

14 Aprile 2026 10:10

quotidianosanità.it

Governo e Parlamento

 CronacheGoverno e ParlamentoRegioni e AslLavoro e ProfessioniScienza e FarmaciStudi e AnalisiLettere al direttore
 Edizioni RegionaliQS ProProfessionisti Sanitari.AI

[QS ClubNewslet](#)
[QS:Governo e Parlamento](#) » Riforma Ssn. Gimbe chiede il ritiro: "Ddl senza risorse, con numerose criticità, apre ..."

Stampa

Riforma Ssn. Gimbe chiede il ritiro: "Ddl senza risorse, con numerose criticità, apre spazi al privato e rischia di aumentare diseguaglianze"



La Fondazione Gimbe ha chiesto, in audizione presso la X Commissione del Senato, il ritiro del Ddl delega sulla riforma del Ssn, giudicandolo troppo ampio, privo di risorse certe e sbilanciato verso

l'ospedale e il privato, a scapito della prevenzione e dell'equità.

"Il Ddl sulla riforma del Servizio Sanitario Nazionale (Ssn) prevede una delega troppo ampia e, senza mettere sul piatto risorse aggiuntive, ambisce a potenziare sia l'ospedale che il territorio, senza alcun cenno alla prevenzione. Non rafforza l'esigibilità dei diritti e apre spazi alla sanità privata. Le numerose criticità e la clausola di invarianza finanziaria non permettono di migliorare il testo senza modificarne profondamente l'impianto. Se l'obiettivo dichiarato è davvero 'garantire l'effettività nella tutela della salute', la Fondazione Gimbe chiede di ritirare il Ddl delega e di aprire un confronto ampio su come riformare il Ssn, nel perimetro dell'articolo 32 della Costituzione e dei principi fondanti della L. 833/78: universalità, uguaglianza, equità".

È questo il messaggio chiave portato dal Presidente della Fondazione Gimbe, **Nino Cartabellotta**, nel corso dell'audizione odierna presso la 10ª Commissione del Senato nell'ambito dell'esame del Disegno di Legge delega n. 1825 sulla riorganizzazione e il potenziamento dell'assistenza territoriale e ospedaliera e sulla revisione del modello organizzativo del Ssn.

"Il Ddl delega sul potenziamento e la riorganizzazione del Ssn - ha esordito Cartabellotta - conferma la consapevolezza politica sulla necessità di attuare riforme strutturali per un Ssn che oggi non è più in grado di tutelare la salute delle persone in modo universale ed equo". Il provvedimento punta infatti *'a garantire l'effettività nella tutela della salute'*, nel quadro delle esigenze di ammodernamento del Ssn, e propone di rivedere alcuni elementi strategici: centralità della persona, prossimità nell'accesso alle cure, sicurezza e qualità delle prestazioni erogate. "Tuttavia, dall'analisi del testo e della relazione tecnica - ha evidenziato Cartabellotta - emergono numerose criticità che non solo compromettono la possibilità di raggiungere gli obiettivi dichiarati, ma rischiano di generare effetti negativi sull'equità nell'accesso alle cure e sbilanciano i rapporti tra ospedale e territorio e tra pubblico e privato".

Criticità formali. La delega ha un perimetro troppo ampio: principi e criteri direttivi non sono sufficientemente determinati e molti oggetti restano generici o indefiniti. "Questo impianto - ha

Gli speciali



Sanità digitale per garantire più salute e sostenibilità. Ma servono standard e condivisione

[Tutti gli speciali](#)

I più letti

[7 giorni][30 giorni]



Meloni: "Sulla sanità rivendico l'azione del Governo. Su liste d'attesa tempi ancora troppo lunghi ma alle Regioni dico: facciamo squadra"



Decreto Pnrr. Sì alla fiducia alla Camera. Precari stabilizzati, medici di famiglia fino a 72 anni, cantieri sbloccati e farmaci più veloci



Sanità ad una svolta, o si interviene o bisogna affidarsi alla sorte



In meno di due secoli gli italiani hanno guadagnato 54 anni di vita. La fotografia nel nuovo report dell'Istat



Direttori di UOC, se si smonta, pezzo per pezzo, il governo aziendale del Ssn

continuato il Presidente – rispetto ai vincoli costituzionali (art. 76) rischia di tradursi in una vera e propria ‘delega in bianco’. Mancano inoltre sia una cornice strategica, sia una relazione tecnica che ricostruisca in modo puntuale le criticità del Ssn e il rationale delle misure proposte”.

