

MEMORIA CISL

**per audizione con la XII Commissione permanente
Affari Sociali della Camera dei Deputati su**

**DDL A.C. 2365: "Misure di garanzia per l'erogazione delle prestazioni sanitarie e altre disposizioni
in materia sanitaria"**

(Roma, 12 giugno 2025)

Vogliamo ringraziare la Commissione per questa audizione su un tema, quello delle misure di garanzia per l'erogazione delle prestazioni sanitarie e altre disposizioni in materia sanitaria, su cui come Cisl siamo da molto tempo impegnati ad attivare confronti a tutti i livelli, al fine di contribuire a definire i migliori interventi possibili a salvaguardia e potenziamento del nostro sistema sanitario pubblico, che contribuiscano a ridurre i tempi di erogazione delle prestazioni, sia ambulatoriali che di ricovero ospedaliero, tempi che oggi pregiudicano il diritto alla salute e all'erogazione dei LEA, previsti dall'art. 32 della nostra Costituzione e dal nostro ordinamento.

Si tratta di un tema caro, che fa parte della nostra piattaforma Cisl che, unitamente alle nostre categorie dei professionisti della sanità e dei pensionati, abbiamo presentato al Governo a luglio 2023, e su cui, anche alla luce dell'attuale evoluzione normativa, come CISL continueremo il percorso di confronto che per noi deve portare ad affrontare e risolvere alcune nostre priorità indifferibili.

Il sistema si rende performante solo se sarà in grado di riallineare l'offerta alla domanda, fermo restando la necessaria appropriatezza, al fine di evitare richieste improprie, che penalizzano il sistema con le conseguenze ben note, da un lato di mancata erogazione delle prestazioni nei tempi necessari a garantire la salute dei cittadini, dall'altro con un aumento di spesa rivolto al privato che ha ormai superato i 40 mld.

Per realizzare ciò occorrono interventi strutturati, che si muovano su più fronti, preventivamente condivisi con le parti sociali, perché per affrontare i problemi che affliggono un sistema complesso come il nostro Servizio sanitario nazionale occorrono azioni coordinate fra loro, a partire dalla necessità di garantire ulteriori risorse per il rinnovo dei CC.NN.LL. di tutto il personale che opera in sanità.

Il Disegno di Legge in esame oggi è un ulteriore tassello che si inserisce all'interno di diversi provvedimenti già adottati, ultime leggi di bilancio e mille proroghe, L. 107/2024 di conversione decreto legge n. 73/2024 liste di attesa, e conseguentemente esprimiamo le nostre valutazioni in continuità con quanto già analizzato.

Capo I – Misure per la garanzia dei tempi di erogazione delle prestazioni sanitarie per la riduzione delle liste di attesa

ART. 1 - (Disposizioni in materia di prescrizione ed erogazione delle prestazioni di specialistica ambulatoriale)

Giudichiamo importante la previsione che mira a definire criteri omogenei in merito al quesito o sospetto diagnostico; a tal scopo riteniamo che la predisposizione del decreto del Ministero della Salute debba vedere il confronto preventivo con le OO.SS. firmatarie dei CCNL e ACN di tutti i Medici in quanto l'attuale dizione "categorie rappresentative degli operatori sanitari interessati" non consente di individuare, con la necessaria trasparenza, i corretti interlocutori.

Rileviamo come, al comma 7, non venga previsto il Responsabile unico regionale dell'assistenza sanitaria (RUAS), figura introdotta dalla L. 107/2024, aspetto che a nostro giudizio andrebbe recuperato e chiarito, visti i compiti affidati e le disposizioni introdotte in caso di mancata nomina del RUAS.

Positiva la previsione del comma 8 sull'utilizzo del teleconsulto e degli altri strumenti di telemedicina, ma evidenziamo come il termine "medici ospedalieri" sia fuorviante e non corretto, anche in considerazione del potenziamento dell'assistenza territoriale previsto dal PNRR Missione 6 e dal DM 77/2022.

Proponiamo di modificare il termine con "tutti i medici, sia dipendenti che convenzionati, che operano nelle strutture ed enti del SSN".

Art. 2 (Istituzione e funzionamento del Sistema nazionale di governo delle liste di attesa)

Come Cisl riteniamo importante l'istituzione del Sistema nazionale di governo delle liste di attesa (SINGLA) con l'obiettivo di garantire il coordinamento delle azioni tese ad assicurare il rispetto dei tempi di attesa per l'erogazione delle prestazioni sanitarie previste dai LEA.

