e compromette l'efficacia e la praticabilità di qualsiasi misura ipotizzata.
- **Neutralità finanziaria e cristallizzazione delle disuguaglianze:** ogni riforma che ambisce a cambiamenti reali non può partire dall'assunto dell'invarianza di bilancio. Se si combinano nello stesso articolato il tema della neutralità finanziaria e quello della valorizzazione delle eccellenze, peraltro con riferimento esclusivo a quelle ospedaliere, si rischia di rafforzare ulteriormente ciò che già funziona e di non avere le risorse necessarie per superare divari e differenti situazioni di partenza. Si rischia inoltre di rinnegare quella vocazione territoriale dei servizi sanitari che la pandemia ha dimostrato essere prioritaria e sulla quale sono state costruite le norme più recenti, tra le quali il DM 77, che, nonostante l'assunto contenuto nel titolo, non sembrano dialogare in nessun modo con questa proposta.
- **Scelta dello strumento normativo e tempi di attuazione:** il ricorso alla Legge Delega è incoerente con una riforma dall'impatto e dal respiro così estesi, poiché limita il protagonismo del Parlamento e prescinde dal dialogo sociale. Porta con sé, inoltre, come l'esperienza di tante altre riforme rende evidente, una forte incertezza sui tempi di emanazione dei decreti legislativi la cui determinazione peraltro, a fronte di un testo dalla visione non organica né chiara, potrebbe risultare complessa e intempestiva.

3. Osservazioni sul merito

Un Disegno di Legge delega che nasce con la doppia ambizione di riformare il Servizio sanitario nazionale nel suo modello organizzativo e di potenziare e riorganizzare l'assistenza territoriale e ospedaliera, non può che nascere da un'attenta analisi del contesto socio demografico ed epidemiologico e dei conseguenti bisogni di salute che ad esso sono collegati, con l'obiettivo di costruire un sistema integrato di risposte che vada nel senso del soddisfacimento di quei bisogni. In tal senso sono dirette alcune prime osservazioni.

- **Contesto socio demografico ed epidemiologico e integrazione tra assetto ospedaliero e riforma del territorio:** riteniamo che le misure contenute nello schema di proposta non tengano in debito conto il contesto demografico ed epidemiologico del Paese, dove gli over 65 rappresentano il 25% della popolazione e dove oltre il 40% degli abitanti è affetto da almeno una patologia cronica, assorbendo oltre il 70% della spesa sanitaria pubblica complessiva. Nonostante l'**Articolo 1** dichiari di voler garantire la "continuità del percorso assistenziale", l'assetto del DDL appare sbilanciato sul setting ospedaliero, in particolare attraverso la creazione di nuove classificazioni come gli "ospedali di terzo livello" e gli "ospedali elettivi" (**Art. 2, comma 1, lett. b**). Rimangono vaghi i collegamenti con la riforma dell'assistenza territoriale (DM 77) e i provvedimenti in tema di assistenza agli anziani non autosufficienti (L. 33/2023 e D.lgs 24/2024). È inoltre evidente l'assenza di un disegno che miri al rafforzamento dell'ambito della prevenzione, che riteniamo debba rappresentare la risposta più efficace - insieme al rafforzamento dei servizi sanitari di prossimità di cui si è già detto - al quadro demografico/epidemiologico di cui sopra.
- **La ratio generale del provvedimento:** il proposito esplicitato nel titolo di riorganizzare e potenziare il livello di integrazione tra l'ospedale e il territorio non collima con l'articolato, che si focalizza esclusivamente su un disegno di riorganizzazione del modello ospedaliero; mentre il richiamo nel testo a temi cruciali per il cittadino in un'ottica di assistenza di prossimità, quali il riordino della medicina generale, il potenziamento delle cure palliative, la non autosufficienza, le patologie croniche, l'assistenza sociosanitaria e la salute mentale, si riduce a una mera elencazione e non consente di intravedere un disegno compiuto e integrato. L'intenzione di assicurare una risposta qualificata di prossimità per i bisogni di salute a bassa o media complessità assistenziale, coerente con l'esigenza di limitare la mobilità sanitaria ingiustificata, rimane al momento una enunciazione di principio.
- **Focalizzazione sui luoghi e sulle prestazioni, piuttosto che sui percorsi di cura:** l'impianto del DDL rimanda a un modello che, ancora una volta, appare costruito sui luoghi fisici – come dimostra l'ampio spazio dato alla classificazione delle strutture ospedaliere nell'**Articolo 2, comma 1, lett. b** – piuttosto che sui percorsi. Partire dal percorso significa scegliere un approccio centrato sulla persona e sulla multidimensionalità dei suoi bisogni, garantendo quella "presa in carico multidimensionale" citata all'**Articolo 2, comma 1, lett. g**) ma non pienamente declinata nel testo. Al contrario, un approccio che sia basato prevalentemente sui luoghi produce la frammentazione dei percorsi di cura, determinando l'assenza di coordinamento tra i diversi setting di cura, possibili fenomeni di inappropriatezza, una dilatazione dei tempi di presa in carico, con il rischio concreto di rinuncia alle cure.
- **Rischio degli Standard Minimi (Art. 2, comma 1, lett. e):** la previsione di "standard minimi per le attività di ricovero", articolati per area e ambito territoriale e coerenti con la disciplina dell'ospedale di comunità, mirerebbe a promuovere l'appropriatezza e a monitorare l'erogazione uniforme dei LEA. Tuttavia, tale misura, accostata al principio di invarianza finanziaria, determina il rischio che tali standard possano tradursi in un livellamento verso il basso, con possibili ricadute

negative sulla qualità e sulla sicurezza delle cure. Sebbene l'obiettivo dichiarato sia quello di garantire uniformità sul territorio, nella pratica il risultato potrebbe essere quello di cristallizzare le differenze tra territori, dove quelli più ricchi continuerebbero a garantire alti livelli di cura e dove invece quelli in difficoltà potrebbero perfino faticare a garantire il "minimo", aumentando il divario di accesso alle cure.

In assenza di criteri stringenti, inoltre, definire un set di prestazioni come "essenziali" potrebbe spingere il decisore pubblico a definanziare il sistema di servizi e prestazioni e le strutture ad attestarsi sui livelli base di offerta sanitaria, rinunciando ad investire sul miglioramento continuo.

4. Considerazioni conclusive

Cittadinanzattiva ritiene che il disegno di legge non fornisca, al momento, un perimetro ben definito di criteri e principi che possano orientare la riorganizzazione e il potenziamento dell'assistenza territoriale e ospedaliera verso un modello in grado di superare le criticità esistenti, descritte in premessa.

Anche alla luce delle recenti dichiarazioni del Ministro Schillaci, che annuncia finalmente l'aggiornamento, entro l'estate, del Piano Sanitario Nazionale - ormai fermo al 2008 - crediamo che una riforma di tale portata debba essere subordinata all'approvazione di quel Piano. Esso infatti rappresenta per definizione il principale strumento di programmazione e di indirizzo strategico del Servizio Sanitario Nazionale e l'imprescindibile punto di partenza per ogni disegno di riforma che lo riguardi.

Chiediamo, dunque, di agire in tal senso e auspichiamo l'avvio di un percorso di confronto e di condivisione con tutti gli attori del sistema, sia nella fase di revisione del Piano Sanitario nazionale che in quella successiva di riforma del modello organizzativo del SSN. Ribadiamo la piena disponibilità a contribuire in tal senso, mettendo a disposizione competenze, esperienze e conoscenze maturate sul campo.