volerelaluna LA POLITICA PUNTOACAPO

Il Governo riorganizza la sanità: di male in peggio

Autore: Gianluigi Trianni

Lo scorso 12 gennaio il Governo Meloni ha approvato un disegno di legge delega per “la riorganizzazione e il potenziamento dell’assistenza territoriale e ospedaliera e per la revisione del modello organizzativo”. In soli quattro articoli il disegno di legge stabilisce che **il Governo è delegato a normare entro il 2026 (*sic!*) ben 13 materie**: l’aggiornamento della sanità territoriale (DM 77/2022) e degli ospedali (DM 70/2015), con le nuove tipologie dei cosiddetti “ospedali di terzo livello” e “elettivi”, la definizione di standard per le unità operative complesse (ex primariati), l’introduzione di “reti assistenziali tempo-dipendenti e specialistiche”, dagli ospedali di comunità (DM 77/2022) alle buone pratiche clinico-assistenziali e organizzative; l’assistenza sanitaria per non autosufficienti e per persone in condizioni croniche complesse a evoluzione sfavorevole, la bioetica, ’integrazione socio sanitaria, la salute mentale (nel rispetto dell’autonomia regionale, *sic!*), i sistemi informativi Ecosistema Dati Sanitari (EDS), il rapporto con il SSN dei medici di medicina generale (MMG) e dei pediatri di libera scelta. **Il tutto è esposto in forma di mera citazione delle materie da ri-normare, senza principi chiari e vincolanti**, ad eccezione dei due tipi ulteriori di ospedali, “di eccellenza” ed “elettivi”.

Una preliminare (allarmante) considerazione di metodo. Con l’approvazione del disegno di legge il Parlamento delegherebbe il Governo ad adottare uno o più decreti legislativi, che verrebbero trasmessi alle commissioni parlamentari competenti, le quali dovrebbero esprimere parere entro soli 30 giorni. Qualora tale parere fosse critico e il Governo decidesse di non adeguarsi, le commissioni avrebbero ulteriori 15 giorni per replicare alle motivazioni del Governo, trascorsi i quali il decreto potrebbe comunque essere adottato. Le commissioni si troverebbero quindi limitate a esprimere pareri senza il tempo necessario alle ponderazioni del caso e non vincolanti su materie di grande rilevanza sociale e **il Parlamento delegherebbe di fatto al Governo la sua funzione legislativa in assenza di indicazioni vincolanti**. Ci sarebbe, quindi, un’ulteriore riduzione dello spazio di intervento delle opposizioni. La forma del decreto delegato non è nuova. Fu già utilizzata nel decreto legislativo n. 502/1992, ma sulla base dei chiari principi (purtroppo neoliberali) fissati nella legge n. 412/1992, e si ripropone oggi anche nel processo di autonomia regionale differenziata. Due percorsi lontani nel tempo e diversi, ma accomunati dal duplice obiettivo, perseguito ieri a livello centrale oggi delegato alle regioni, di contenere la spesa sanitaria pubblica e favorire l’espansione del settore privato. Si aggiunga che, in maniera sciatta e contraddittoria, **il disegno di legge non chiarisce come i decreti si applicherebbero in caso di intese con le Regioni a statuto ordinario nell’ambito dell’autonomia differenziata** né come si coordinerebbero con le Regioni a statuto speciale e le province autonome di Trento e Bolzano (che potrebbero anche non attuarli!).

Ma passiamo ad alcune (sconsolate) considerazioni di merito

L’insieme è velleitario, o meglio demagogico, perché pretende/promette di affrontare 13 grandi criticità del SSN senza prevedere risorse aggiuntive a quelle già stanziate nel Bilancio 2026, ma facendo ricorso esclusivamente a quelle già assegnate. È sottinteso l’abusato, demagogico ed errato *refrain* del ricorso alla riduzione degli sprechi, quale fonte di finanziamento dell’innovazione tecnologica che genera non solo più efficacia terapeutica ma anche nuove e più sofisticate attività assistenziali. Non si vuole tener conto che nel SSN non si possono chiudere dall’oggi al domani i servizi, per quanto inefficienti siano, ma occorre prima organizzare e sperimentare il nuovo e solo poi è possibile eliminare lo spreco o innovare l’obsoleto. In altre parole, prima vengono gli investimenti aggiuntivi alla spesa corrente, poi arrivano i risultati che consentono di eliminare gli sprechi e di acquisire efficienza e i relativi risparmi operativi. Ed **è proprio su questo terreno che si concretizza il vantaggio del settore privato**, che nell’epoca della finanziarizzazione progressiva può avvalersi di finanziamenti per investimenti a differenza del SSN che viene definanziato anno dopo anno. Secondo elaborazioni della CGIL su dati della Corte dei conti, nel 2025 le Regioni dovranno coprire una differenza di oltre 7,5 miliardi di euro tra il Fondo sanitario nazionale (136,5 miliardi) e la spesa sanitaria attesa (144 miliardi). Nel 2027 il divario potrebbe salire a 7,8 miliardi, segno di un sottofinanziamento strutturale.