Criticità politiche. “A fronte di una riforma così ampia e ambiziosa e con un impatto enorme sui servizi sanitari regionali – ha spiegato Cartabellotta – il DdL, emanato con procedura d’urgenza il 13 gennaio 2026, non è stato sottoposto ad esame delle Regioni in sede consultiva. E il ruolo del Parlamento resta marginale: infatti, gli schemi dei decreti legislativi saranno trasmessi alle Commissioni parlamentari solo per un parere non vincolante, da esprimere in appena 30 giorni”.

Criticità finanziarie. Le risorse certe sono limitate ai € 30 milioni assegnati dall’ultima Manovra per la sperimentazione 2026 degli ospedali di terzo livello. “La riforma – ha ribadito il Presidente – introduce infatti una clausola di invarianza finanziaria che esclude nuovi o maggiori oneri per la finanza pubblica: una scelta che ne mina alla radice la credibilità, perché incompatibile con interventi ad alta intensità su personale e servizi”. In dettaglio, secondo la relazione tecnica, le misure si distinguono in due categorie: con oneri non determinabili e senza maggiori oneri.

Misure con oneri non determinabili (n. 4). La relazione tecnica, per la complessità dei temi, rinvia la quantificazione degli oneri ai successivi decreti legislativi per ospedali di terzo livello (dal 2027), nuove reti assistenziali, qualità dell’assistenza per le persone non autosufficienti, standard per le cure palliative. “In sostanza – ha precisato Cartabellotta – per le misure più rilevanti la quantificazione degli oneri viene rinviata *sine die*, lasciando presumere che si tratti di obiettivi difficilmente raggiungibili”. Infatti, la clausola di salvaguardia condiziona all’approvazione di nuovi finanziamenti proprio l’attuazione delle misure più importanti.

Misure senza maggiori oneri (n. 9). Sono ben nove le misure per cui la relazione tecnica non prevede oneri aggiuntivi: potenziare l’integrazione ospedale-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, 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. “Secondo la nostra analisi – ha commentato Cartabellotta – l’attuazione della maggior parte di queste misure richiede interventi organizzativi tutt’altro che neutri sul piano delle risorse e destinati a gravare sui già asfittici bilanci regionali”.

Criticità tecniche. Rispetto al titolo, il testo si concentra esclusivamente sulla “riorganizzazione e potenziamento dell’assistenza territoriale e ospedaliera”, senza affrontare la “revisione del modello organizzativo”. Inoltre, tratta in modo asimmetrico ospedale e territorio, con un marcato sbilanciamento a favore del primo e senza alcun riferimento alla prevenzione. “È paradossale – ha commentato Cartabellotta – che una riforma del Ssn, invece di restituire centralità all’assistenza territoriale e puntare sulla prevenzione, finisca per consolidare un modello ospedale-centrico già fallimentare. Ai limiti del grottesco, poi, che il termine “prevenzione” non ricorra addirittura mai nel testo”.

Assistenza territoriale. Il DdL interviene su criticità rilevanti e mai risolte: maggiore integrazione ospedale-territorio, qualità dell’assistenza sanitaria e socio-sanitaria per le persone non autosufficienti, migliore articolazione delle cure palliative, aggiornamento della disciplina dei servizi di salute mentale, riordino della disciplina dei medici di medicina generale e dei pediatri di libera scelta. “Tuttavia – ha rilevato il Presidente – su integrazione socio-sanitaria, non autosufficienza e cure palliative si resta fermi alle dichiarazioni di intenti, senza rendere realmente esigibili i diritti. Il riordino di Mmg e Pls è vago e privo di leve strutturali per aumentare l’attrattività di queste figure chiave e integrarle nell’organizzazione dei servizi territoriali. Quanto alla salute mentale, resta incomprensibile come si possano migliorare qualità e appropriatezza in un ambito largamente sottofinanziato: aggiornare la disciplina senza risorse aggiuntive rischia di legittimare la mancata esigibilità dei Lea”.

