

DOCUMENTO DI SINTESI

WWW.MOTORESANITA.IT

*Su iniziativa del Senatore
Ignazio Zullo*

Contributo al DDL
di Riforma del SSN
tra Ospedale
e Territorio

10 Febbraio 2026

dalle **9.30** alle **13.00**

ROMA

Sala dell'Istituto di Santa Maria in Aquiro

Presso il Senato della Repubblica

Piazza Capranica, 72

Il contesto: una riforma necessaria, ma complessa

Il confronto ha preso le mosse da una consapevolezza diffusa: il Servizio Sanitario Nazionale, così come configurato dalle grandi riforme degli Anni '90, non è più pienamente adeguato alla realtà attuale. L'invecchiamento della popolazione, la crescita delle patologie croniche, la denatalità, l'aumento della fragilità sociale e l'impatto dell'innovazione tecnologica hanno modificato profondamente il quadro epidemiologico e organizzativo.

Non si tratta di mettere in discussione i principi fondativi – universalità, equità e solidarietà –, ma di aggiornarli alla luce di un contesto radicalmente mutato. La riforma viene dunque percepita come un'occasione storica, attesa da tempo, ma anche come un passaggio delicato che richiede coraggio politico, capacità di sintesi e responsabilità istituzionale.

La legge delega e il ruolo del Parlamento

Lo strumento della legge delega è stato oggetto di ampio dibattito. Da un lato, viene considerato necessario per affrontare una materia complessa, evitando che il Parlamento si blocchi nella definizione tecnica di ogni dettaglio normativo. Dall'altro, sono emerse preoccupazioni rispetto al rischio di una delega troppo ampia o generica, che possa ridurre il ruolo sostanziale delle Camere.

Il punto centrale diventa quindi la qualità degli indirizzi parlamentari: solo definendo criteri chiari e vincolanti sarà possibile orientare i decreti legislativi in modo coerente con le esigenze reali del sistema. La riforma, infatti, non si gioca solo sul testo della delega, ma soprattutto sull'attuazione concreta che seguirà.

Accesso alle cure e liste di attesa: il vero nodo

Il principale indicatore di sofferenza del sistema non è tanto la sua architettura formale quanto la difficoltà di accesso alle prestazioni. L'aumento delle liste di attesa, la rinuncia alle cure da parte di una quota crescente di cittadini e l'espansione della spesa sanitaria privata rappresentano segnali evidenti di criticità.

Il rischio evidenziato è che una riforma focalizzata prevalentemente sulla classificazione ospedaliera non affronti in modo diretto il problema dell'accessibilità. Senza un intervento strutturale sull'organizzazione dei percorsi e sul personale, il sistema continuerà a rincorrere la domanda senza riuscire a soddisfarla pienamente.

Ospedali di terzo livello e differenziazione funzionale

La proposta di introdurre una nuova classificazione ospedaliera, con strutture di “terzo livello”, ha generato discussione. È stato sottolineato che ospedali altamente specializzati esistono già e rappresentano eccellenze riconosciute a livello nazionale e internazionale.

Il punto critico non è l’etichetta, ma la funzionalità. Occorre chiarire quali siano le missioni specifiche delle diverse strutture e come queste si integrino in rete. Gli ospedali iperspecialistici non possono essere chiamati a svolgere funzioni di presa in carico globale del paziente cronico, che invece devono essere assicurate da strutture territoriali e distrettuali.

La distinzione tra ospedali per acuti ad alta specialità e ospedali territoriali deve tradursi in modelli di finanziamento coerenti, superando rigidità basate esclusivamente sui DRG e valorizzando la presa in carico.

Emergenza-urgenza e sicurezza clinica

Particolare attenzione è stata dedicata alla rete dell’emergenza-urgenza. La perdita progressiva di attrattività per i professionisti e la pressione crescente sul pronto soccorso evidenziano la necessità di una riorganizzazione profonda.

La differenziazione funzionale tra strutture con e senza pronto soccorso non deve tradursi in desertificazione dell’emergenza, ma in una razionalizzazione basata su criteri di sicurezza clinica, appropriatezza e integrazione territoriale.

Ospedale e territorio: un’integrazione ancora incompleta

Nonostante i precedenti interventi normativi, l’integrazione tra ospedale e territorio resta incompiuta. Le Case di Comunità e gli Ospedali di Comunità, previsti nel quadro del PNRR, rischiano di essere strutture prive di personale adeguato e di reale operatività.

La presa in carico deve essere programmata fin dall’ingresso in ospedale, con percorsi chiari di dimissione protetta e continuità assistenziale. Il modello centrato sulla singola patologia deve lasciare spazio a un approccio centrato sulla persona con multimorbidità, che richiede multidisciplinarietà e coordinamento.

Integrazione sociosanitaria

Un elemento centrale emerso nel confronto è la necessità di superare la separazione tra sanitario e sociale. La salute è il risultato dell'interazione tra fattori clinici, sociali ed economici. Senza un'integrazione reale tra questi ambiti, il sistema sanitario continuerà a farsi carico di problemi che hanno radici extra-sanitarie.

L'integrazione sociosanitaria non può restare un principio astratto: deve tradursi in responsabilità chiare, flussi informativi condivisi e percorsi operativi obbligatori.

Il personale: attrattività e valorizzazione

La carenza di personale rappresenta il principale collo di bottiglia del sistema. Non si tratta solo di numeri insufficienti, ma di scarsa attrattività e di modelli organizzativi non adeguati alle aspettative delle nuove generazioni.

