



Senato della Repubblica

10^a Commissione
Affari sociali, sanità, lavoro
pubblico e privato, previdenza sociale
Roma, 14 aprile 2026

Audizione informale
DdL AS. 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 SSN**

Nino Cartabellotta
Presidente Fondazione GIMBE

Disclosure

- La Fondazione GIMBE realizza attività di formazione e consulenza su alcuni temi trattati nella presente audizione
- Le valutazioni contenute nella presente audizione sono espresse in assenza di alcun conflitto di interesse di categoria
- Singoli parlamentari e gruppi parlamentari, oltre che soggetti terzi, non hanno influenzato in alcun modo le valutazioni esposte nella presente audizione

Outline

- **Premessa**
- **Criticità**
- **Rischi**
- **Conclusioni**



Outline

- **Premessa**
- Criticità
- Rischi
- Conclusioni



Premessa

Il Servizio Sanitario Nazionale oggi presenta:

- **Criticità strutturali:** sottofinanziamento, carenza e demotivazione del personale sanitario, divario Nord-Sud, diseguaglianze regionali, territoriali e socio-economiche nell'offerta quantitativa e qualitativa di servizi e nell'accesso, asimmetria ospedale-territorio.
- **Disagi dei cittadini:** tempi di attesa, pronto soccorso affollati, limitata presa in carico delle cronicità, carenza MMG, mobilità sanitaria, spesa out-of pocket, impoverimento delle famiglie, rinuncia alle prestazioni sanitarie

Outline

- Premessa
- **Criticità**
- Rischi
- Conclusioni



Formali

Politiche

Criticità

Finanziarie

Tecniche

Art. 76 Costituzione

L'esercizio della funzione legislativa non può essere delegato al Governo se non con **determinazione di principi e criteri direttivi** e soltanto per **tempo limitato** e per **oggetti definiti**

- **Principi e criteri direttivi**
- **Tempo limitato**
- **Oggetti definiti**

Criticità formali

- **Delega troppo ampia**, princìpi e criteri direttivi non sufficientemente determinati, oggetti spesso generici, vaghi o non definiti → rischio trasferimento “in bianco” del potere legislativo
- **Assenza di cornice strategica**
 - Piano Sanitario Nazionale 2025-2027 (*nessuna bozza disponibile*)
 - Patto per la Salute 2019-2021 (*in proroga per legge*)
- **Assenza di relazione tecnica** su:
 - criticità del SSN
 - rationale delle misure proposte

Criticità politiche

- **Mancato coinvolgimento delle Regioni**
 - DdL non esaminato in sede consultiva dalla Conferenza Stato-Regioni
 - L'intesa dovrebbe precedere la trasmissione del testo alle Camere
- **Ruolo del Parlamento debole**
 - Schemi di Dlgs trasmessi alle Commissioni parlamentari per l'acquisizione del solo parere non vincolante per il Governo
 - Solo 30 giorni per formalizzare il parere

Criticità finanziarie

- Risorse certe solo per gli ospedali di terzo livello per il 2026
- Il DdL sancisce che dall'attuazione delle deleghe non devono derivare nuovi o maggiori oneri a carico della finanza pubblica
- La clausola di invarianza finanziaria
 - indebolisce la credibilità del DdL
 - è incompatibile con numerosi principi e criteri direttivi ad alta intensità di personale e servizi
 - condiziona l'attuazione delle misure più rilevanti all'approvazione di finanziamenti dai tempi incerti

Art. 2. Principi e criteri direttivi. Comma 1

ONERI NON DETERMINABILI EX-ANTE (n.4)

- Identificare gli ospedali di terzo livello (dal 2027)
- Introdurre nuove reti assistenziali
- Migliorare la qualità dell'assistenza per le persone non autosufficienti
- Definire standard per le cure palliative di base e specialistiche

Da definire e quantificare nelle relazioni tecniche dei successivi decreti legislativi

Criticità finanziarie

CLAUSOLA DI SALVAGUARDIA (Art 3, c. 2)

- Se i decreti dovessero generare nuovi o maggiori oneri non compensabili con le risorse disponibili, potranno essere emanati solo contestualmente o successivamente all'entrata in vigore di norme che stanziino le risorse necessarie
- La bollinatura della RGS attesta che il meccanismo di rinvio è ammissibile nella forma, ma non certifica la sostenibilità finanziaria della riforma

Art. 2. Principi e criteri direttivi. Comma 1

SENZA MAGGIORI ONERI (n. 9)

- Potenziare il livello di integrazione tra ospedale e territorio
- Identificare gli ospedali elettivi
- Aggiornare il dimensionamento delle unità operative complesse
- Promuovere l'appropriatezza dell'offerta ospedaliera
- Definire il ruolo delle buone pratiche clinico-assistenziali e organizzative
- Promuovere il ruolo della bioetica clinica

Art. 2. Principi e criteri direttivi. Comma 1

SENZA MAGGIORI ONERI (n. 9)

- Individuare criteri organizzativi omogenei per assicurare l'integrazione degli interventi socio-sanitari
- Aggiornare la disciplina dei servizi di salute mentale per adulti, neuropsichiatria dell'infanzia e dell'adolescenza, dipendenze patologiche, salute in carcere
- Riordinare la disciplina dei medici di medicina generale e dei pediatri di libera scelta