In questo contesto è **irrealistico parlare di rafforzamento dell’integrazione tra ospedale e territorio**, dalle Case della Comunità agli altri servizi sanitari e sociali, senza investimenti in personale, edilizia sanitaria e tecnologie adeguate. Si tenga presente, infatti, che **nel 2025 (dati Agenas) era attivo solo il 38% delle Case della Comunità** (previste dal PNRR in una ogni 40-50.000 abitanti e come *hub*, centri di riferimento con vasta gamma di attività specialistica ambulatoriale) e che quelle pienamente operative con medici e infermieri erano meno del 3% (con il Mezzogiorno e il Trentino-Alto Adige non pervenuti). Peraltro, quelle previste dal decreto ministeriale n. 22/1977 come **strutture a bacino di utenza ridotto rispetto alle *hub* e indispensabili per avvicinare il servizio sanitario pubblico ai cittadini, non solo non ci sono, ma non sono state neppure programmate dalle Regioni**. Si tenta di sostituirle con le “farmacie dei servizi”, modello monco solo “prestazionale”, sempre più controllate da grandi gruppi e holding multinazionali, con conseguente privatizzazione dell’assistenza territoriale. Un’impostazione tecnicamente obsoleta

Come già accennato, **l’unico ambito dettagliato riguarda la revisione della classificazione degli ospedali prevista dal decreto ministeriale n. 70/2015, con l’introduzione di ospedali di “terzo livello” e di “ospedali elettivi”**. Il fatto è che **lo stesso decreto ministeriale n. 70 appare ormai superato**. Esso **si basa ancora sul criterio dei posti letto per mille abitanti e per disciplina, mentre l’evoluzione della medicina ha portato a modelli assistenziali multidisciplinari**, centrati sulle patologie e su percorsi di diagnosi, cura e riabilitazione “super specialistici”. Tali modelli assistenziali comportano un’organizzazione per centri multidisciplinari dedicati a specifiche patologie od organi, con tecnologie diagnostiche e terapeutiche sempre meno invasive, da cui una

forte riduzione delle degenze ospedaliere per acuti e il ricorso al day hospital, al day service e ai trattamenti specialistici e di *follow up* in forma ambulatoriale, spesso integrate con servizi sociali, possibili in forma decentrata sul "territorio". Lo dimostrano le reti informali operanti nell'attività clinica corrente dei medici, in libera professione o anche in attività istituzionale, quando si trovano di fronte a problemi clinici diversi o eccedenti le loro competenze e decidono a chi-dove inviare i pazienti per mera conoscenza-fiducia personale. Fa eccezione qualche "puntuale" lodevole iniziativa in alcune regioni. **Proprio su questo terreno, tuttavia, il SSN accumula ritardi significativi, mentre il settore privato ha già sviluppato modelli assistenziali innovativi**, che attraggono i pazienti in grado di sostenerne i costi. **Le tecnologie digitali e i sistemi di comunicazione sanitaria rendono, peraltro, ulteriormente possibile l'organizzazione integrata tra ospedale e territorio**. Su questo, non sui posti letto/disciplina, vanno quindi messi a punto e applicati nuovi criteri di programmazione sanitaria.

La proposta di istituire ospedali di terzo livello, con bacino di utenza nazionale o internazionale, poi appare problematica. Essa includerebbe strutture private, fondazioni ed enti ecclesiastici senza scopo di lucro, ma il decreto ministeriale n. 70/2015 si applica in pratica solo agli ospedali pubblici del SSN e universitari, rendendo poco coerente l'estensione a realtà private. Inoltre, esiste il rischio che tali strutture – comprese molte fondazioni e Istituti di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico – vengano finanziate direttamente dallo Stato, sottraendo risorse al Fondo sanitario nazionale e quindi ai servizi territoriali. Siamo all'"ospedalo-centrismo", o meglio all'"ospedale cattedrale nel deserto" proprio mentre l'evoluzione della medicina va in direzione opposta, verso un'ospedalizzazione ridotta ed essenziale e una gestione territoriale anche di attività altamente specialistiche. **Gli "ospedali elettivi", per acuti ma privi di pronto soccorso, riproducono il modello tipico delle strutture private convenzionate**, che evitano i costi dell'emergenza-urgenza concentrandosi sulle attività più redditizie e che non possono essere riproposte nel SSN finché, come è oggi, il ruolo reale dei pronto soccorso è di supplire la carenza di servizi territoriali per molte patologie acute non gravi, gestibili meglio da una rete diffusa di poliambulatori specialistici ad accesso diretto, che non ci sono.

Nel disegno di legge manca, infine, un aspetto cruciale: la prevenzione, compresa la medicina del lavoro. Si tratta di ambiti fondamentali per ridurre malattie, invalidità e le decine di migliaia morti evitabili di ogni anno. Questa omissione chiude simbolicamente il quadro: un progetto che combina, demagogia, sottofinanziamento del SSN, obsolescenza tecnica, subalternità alle logiche neoliberali, quindi una politica sanitaria inutile per la tutela del diritto alla salute, e anzi dannosa. In questo contesto non sembra esistere alternativa alle mobilitazioni sociali e sindacali.