In particolare si evidenzia come il punto f) precluda ad una revisione complessiva degli attuali standard ospedalieri, oggi disciplinati dal DM 70/2015 e territoriali DM 77/2022 e più in generale sia anticipatorio del nuovo Piano Sanitario Nazionale annunciato più volte dal Governo.

In considerazione dell'importanza degli obiettivi a cui il SINGLA è chiamato a dare risposta, riteniamo necessario integrare il testo prevedendo il confronto fra la Cabina di Regia, che governa il SINGLA, e le OO.SS. Confederali.

Segnaliamo come l'art. 23 del presente DDL, introdotto durante l'esame al Senato, detti nuove regole che rischiano di pregiudicare il lavoro che si intende realizzare con il SINGLA.

Art. 3 (Istituzione del registro delle segnalazioni e funzionalità dell'Osservatorio nazionale sulle liste di attesa)

Nel prendere atto dell'istituzione, presso il Ministero della salute, del registro delle segnalazioni su problematiche e disservizi in materia di erogazione delle prestazioni sanitarie, come Cisl riteniamo necessario prevedere la presenza delle OO.SS. Confederali nell'Osservatorio nazionale sulle liste di attesa, la cui composizione sarà ridefinita con decreto del Ministero della salute entro 30 gg. dalla data di entrata in vigore della presente legge.

Art. 4 (Disposizioni relative agli specialisti ambulatoriali interni)

Condividiamo la possibilità di utilizzare gli specialisti ambulatoriali interni, già in servizio a tempo indeterminato, per garantire la piena attuazione dei piani operativi per il recupero delle liste di attesa, come da noi sollecitato anche in sede di esame del DL. 73/2024 sulle liste di attesa (art. 4). Rappresentiamo che, al momento esiste una **sperequazione in termini di tassazione** applicata alle ore aggiuntive per la riduzione delle liste di attesa fra il personale medico assunto come dipendente e gli specialisti ambulatoriali, e quindi occorre uniformare la norma.

Art. 5 (Disposizioni relative al conferimento di incarichi libero-professionali ai medici in formazione specialistica)

Giudichiamo positiva la modifica introdotta che rende strutturale la possibilità di conferire incarichi libero-professionali ai medici in formazione specialistica, portando il massimo delle ore lavorabili a 10 ore settimanali.

Evidenziamo che tale possibilità deve essere estesa anche al personale sanitario del comparto, eliminando il limite del 31.12.2025, oggi previsto dall'art. 13 del DL. 34/2023, esattamente come per il restante personale sanitario.

Art. 6 (Disposizioni in materia di trattenimento in servizio di personale docente a tempo pieno)

Riteniamo che la permanenza in servizio fino a 72 anni di docenti di area medica limita notevolmente il turn over delle università. Riteniamo necessario favorire un rinnovamento della classe docente di medicina, posto che il personale da trattenere verrebbe comunque fortemente limitato nei compiti e che la norma in questione limita la possibilità di effettuare nuovi concorsi, aspetto che andrebbe in ogni caso recuperato.

Art. 7 (Disposizioni relativa al reclutamento del personale sanitario)

L'art 7 introduce la possibilità di stipulare contratti di collaborazione coordinata e continuativa per tutto il personale del comparto, per la dirigenza medica e sanitaria, nonché delle professioni sanitarie.

Si tratta di una norma su cui **come Cisl esprimiamo totale contrarietà**, in quanto, in deroga a quanto stabilito dal D. Lgs. 165/2001, **lancia un messaggio di precarizzazione del lavoro pubblico in sanità**,

in antitesi con gli ultimi provvedimenti approvati sia con le leggi di bilancio che con il mille proroghe 2025, con cui si sono potenziate norme di stabilizzazione dei rapporti di lavoro.

Tale previsione si pone in netto contrasto con quanto disposto dallo stesso art. 10, comma 7, del D.L. 34/2023 e sicuramente non favorisce il reclutamento di personale.

A tal scopo chiediamo alla Commissione di valutare l'eliminazione dell'art. 7.

La grave carenza di organico può essere superata solo attraverso una tempestiva sottoscrizione dei CCNL, riconoscendo adeguati incrementi contrattuali, superando i limiti ai tetti di spesa per le assunzioni di personale e per il riconoscimento del salario accessorio.

Art. 8 (Disposizioni sui limiti di spesa per l'acquisto di prestazioni sanitarie da soggetti privati accreditati)

I commi 1 e 2 incrementano ulteriormente il limite di spesa per l'acquisto di prestazioni sanitarie da soggetti privati accreditati per l'assistenza specialistica ambulatoriale e per l'assistenza ospedaliera, introdotto nel 2012, aumentandolo complessivamente di 3,5 punti per il 2025 e di 5,5 punti per il 2026.