**Misure che implicano interventi organizzativi
non sempre neutri sul piano delle risorse**

ANALISI GIMBE DELLE MISURE DEFINITE “SENZA NUOVI O MAGGIORI ONERI” DALLA RELAZIONE TECNICA

Articolo 2. Princìpi e criteri direttivi. Comma 1		Commenti
a) Potenziare il livello di integrazione tra ospedale e territorio		<ul style="list-style-type: none"> • I “<i>sistemi integrati di trasporto secondario</i>”, ovvero i trasferimenti di pazienti ricoverati in una struttura ospedaliera verso un’altra struttura collegata funzionalmente prevedono maggiori oneri per le Regioni. • I “<i>modelli organizzativi integrati che garantiscano ai professionisti di area clinica di sviluppare percorsi integrati di carriera</i>” potrebbero comportare oneri aggiuntivi per lo sviluppo di percorsi formativi.
b) Aggiornare la classificazione delle strutture ospedaliere	2. Ospedali elettivi	<ul style="list-style-type: none"> • Le strutture per acuti prive di pronto soccorso già esistenti nell’attuale rete ospedaliera sono in larga misura rappresentate da strutture private convenzionate. • La RT riporta che l’attuazione della disposizione non prevede nuovi o maggiori oneri perché disciplina e regola pratiche organizzative già in essere, ma non considera i costi di formazione del personale, di adeguamento organizzativo e di implementazione che qualsiasi innovazione di sistema comporta. In particolare, i tempi di percorrenza della distanza tra ospedali elettivi e le strutture della rete dell’emergenza-urgenza di riferimento.
c) Aggiornare il dimensionamento delle unità operative complesse		<ul style="list-style-type: none"> • La RT sostiene che l’aumento di strutture complesse in un territorio sarebbe compensato dalla riduzione in un altro, mantenendo la neutralità finanziaria grazie a un “criterio di equilibrio compensativo”. Questa redistribuzione omogenea non è realistica nei 21 sistemi sanitari regionali, ciascuno con la propria storia, le proprie dotazioni organiche, le proprie autonomie territoriali, soprattutto in relazione alla qualificazione delle strutture complesse, e i propri equilibri politici. Inoltre, il parametro del bacino di utenza per la compensazione definito dalla RT è un criterio meramente aggiuntivo.
e) Promuovere l’appropriatezza dell’offerta ospedaliera		<ul style="list-style-type: none"> • L’assenza di un monitoraggio sistematico sullo stato di attuazione del DM 70/2015 impedisce la definizione dei criteri di appropriatezza dell’offerta ospedaliera.
f) Definire il ruolo delle buone pratiche clinico-assistenziali e organizzative		<ul style="list-style-type: none"> • La RT non considera i costi di formazione del personale, di adeguamento organizzativo e di implementazione che comporta qualsiasi innovazione di sistema.

ANALISI GIMBE DELLE MISURE DEFINITE “SENZA NUOVI O MAGGIORI ONERI” DALLA RELAZIONE TECNICA

Articolo 2. Principi e criteri direttivi. Comma 1	Commenti
i) Promuovere il ruolo della bioetica clinica nell’ambito delle aziende sanitarie locali e ospedaliere	<ul style="list-style-type: none">• La RT punta sui comitati etici aziendali, sostenendo che la promozione di modelli organizzativi centrati sulla persona “non implicherà la creazione di nuove strutture”. Tuttavia, per raggiungere l’obiettivo in modo sistematico occorre rafforzare le strutture esistenti, perché la promozione della bioetica clinica oggi non è effettuata in modo uniforme né come funzione principale dai comitati etici aziendali che svolgono come attività ordinaria la valutazione dei protocolli di ricerca.• La RT non considera i costi di formazione del personale, di adeguamento organizzativo e di implementazione che comporta qualsiasi innovazione di sistema.
l) Individuare criteri organizzativi omogenei di livello nazionale che assicurino in termini di effettività l’integrazione degli interventi socio-sanitari	<ul style="list-style-type: none">• L’individuazione dei criteri organizzativi omogenei di livello nazionale può risultare senza maggiori oneri, ma non l’effettiva integrazione degli interventi socio-sanitari. In altri termini, l’attuale impianto dell’assistenza socio-sanitaria estremamente frammentato tra Regioni e territori non può essere riallineato a standard nazionali in assenza di risorse aggiuntive.
m) Aggiornare la disciplina dei servizi relativi alle aree della salute mentale per adulti, della neuropsichiatria dell’infanzia e dell’adolescenza, delle dipendenze patologiche e della salute in carcere	<ul style="list-style-type: none">• La RT classifica questa misura come priva di nuovi oneri, trattandosi della razionalizzazione e coordinamento funzionale di servizi già esistenti. Tuttavia, il testo del Ddl prevede esplicitamente di “migliorare la qualità e l’appropriatezza dell’assistenza” e di garantire “l’integrazione di tali servizi nel modello territoriale e distrettuale”. Obiettivi che, in un ambito largamente sottofinanziato come la salute mentale, non possono essere raggiunti con le risorse già disponibili. Ovvero, l’aggiornamento della disciplina rischia di legittimare la mancata esigibilità dei LEA.
n) 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	<ul style="list-style-type: none">• Per valorizzare il ruolo di MMG e PLS nell’ambito dell’assistenza territoriale è necessario modificare il perimetro negoziale in sede di rinnovo dell’Accordo Collettivo Nazionale, oltre che degli accordi integrativi regionali. Un rafforzamento del ruolo professionale senza adeguato riconoscimento economico non è sostenibile sul piano delle relazioni sindacali.

