

Il disegno di legge delega del Governo di riforma della salute

di Ettore Jorio

Il Consiglio dei Ministri ha approvato il 12 gennaio scorso un testo di Ddl delega che, prescindendo dal suo contenuto, è ideologicamente preparatorio di una riforma quater della sanità, dalla elaborazione complessa.

Il testo così come proposto offrirà, di certo, l'opportunità di integrarne le disposizioni relative al Servizio sanitario nazionale, in via emendativa, in Parlamento. Disposizioni da tradurre, poi, in più decreti legislativi, a cura del Governo, indispensabili per assolvere alla definizione della sua migliore versione dinamico-erogativa.

La sanità è già di per sé materia difficile, specie nelle condizioni in cui essa è ridotta sia in termini regolativi che di erogazione dei LEA. Proprio per questo non affatto è sufficiente limitarsi a dire che ci vogliono più risorse. Occorre sapere come fare a renderla più agile ma soprattutto efficiente, perché non lo è affatto. È oramai da ben oltre un decennio divenuto un “giocattolo rotto”, impossibile da ripararsi. Necessita una riforma che modifichi strutturalmente il sistema della Salute.

Sono in pochi a pensare che sia sufficiente modificare la sua attuale organizzazione fisica, costruita utilizzando i manufatti ospedalieri, spesso ottocenteschi, e i lasciti strutturali delle casse mutue che facevano di loro, non però a vantaggio di tutti. Così facendo si è proceduto male da un quarto di secolo, edificando nel prosieguo strutture di ricovero alla rinfusa, ricorrendo alle solite trattative politiche di finanziamento dell'art. 20 della legge 67/1988 portate avanti da Presidenti di Regioni desiderosi di arrivare ad inaugurazioni a prescindere dalla loro utilità. Senza contare che in alcune regioni, per esempio la Calabria, finanziamenti ex art. 20, risalenti a circa venti anni, fa sono, in parte, impegnati a cantieri sofferti e senza fine ovvero in prime pietre ancora da celebrare.

Il tutto di frequente senza nulla ad assicurare nel paniere dell'assistenza territoriale, con i più vecchi a ricordare che, circa un secolo fa sotto la vigenza del T.U.L.S. del 1934, c'erano le condotte disseminate ovunque, presidiate dai medici, veterinari e ostetriche condotti, in una agli ufficiali sanitari a vigilare sulla salute pubblica.

E dire che la grande vera riforma del 1978 aveva fatto bene di suo. Universalità delle prestazioni, finanziamento da contributivo a impositivo, primarietà della prevenzione, privilegio per la territorialità, socialità e integrazione erano i suoi fondamentali. L'errore che costò tanto fu quello di considerare, con la gestione affidata ai comuni alla ricerca di capitalizzare tutti un proprio presidio visibile, il distretto sanitario di base come una entità fisica strutturale piuttosto che un perimetro ove diffondere prevenzione e assistenza primaria a iosa.

Da qui, la prevalenza della continuità della cultura e visione ospedalocentrica, impeditiva del buon esito dell'azione preventiva. La conseguenza fu di rimanere fermi a questa contraddittoria ideologia anche con l'aziendalismo del 1992/1999, ove a fare "impresa" sono state le ASL e le AO (meno le Aou delle quali risultano a tutt'oggi solo tre in regola su trenta), segnatamente garanti di erogazione di prestazioni ospedaliere, che hanno fatto tanto comodo ad una sempre più svogliata medicina di famiglia delegante, retribuita ad assistibile anziché ad assistito.

In una siffatta deprecabile cultura assistenziale, ove si sono aggiunti gli erogatori accreditati privati a fare man bassa di erogazione di speditività e di erogazione specialistica/diagnostica, è residuata una regola: allorquando non si sa cosa fare, perché troppo complesso, si finanziano ospedali e tanta tecnologia. Insomma, così facendo si è privilegiato l'apparire piuttosto che l'essere di utilità alle persone.

Mi pare di leggere tra le righe la volontà attuale del Governo di privilegiare la diffusione e la qualità dell'esigibilità reale dei Lea piuttosto che la loro erogazione teorica *sic et simpliciter*. Un obiettivo facile a prevedersi ma tanto difficile da assicurare ovunque e appropriatamente, per come la qualità pessima dell'assistenza ha dimostrato di essere in occasione del Covid.