Come Cisl esprimiamo contrarietà ai commi 1 e 2, evidenziamo che le strutture private accreditate, che fanno capo alle associazioni AIOP ed ARIS, stanno continuando a rifiutare i rinnovi dei contratti nazionali di lavoro del personale, scaduti rispettivamente, per il personale che opera nella sanità privata, ormai da oltre 6 anni, e per il personale che opera nelle RSA da oltre 13 anni, giustificando tale rifiuto con la richiesta che sia lo Stato a farsi carico di assegnare ulteriori risorse al privato, a copertura dei costi contrattuali, nonostante bilanci ampiamente in attivo.

Riteniamo non più sostenibile una politica che incrementa il limite di spesa a favore del privato accreditato, posto che interventi in tal senso sono stati messi in atto anche con l'ultima legge di bilancio, vista l'assenza di qualsiasi volontà a procedere celermente con i rinnovi contrattuali, a tutto danno delle professioniste e dei professionisti che vi operano.

Per quanto attiene il comma 3 riteniamo necessario un confronto preventivo con le OO.SS. di categoria sul decreto in oggetto.

Art. 10 (Istituzione di un Fondo per la riduzione degli accessi impropri al pronto soccorso e misure per l'efficientamento della Rete ospedaliera dell'emergenza sanitaria)

Come CISL condividiamo la necessità di potenziare i servizi di telemedicina, sia per le finalità di cui al presente articolo che per quelle del successivo art. 13.

Evidenziamo la necessità di dare attuazione a quanto previsto dall' ACN 2019-2021 dei Medici di Medicina Generale, dalle norme vigenti rispetto alla costituzione delle AFT e quindi dalla rapida definizione di tutti gli Accordi Integrativi Regionali (AIR).

Conseguentemente chiediamo che venga modificata, al comma 2, la dicitura “sentite le federazioni e le associazioni di categoria maggiormente rappresentative” con la dicitura “le OO.SS. di categoria firmatarie dell’ACN 2019-2021”, **in quanto uniche titolate alla discussione degli Accordi Integrativi Regionali.**

Art. 11 (Riorganizzazione della rete dei laboratori del Servizio Sanitario Nazionale)

Positiva la spinta che viene impressa sul processo di riorganizzazione della rete laboratoristica e della definizione di valori soglia di prestazioni.

Non condividiamo la previsione di cui al comma 2, che consente, **con oneri a carico del cittadino**, agli erogatori di prestazioni laboratoristiche, lo svolgimento di prestazione di telemedicina.

Tale previsione, peraltro non chiara nel definire a quali prestazioni fa riferimento, risulta a tutto vantaggio del settore privato, con un costo che si scaricherebbe interamente sui cittadini, potenzialmente in contrasto con quanto previsto dal precedente art. 10 sia in termini di maggior appropriatezza che di efficientamento.

Conseguentemente chiediamo alla Commissione di sopprimere il comma 2.

Art. 13 (Utilizzo dello strumento della telemedicina per la certificazione di malattia)

Come Cisl valutiamo positivamente la norma che amplia l’utilizzo della telemedicina sia per la constatazione diretta da parte del Medico di Medicina Generale per il rilascio della certificazione di malattia, che per il Medico accertatore dell’Inps.

Capo II – Ulteriori misure in materia sanitaria

Art. 14 (Disposizioni per il potenziamento del dipartimento di salute mentale)

Come Cisl giudichiamo favorevolmente la norma che mira a potenziare l’erogazione dei servizi sanitari e socio-sanitari dei dipartimenti di salute mentale e rafforzare il raggiungimento degli obiettivi previsti dal PNES (Programma Nazionale Equità in Salute).

Art. 15 (Rafforzamento sperimentale delle campagne di screening oncologico per il tumore al seno a carico del Servizio sanitario nazionale)

Siamo favorevoli all’estensione del programma di screening alle donne nelle fasce di età 45-50 anni e 70-74 anni, ma riteniamo che tale attività debba essere garantita da strutture sanitarie pubbliche, anticipando la contrarietà a quanto previsto al successivo art. 23 in termini di prevenzione effettuata dal settore privato.

Art. 16 (Istituzione della Scuola nazionale dell’alta amministrazione sanitaria)

Come Cisl esprimiamo forte contrarietà all’istituzione di un’ulteriore scuola nazionale dell’alta amministrazione (SNAAS), considerato che già oggi esiste la Scuola Nazionale dell’Amministrazione (SNA), con una evidente duplicazione di attività e di costi.

