

AUDIZIONE CISL

**presso la X Commissione (Affari sociali, sanità, lavoro pubblico e privato, previdenza sociale)
del Senato della Repubblica su
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 Servizio sanitario nazionale”**

Roma, 9 aprile 2026

Onorevole Presidente e onorevoli Senatori,
come Cisl ringraziamo per l’opportunità di questa audizione su un provvedimento estremamente rilevante per il nostro Servizio sanitario nazionale e per le ricadute che esso avrà sulla garanzia di tutela della salute dei cittadini e di erogazione dell’assistenza sanitaria.

Avevamo già avuto modo, nelle audizioni avute in questi anni sui diversi provvedimenti riguardanti la sanità, partendo dal Decreto Legge sulle liste di attesa sino all’ultimo DDL sul riordino delle professioni sanitarie, e più in generale nelle audizioni riguardanti le ultime 3 leggi di bilancio, di evidenziare la necessità di avviare un confronto complessivo e strutturato in tema di politiche per la salute, con il più ampio coinvolgimento delle parti sociali.

Ad oggi, nel rappresentare la difficoltà che tutt’ora permane in questa direzione, dobbiamo necessariamente partire da un insieme di rilievi di carattere metodologico, stante l’impostazione che si intende dare con questo Disegno di Legge, che prevede delega al Governo ad adottare Decreti Legislativi su materie fondamentali per il corretto funzionamento del nostro servizio sanitario nazionale, sulla governance, annunciando modifiche sostanziali in tema di riorganizzazione e potenziamento dell’assistenza territoriale e ospedaliera e di revisione del modello organizzativo, nel rispetto dei principi sanciti dall’art. 32 della Costituzione.

Nel testo in esame non viene previsto alcun tipo di confronto preventivo sugli schemi di decreti legislativi con le OO.SS. comparativamente più rappresentative sul piano nazionale, aspetto che per noi oggi assume un valore pregiudiziale, che chiediamo venga recuperato nel corpo dell’art. 1 prevedendo tale inserimento al comma 2.

L’art. 2 del DDL dettaglia principi e criteri direttivi a cui ci si deve attenere nell’esercizio della delega, ma nel valutare questi indirizzi, in parte condivisibili, quali ad esempio: il potenziamento dell’integrazione fra ospedale e territorio; l’aggiornamento della disciplina in materia di standard e sviluppo dell’assistenza territoriale nell’ambito del Ssn; il richiamo a definire criteri omogenei per il funzionamento dei sistemi integrati di trasporto sanitario secondario e di gestione dell’emergenza, anche al fine di favorire lo sviluppo di percorsi di carriera per i professionisti

dell'area clinica coinvolti, a cui aggiungeremmo la necessità di definire formalmente la figura dell'autista soccorritore, rileviamo che dal testo è “sparito” qualsiasi riferimento ai provvedimenti che oggi regolano il nostro sistema, quali in particolare il DM 70/2015 e il DM 77/2022.

Evidenziamo in proposito come non vi sia mai stato alcun riscontro delle risultanze emerse nel Tavolo Tecnico per lo studio delle criticità emergenti dall'attuazione dei due decreti ministeriali citati, istituito presso il Gabinetto del Ministero della Salute, al quale come Cisl abbiamo partecipato per il tramite di rappresentanti nominati dalle nostre Federazioni della Cisl Medici e Cisl Funzione Pubblica, nonostante tutti i partecipanti abbiamo portato elementi in proposito.

E allora ci chiediamo come si possa valutare la proposta di aggiornare la classificazione delle strutture ospedaliere, prevedendo ospedali di 3^a livello, corrispondenti a strutture a valenza nazionale e sovranazionale, con un esplicito richiamo a ricomprendere anche strutture la cui titolarità e gestione delle attività assistenziali siano direttamente e integralmente riconducibili a fondazioni, associazioni o altri soggetti privati, compreso enti ecclesiastici, senza che vi sia stata una completa valutazione ed uno specifico confronto su qual è oggi, nel Paese, lo stato di attuazione del DM 70/2015, su come ha effettivamente funzionato e quali sono le criticità su cui occorre intervenire, a partire dalla carenza di posti letto e dal raccordo con la non ancora pienamente attuata riforma dell'assistenza territoriale.

Non c'è alcuna evidenza di elementi di analisi utili a capire e valutare a cosa servirebbero effettivamente ospedali di terzo livello, a quali cittadini e per quali patologie darebbero risposta, quali/quante risorse assorbirebbero e quali sarebbero le ricadute per l'insieme delle restanti strutture ospedaliere pubbliche.