Criticità tecniche

CRITICITÀ GENERALI

- Il Ddl si concentra solo su «riorganizzazione e potenziamento dell'assistenza territoriale e ospedaliera», tralasciando la «revisione del modello organizzativo»
- Riorganizzazione e potenziamento sono profondamente asimmetrici tra assistenza territoriale e ospedaliera, con forte sbilanciamento a favore della seconda
- La base conoscitiva e valutativa è insufficiente per una riforma di tale ampiezza (nessuna indagine commissionata all'ISTAT)

Criticità tecniche

PREVENZIONE

- Il termine non è mai citato nel testo

Criticità tecniche

ASSISTENZA TERRITORIALE

Il testo elenca in modo generico proposte per criticità rilevanti mai risolte

- Maggiore integrazione ospedale-territorio
- Qualità dell'assistenza sanitaria e sociosanitaria per le persone non autosufficienti
- Migliore articolazione delle cure palliative
- Aggiornamento della disciplina dei servizi relativi a: salute mentale per adulti, neuropsichiatria dell'infanzia e dell'adolescenza, dipendenze patologiche, salute in carcere
- Riordino della disciplina dei medici di medicina generale e dei pediatri di libera scelta

Criticità tecniche

ASSISTENZA TERRITORIALE

- Integrazione socio-sanitaria, salute mentale, non autosufficienza e cure palliative appaiono mere dichiarazioni di intenti e non diritti esigibili
- Riordino di MMG e PLS indeterminato e privo di leve strutturali su carenza, attrattività e integrazione organizzativa

Criticità tecniche

ASSISTENZA OSPEDALIERA

- **Ospedali di terzo livello**
 - Criteri e procedura di selezione
 - Finanziamento extra-riparto FSN
 - Rafforzamento di poli già forti, inclusi privati ed enti religiosi, senza obblighi aggiuntivi di servizio pubblico
- **Ospedali elettivi**
 - Definizione incompleta di standard e integrazione con la rete dell'emergenza
 - Rischio di selezione opportunistica della casistica
 - Rischio clinico nel trasferimento dei pazienti

Outline

- Premessa
- Criticità
- **Rischi**
- Conclusioni



Rischi

- Rischio “deleghe sospese” in assenza di nuove risorse
- Conflitto di competenze con le Regioni e conseguenti ricorsi
- Trasferimento dei costi organizzativi delle misure «senza maggiori oneri» sui bilanci regionali, già asfittici
- Maggiore visione ospedale-centrica della sanità
- Revisione al ribasso degli standard del DM 77
- Ospedali di terzo livello: rischio di ricorsi e contenziosi
- Ospedali elettivi: selezione opportunistica di prestazioni
- Aumento delle diseguaglianze territoriali e sociali di accesso
- Legittimare mancata esigibilità LEA nella salute mentale

Outline

- Premessa
- Criticità
- Rischi
- **Conclusioni**



Conclusioni

- Il DdL prevede una delega troppo ampia
- Senza risorse aggiuntive ambisce a potenziare ospedale e territorio, escludendo la prevenzione
- È forte nel ridisegnare classificazioni e standard, ma debole nel rendere esigibili i diritti
- Ridefinisce i rapporti tra ospedale e territorio (a favore del primo) e tra pubblico e privato (a favore del secondo)
- Non fornisce innovazioni strategiche su:
 - Strumenti di finanziamento: budget di rete
 - Strumenti di valutazione delle performance
 - Meccanismi di rimborso: dalle prestazioni al PDTA e agli esiti di salute

Conclusioni

- Il testo del DdL delega presenta troppe criticità (formali, politiche, finanziarie e tecniche) e potenziali «effetti collaterali»
- Per emendarlo bisognerebbe fissare vincoli incompatibili con l'impianto del testo e con la clausola di invarianza finanziaria:
 - Revisione del DM 77 non al ribasso
 - Criteri rigorosi per la selezione degli ospedali di terzo livello
 - Limiti netti all'espansione del privato
 - Piano esplicito per ridurre diseguaglianze e mobilità sanitaria
 - Garanzie di finanziamento adeguato

Conclusioni

Se l'obiettivo dichiarato è davvero quello di «*garantire effettività nella tutela della salute*» **la Fondazione GIMBE propone di:**

- **Ritirare il DdL delega**
- **Aprire un confronto ampio, partecipato e trasparente su come riformare il SSN, nel perimetro dell'articolo 32 e dei principi fondanti della L. 833/78: universalità, uguaglianza, equità**