Assistenza ospedaliera. L’istituzione di ospedali di terzo livello, nonostante l’ampio spazio dedicato, lascia molti dubbi sui criteri di selezione e le relative procedure, oltre a sollevare seri

interrogativi sul finanziamento di strutture che potrebbero ricadere sotto il controllo del Ministero della Salute, con inevitabile "invasione di campo" rispetto alle competenze esclusive delle Regioni. "È difficile comprendere – ha aggiunto Cartabellotta – la necessità di rafforzare poli ospedalieri già forti, inclusi privati ed enti religiosi, senza prevedere obblighi aggiuntivi di servizio pubblico, in termini di accesso, volumi di attività e presa in carico dei pazienti". Altrettanto nebulosa la proposta di individuare i c.d. "ospedali elettivi", strutture senza pronto soccorso prevalentemente private convenzionate, da destinare a interventi programmati e trasferendo i pazienti in ospedali di livello superiore in caso di complicanze non gestibili. "La definizione incompleta degli standard degli ospedali elettivi e della loro integrazione con la rete dell'emergenza – ha spiegato il Presidente – rischia di trasformarli in strutture che selezionano i casi meno complessi, sottraendoli al pubblico e assegnandoli al privato, per aumentare il tasso di occupazione dei posti letto, indubbiamente sovradimensionati. Inoltre, il trasferimento di pazienti tra le strutture aumenta il rischio clinico e non è affatto privo di costi, come invece sostiene la relazione tecnica".

I rischi. Il Presidente ha richiamato i possibili "effetti collaterali" della riforma: dal rischio di "deleghe sospese" in assenza di nuove risorse, all'impatto sui bilanci regionali delle misure formalmente senza oneri, fino ai conflitti di competenze tra Governo e Regioni. Dal rafforzamento del modello ospedale-centrico alla revisione al ribasso degli standard del DM 77, la riforma sull'assistenza territoriale prevista dal Pnrr. Dal rischio di contenziosi per l'identificazione degli ospedali di terzo livello a quello di selezione opportunistica dei pazienti da trasferire agli ospedali elettivi. Dall'aumento delle disuguaglianze territoriali e sociali di accesso ai servizi all'incremento della mobilità sanitaria.

La proposta di Gimbe. Il DdL prevede una delega troppo ampia, è privo di risorse certe e incide profondamente sugli equilibri tra ospedale e territorio (a favore del primo) e tra pubblico e privato (a favore del secondo). Punta sul ridisegno di classificazioni, riorganizzazioni e standard, ma resta debole nel rendere esigibili diritti oggi negati. Ambisce a potenziare sia ospedale che territorio, escludendo la prevenzione, in presenza di una clausola di invarianza finanziaria e offre vari assist alla sanità privata. Infine, non introduce innovazioni di governance su finanziamento (es. budget per le reti clinico-assistenziali), valutazione delle performance dei servizi sanitari e meccanismi di rimborso, che dovrebbero evolvere dalle prestazioni ai percorsi assistenziali e agli esiti di salute.

"Considerato che il provvedimento presenta troppe criticità e potenziali 'effetti collaterali' – ha concluso Cartabellotta – per emendarlo bisognerebbe modificarne l'impianto e disporre di risorse certe. Pertanto, se l'obiettivo è davvero quello di 'garantire effettività nella tutela della salute', la Fondazione Gimbe chiede di ritirare il DdL e di aprire un confronto ampio, partecipato e trasparente su come riformare il Ssn, rimanendo nel perimetro dell'articolo 32 della Costituzione e dei principi fondanti della L. 833/78: universalità, uguaglianza, equità".

14 Aprile 2026
© Riproduzione riservata

Potrebbe interessarti in Governo e Parlamento



Liste d'attesa, Schillaci: "Legge funziona dove applicata, tutti facciano la loro parte"

Il Ministro della Salute Orazio Schillaci ha difeso la legge Liste d'Attesa, rimarcando che "dove la legge viene applicata, il trend è positivo" in un'intervista a "Nuova Sardegna". Durante l'informativa...



Calabria. Dopo 17 anni, il Consiglio dei ministri revoca il commissariamento: "Risultato storico"

Dopo diciassette anni, il commissariamento della sanità in Calabria è giunto al termine. A deciderlo è stato il Consiglio dei ministri, riunito oggi, su proposta del ministro per gli Affari...