Stessi limiti si registrano per la proposta di definire ospedali elettivi, corrispondenti a strutture ospedaliere per acuti prive di pronto soccorso, che sarebbero volti ad assicurare un collegamento in tempo utile con le strutture che compongono la rete dell'emergenza-urgenza di riferimento.

Come già rilevato nel commento ai commi 402-404 della legge di bilancio 2026 (L. 199/2025) ci si ostina a preordinare interventi e orientare risorse nelle strutture ospedaliere di rilievo nazionale e di alta specializzazione fuori da ogni quadro di raccordo con l'indispensabile integrazione con l'assistenza territoriale.

Non risulta, infatti, chiaramente delineato il coordinamento tra le Centrali Operative Territoriali (COT), gli ospedali di comunità e la nuova classificazione delle strutture ospedaliere (di base, di primo, secondo e terzo livello, oltre agli ospedali elettivi). Tale criticità è particolarmente rilevante considerando che, per la popolazione anziana e fragile, il territorio rappresenta il principale luogo di cura: un indebolimento di questo livello assistenziale si traduce direttamente in un peggioramento degli esiti di salute e della qualità della vita.

Si procede inoltre rinviando ad atti la cui coerenza non siamo in grado di valutare a priori, perché a nostro giudizio serviva, e serve, accompagnare questo ragionamento con un nuovo Piano Sanitario Nazionale nel quale mettere al centro anche il tema, non più rinviabile, di come rivedere e potenziare l'integrazione socio sanitaria.

In assenza di un ulteriore e adeguato incremento del finanziamento pubblico, di una definizione puntuale dei diritti esigibili e di una concreta valorizzazione del lavoro sanitario e socio-sanitario, la riorganizzazione proposta difficilmente potrà rispondere in modo idoneo ai bisogni di una popolazione sempre più anziana e fragile e aiutare a contrastare la fuga di personale sanitario e socio sanitario.

Ci chiediamo perché trasferire su questo Disegno di legge generiche linee d'intervento, invece di rispettare gli impegni assunti ad inizio legislatura di definire un nuovo PSN, considerato che l'attuale è scaduto dal 2008 e, ad oggi, non vi è stato alcun confronto di merito su quale direzione si voglia dare al nostro Servizio sanitario nazionale.

Poco o nulla, nel Ddl, si dice per quanto riguarda gli obiettivi di revisione del modello organizzativo dell'assistenza territoriale, previsto alla sola lettera g) dell'art. 2, dove tra l'altro si registra un depotenziamento rispetto ai livelli di assistenza da "garantire", testo precedentemente validato dal Consiglio dei Ministri.

Si afferma un vago richiamo al miglioramento del livello di qualità dell'assistenza sanitaria per le persone non autosufficienti, con particolare riferimento alla residenzialità e semi residenzialità definendo specifici standard di personale, ma i provvedimenti ad oggi in discussione, fra i quali la bozza di DM Salute sui criteri di autorizzazione ed accreditamento delle strutture residenziali e semi residenziali, già inviata 1 anno fa alle Regioni, vanno in direzione diametralmente opposta, senza aver minimamente colto le osservazioni che come sindacato abbiamo rappresentato. Pertanto, ribadiamo che la garanzia di adeguati standard di personale non può prescindere dall'applicazione dei CCNL sottoscritti dalle OO.SS. maggiormente rappresentative sul piano nazionale.

Infine il provvedimento non prende in considerazione la questione del personale sanitario e socio sanitario, elemento cruciale per l'attuazione di qualsiasi riforma, non prevedendo strumenti e indicazioni chiare per superare definitivamente il limite al tetto di spesa per le assunzioni e per la valorizzazione di tutto il personale, definendo finalmente misure strutturali per il reclutamento e la stabilizzazione degli operatori, per la piena valorizzazione delle competenze professionali, e per affrontare l'annoso problema della persistenza di carichi di lavoro già oggi insostenibili.

La sfida di riformare e rendere ancora più performante il nostro Servizio sanitario nazionale è da sempre nell'agenda della Cisl e resta per noi una priorità.



Per tutti questi motivi, auspichiamo che il confronto con le istituzioni riparta dal Piano Sanitario Nazionale; qualora si intenda comunque procedere con il DDL in discussione oggi, chiediamo a Voi, illustri componenti della X Commissione, di voler apportare al provvedimento le necessarie modifiche che rendano possibile il confronto preventivo sui Decreti legislativi collegati, con lo spirito di dare corpo a quell'ampio ed organico confronto di merito che da sempre contraddistingue l'agire della Cisl.