Interessante la lettura glossata delle parole del ministro Schillaci a dimostrazione della *ratio* che sorregge la ipotesi di legge delega dimostrativa del suo modello di sanità. La sua base “ideologica” di salute è, in buona sostanza, quella della legge nr. 833 del 1978, istitutiva del Ssn. I suoi “ideali” sono l’universalità delle cure, l’equità, la solidarietà e il territorio. Ciò perché la persona, in quanto tale, deve recuperare l’assoluta centralità, tanto da essere presa in carico dal Ssn dalla sua nascita e trattata da un sistema della salute che integri, ma concretamente, il territorio (tutto) e le strutture di spedalità, passando per la esigibilità dell’assistenza intermedia. Insomma, una bella demolizione critica ad un insieme immaginario che è stato per dieci anni determinato dal DM 70/2015 - che è stato poco e male attuato nonché risultato una brutta palla al piede per l’efficienza della spedalità pubblica - cui si è aggiunto il DM 77/2022, per meglio capire quello istitutivo delle case e degli ospedali di comunità, delle quali neppure l’ombra, e delle COT.

Venendo al testo del Ddl delega: si compone di quattro articoli ricchi di contenuti programmatici riconducibili, nell’art. 2, a dodici *step* di impegno legislativo specifico per l’Esecutivo, da esercitarsi in meno di un anno. Alcuni contenuti, la maggior parte dei quali produttivi di apprezzabili iniziative legislative su temi fondamentali per l’assistenza alla persona, suscitano tuttavia qualche perplessità.

In buona sostanza, ottimo nelle intenzioni, il testo approvato registra concettualmente due punti di debolezza: in relazione al tema della prevenzione, vero strumento di benessere della collettività e di moderazione della spesa, e al vincolo della neutralità finanziaria dei decreti attuativi, che peraltro si preannunciano numerosi e fondativi della nuova assistenza alla collettività. Ciò in quanto, senza prevenzione mirata all’ottimizzazione e risparmio della spesa ospedaliera ma soprattutto senza consistenti investimenti, più che decreti delegati servirebbero al tal fine veri e propri miracoli.

Quanto a questi due punti, il mandato parlamentare all'Esecutivo dovrà caratterizzarsi di una consistente capacità emendativa, sia alla Camera che al Senato, che si ricava dalle premesse di obiettivo sottolineate dal ministro Orazio Schillaci.

Certamente dovranno essere orientati a correggere l'idea portante della filiera ospedaliera e ad attuare un chiaro riordino della disciplina dei medici di famiglia attraverso l'instaurarsi di un rapporto di lavoro di dipendenza con il Ssn. Pensare, infatti, di fondare il miglioramento dello stato di salute della popolazione incrementando la scala esistenziale delle strutture di ricovero e lasciando i medici di famiglia nella loro *deregulation* oraria attuale, significa aggiungere definizioni teoriche senza assicurare un maggiore e migliore stato di salute alla popolazione.

Tra le diverse indicazioni, ricavabili dai principi e criteri direttivi di cui all'art. 76 della Costituzione, ne emergono alcune che nobilitano l'iniziativa governativa. Lo è soprattutto quella che si ricava per "somma teorico-razionante" che rintraccia nella integrazione e nel territorio gli assi portanti della generazione di salute, in quanto produttivi di un concreto rilancio della prevenzione nonché della diffusione e completezza dell'azione sociosanitaria. Una "ideologia", questa, che complessivamente è strumentale a generare lo "star bene", il più vicino possibile al domicilio dell'utenza, e allo svuotamento dell'impegno ospedaliero, di frequente prodotto da una istanza indebita.

Proprio per questo motivo, non appare condivisibile il previsto incremento della filiera ospedaliera, addizionata con gli ospedali di terzo livello e con quelli cosiddetti elettivi, addirittura privi di pronto soccorso.

Quanto ai primi, da apprezzare come specificità di trattamento, ancorché se così realizzati renderebbero obsoleti la maggior parte dei presidi ospedalieri hub esistenti, ma anche produrrebbero l'effetto di far "passare di moda" le Aziende ospedaliere riconosciute sotto l'egida dell'art. 4 del d.lgs. 502/1992. Non solo. Proprio per questo imporranno al legislatore delegato di definire anche il livello erogativo delle Aziende Ospedaliere integrate, di cui al combinato disposto di cui all'anzidetto art. 4 del d.lgs.

502/92 e al d.lgs. 517/1999, «considerando infungibile la relativa offerta nell'ambito della programmazione regionale e destinando agli stessi specifiche risorse a copertura degli oneri relativi allo svolgimento di funzioni assistenziali di livello nazionale»

Sul tema della Aziende Ospedaliere Universitarie vere e proprie, di cui al d.lgs. 517/1999, nessuna indicazione è pervenuta dal Governo, nonostante il *flop* registrato dal legislatore del bilancio dello Stato 2026 che, nella parte normativa, ha scambiato con il comma 938 i fischi con i fiaschi.