I giovani professionisti chiedono flessibilità, valorizzazione delle competenze, possibilità di crescita e uso avanzato delle tecnologie. Senza una riforma del modello professionale e contrattuale, ogni intervento organizzativo rischia di rimanere inefficace.

Innovazione tecnologica e digitale

L'innovazione, dalla genomica all'intelligenza artificiale, dalla telemedicina all'ospedale virtuale, rappresenta una leva strategica. Tuttavia, è stato rilevato che nel DDL questi aspetti non risultano pienamente sviluppati.

Senza interoperabilità del Fascicolo Sanitario Elettronico, senza flussi informativi obbligatori e senza indicatori di esito trasparenti, non sarà possibile monitorare e migliorare il sistema. L'innovazione deve essere considerata un investimento capace di generare risparmi e migliorare la qualità dell'assistenza.

Sostenibilità e universalismo

Il tema della sostenibilità economica ha attraversato il dibattito. Il modello universalistico italiano è un valore da difendere, ma la crescita della domanda sanitaria e il contesto finanziario pongono interrogativi.

La risposta non può essere la rinuncia all'universalismo, bensì la razionalizzazione delle risorse, la lotta agli sprechi e l'investimento in innovazione e prevenzione. La distinzione tra spesa e investimento è cruciale: alcune spese generano risparmi e benefici nel medio-lungo periodo.

Governance, LEA e responsabilità

È emersa con forza l'esigenza di rafforzare il ruolo dello Stato nella garanzia uniforme dei LEA. I piani di rientro non possono essere solo strumenti finanziari, ma devono includere correttivi organizzativi e responsabilità chiare per gli amministratori.

La disomogeneità territoriale non può ricadere sui cittadini. Occorre introdurre meccanismi di monitoraggio, trasparenza e poteri sostitutivi effettivi in caso di inadempienza.

Prevenzione: un asse strategico

Pur non esplicitamente centrale nel testo della delega, la prevenzione è stata indicata come leva fondamentale per la sostenibilità del sistema.

Investire in prevenzione significa ridurre la pressione futura sugli ospedali e migliorare la qualità della vita lungo tutto l'arco dell'esistenza. La prevenzione deve essere intesa in modo trasversale e integrato nei percorsi di cura.

Temi emersi

- 1. Necessità di una riforma strutturale del SSN**
- 2. Accesso alle cure e liste di attesa**
- 3. Carenza e scarsa attrattività del personale sanitario**
- 4. Integrazione incompleta ospedale-territorio**
- 5. Integrazione sociosanitaria insufficiente**
- 6. Nuova classificazione ospedaliera e rischio diseguaglianze**
- 7. Rete dell'emergenza-urgenza da riorganizzare**
- 8. Disomogeneità regionale nell'erogazione dei LEA**
- 9. Ruolo strategico dell'innovazione digitale e genomica**
- 10. Sostenibilità economica del modello universalistico**
- 11. Centralità della prevenzione**
- 12. Necessità di monitoraggio, indicatori e trasparenza**

Action points

- 1. Definire indirizzi parlamentari chiari e vincolanti nella legge delega**
- 2. Rafforzare il territorio con personale adeguato e modelli di presa in carico**
- 3. Rendere obbligatori i Piani Assistenziali Individuali per i cronici**
- 4. Integrare sanitario e sociale con responsabilità operative condivise**
- 5. Riformare il modello professionale e valorizzare le competenze avanzate**
- 6. Alleggerire il carico amministrativo dei sanitari**
- 7. Garantire interoperabilità e obbligatorietà del Fascicolo Sanitario Elettronico**
- 8. Introdurre monitoraggio pubblico di esiti e processi**
- 9. Collegare finanziamenti al raggiungimento degli obiettivi**
- 10. Rafforzare poteri sostitutivi dello Stato sui LEA**
- 11. Investire strutturalmente in prevenzione**
- 12. Valorizzare innovazione e ricerca come leva di sostenibilità**
- 13. Razionalizzare la rete dell'emergenza con criteri di sicurezza clinica**

Sono intervenuti

Rossana Boldi, Osservatorio Motore Sanità

Michele Pellegrini Calace, Segretario Nazionale Federfarma

Giovanni Cuda, Rettore Università degli studi Magna Graecia Catanzaro Membro Giunta CRUI

Antonio D'Avino, Presidente FIMP

Angelo Dei Tos, Presidente Scuola di Medicina Università di Padova

Pierino Di Silverio, Segretario Nazionale ANAAO-ASSOMED

Angela Ianaro, Osservatorio Motore Sanità

Giuseppe Lanzilotta, Direttore Direzione Rapporti Istituzionali di Farmindustria

Guido Quintino Liris, Membro della 5ª Commissione permanente (Bilancio), Senato della Repubblica

Beatrice Lorenzin, Membro della 5ª Commissione permanente (Bilancio), Senato della Repubblica

Ilenia Malavasi, Componente XII Commissione Affari Sociali Camera dei Deputati

Barbara Mangiacavalli, Presidente FNOPI (Federazione Nazionale Ordini Professioni Infermieristiche)

Paola Pisanti, Osservatorio Motore Sanità

Guido Quici, Presidente Nazionale CIMO

Vito Trojano, Presidente SIGO Ricerca e Comunicazione

Sonia Viale, Osservatorio Motore Sanità

Claudio Zanon, Direttore Scientifico Motore Sanità

Ignazio Zullo, Membro 10ª Commissione permanente Senato della Repubblica



Comunicazione e redazione stampa
a cura di **www.mondosanita.it**

Registrati e ottieni le nostre
rassegne stampa in esclusiva

ORGANIZZAZIONE e SEGRETERIA

segreteria@panaceascs.com



WWW.MOTORESANITA.IT