In relazione alla istituzione degli ospedali cosiddetto elettivi, l'impressione è che la previsione genera una contraddizione in termini e la supposizione di fare l'esatto contrario della indispensabile revisione della spesa storica. Ciò in quanto, la loro destinazione ad interessarsi dei ricoveri programmati e non già del servizio di emergenza-urgenza appare dimostrativo di un eccessivo prolungamento della filiera ospedaliera, imponendo costosissime duplicazioni. Un dato, questo, che con i suoi ospedali di primo, secondo e terzo livello - cui vengono aggiunti quelli di comunità e oggi quelli elettivi - fornisce una idea contraddittoria del legislatore. Ciò a fronte dell'obbligo di privilegiare la prevenzione che, come primo risultato, dovrebbe svuotare i posti letto di ospedalità, che è l'aspettativa della tutela della salute pretesa dalla Costituzione (art. 32), peraltro in linea con l'aspettativa di rendere sostenibile l'intero sistema.

In una tale ottica di miglioramento delle condizioni di vita di una utenza che registra denatalità e invecchiamento, va letto con entusiasmo il principio e il criterio direttivo, in una alla *ratio* legislativa di dovere privilegiare la prevenzione e l'assistenza alla persona.

Finalmente è dato leggere nel testo del DDL fondativo, prodromico a realizzare – come detto – una disciplina assistenziale onnicomprensiva mediante la delega al Governo di adottare i decreti legislativi occorrenti, l'attenzione reale al sociosanitario. Con questo, il Governo propone la riforma quater, della quale la Nazione era in spasmodica attesa

da poco meno di quindici anni, da perfezionare entro la fine del 2026, nonostante le complessità da affrontare

Tutto ciò nell'ottica di migliorare delle condizioni di vita di una utenza che registra denatalità e invecchiamento.

Al riguardo, genera entusiasmo il principio e il criterio direttivo, in una alla *ratio* legislativa di dovere privilegiare la prevenzione e l'assistenza alla persona, espresso nella lett. l). Più specificatamente, l'impegno da assolvere il meno di 24 mesi del legislatore delegato di «*individuare criteri organizzativi omogenei di livello nazionale che assicurino in termini di effettività l'integrazione degli interventi socio-sanitari erogati da parte del Servizio Sanitario Nazionale con gli interventi assistenziali di natura e competenza istituzionale non sanitaria*».

Questo tema, infatti, è sempre stato il **punctum dolens** del sistema sociosanitario nella sua interezza, soggetto ad aggravamento ma mano che la popolazione raggiungesse soglie di età media avanzata, tanto da rappresentare oggi uno dei suoi limiti cruciali.

La sua corretta ed esaustiva previsione regolativa, lasciata sino ad oggi al principio distintivo dei generi di prestazioni, di cui all'art. 3 *bis* del d.lgs. 502/1999, oramai vecchio di ventisei anni, ha registrato una sua attuazione malandata. Ciò perché assolta prioritariamente attraverso la spedalizzazione del bisognoso nella residenzialità per anziani in senso lato. Un sistema inefficiente e produttivo di danni inimmaginabili durante il Covid e soggetto a frequenti scandali da maltrattamento grave dei ricoverati.

Una situazione, questa, che ha vissuto una insostenibilità cash, determinante gravi ritardi di pagamento delle rette di ricovero a tariffa, per la dicotomia finanziaria, suddivisa nella parte sanitaria a carico del Ssr e in quella sociale a valere sui fondi sociali, che ha reso anche difficile compiere impresa accreditata in tale senso.

La lettera della delega, richiesta dal Governo, da emendare verosimilmente durante i lavori parlamentari in ragione di una maggiore chiarezza ed esaustività, dovrà mettere riparo ai *flop* registrati da 15 anni nel dare concretezza al d.lgs. 216/2010, nel senso di

essere capace di fissare i fabbisogni standard da riconoscere in favore dei comuni per attivare l'assistenza sociale.

Conseguentemente, andrà necessariamente messa a terra la cura finanziaria che assicurerebbe al tema dell'assistenza sociosanitaria la disciplina del cosiddetto federalismo fiscale. Le sue regole – insediate per l'appunto nella legge delega n. 42/2009 e dei decreti delegati nn. 216/2010 e 168/2011 lasciati nell'angolo della inattuazione assoluta – assicurerebbero, se ben assistite nella previsione dei costi e fabbisogni *standard* e nella costituzione del fondo perequativo, una apprezzabile cultura nazionale dell'assistenza sociosanitaria e offrirebbero, di certo, un ventaglio di prestazioni esigibili da parte della popolazione diversamente giovane, anziana e disabile.