Art. 18 (Disposizioni per l'uniformità e la tempestività nell'accesso alle terapie per le persone affette da patologie rare)

Come Cisl valutiamo positivamente la norma

Art. 20 (Misure in materia di appropriatezza dei bilanci degli ordini professionali)

Come Cisl, unitamente alle nostre categorie Cisl Funzione Pubblica e Cisl Medici, esprimiamo totale contrarietà alla modifica proposta alla lett. g), comma 1, art. 3 con cui si prevede che il Consiglio direttivo di ciascun Ordine approvi direttamente la tassa annuale per le spese di gestione.

Considerato che oggi, per tutti gli esercenti le professioni sanitarie, vige l'obbligo di iscrizione all'ordine per poter esercitare la professione, tale previsione toglierebbe all'assemblea degli iscritti il diritto a valutare preventivamente la congruità della tassa annuale in relazione alle attività fornite dall'Ordine Provinciale o sovra provinciale.

Art. 21 (Modifiche all'art. 1, comma 164-bis, della legge 30 dicembre 2023, n. 213)

La norma estende ai dirigenti sanitari degli enti vigilati dal Ministero della salute la possibilità di rimanere in servizio sino al compimento dei 72 anni e comunque non oltre il 31.12.2025.

Inoltre stabilisce che questi dirigenti possono rimanere in servizio anche dopo il 31.12.2025 sino al compimento dei 70 anni, esattamente come i dirigenti sanitari del Ssn.

Come Cisl riteniamo condivisibile la proposta nella misura in cui il trattenimento in servizio rimanga una facoltà del lavoratore, e non deve pregiudicare in alcun modo la possibilità di fare nuovi concorsi.

Art. 23 (Modifiche all'art. 1, comma 279, della legge 30 dicembre 2024, n. 207, e presidi sanitari di prossimità)

Come CISL esprimiamo contrarietà all'articolo 23, inserito durante l'iter di approvazione al Senato, in quanto

il comma 1, collegandosi alle modifiche di cui al precedente art. 8, determina la possibilità di "acquisire prestazioni ospedaliere afferenti ai reparti ospedalieri di medicina generale, di recupero e riabilitazione funzionale e di assistenza ai lungodegenti" (c. 279 L. 207/2024), anche in deroga agli standard relativi al numero di posti letto previsti dal DM 70/2015, in un arco di tempo necessario alla completa messa in esercizio degli ospedali di comunità e, comunque, entro il 31 dicembre 2026.

La dicitura determina confusione e incongruenza perché inizialmente richiama il DM 70/2015, che detta regole di accreditamento e di garanzia delle cure per le strutture di acuzie e post acuzie uguali per il pubblico e per il privato, dove la persona ricoverata risulta non stabilizzata, con necessità di assistenza continua e criteri organizzativi con presenza medica e infermieristica superiore (es. medico h.24), ma poi si lega al completamento degli Ospedali di comunità, riservati a pazienti stabilizzati, con una necessità di assistenza inferiore rispetto alle post acuzie, per il quale il DM 77/2022 ha determinato altri criteri.

Non è chiaro quindi se l'obiettivo è quello di superare il limite dei 3,7 p.l. per mille abitanti, nel qual caso potrebbe essere effettuata anche da strutture pubbliche o se, invece, trattasi di strutture private con un numero di posti inferiore a quelli attualmente previsti dal DM 70/2015, in cui ricoverare pazienti non stabilizzati, ma derogando ai requisiti necessari a garantire la sicurezza delle cure, giustificando tale deroga con il completamento degli Ospedali di Comunità.

Il comma 2, senza tener conto di quanto disposto dal DM 77/2022, **opera due interventi:**

- riconosce il ruolo di presidi sanitari di prossimità del Ssn, nell'ambito dell'assetto complessivo dell'assistenza territoriale, alle strutture sanitarie private che svolgono attività di assistenza specialistica ambulatoriale in regime di accreditamento, comprese la diagnostica radioimmunologia, la medicina nucleare e la fisiokinesiterapia per le prestazioni comprese nei LEA
- prevede che gli stessi partecipino anche all'erogazione di prestazioni di prevenzione e di emergenza territoriale

Non si comprende la necessità di qualificare tali strutture come presidi sanitari territoriali, peraltro senza che vi sia stata una valutazione complessiva di come si inseriscono dentro lo sviluppo dell'assistenza territoriale di cui al DM 77/2022 che ad oggi ha altre priorità ancora da completare.

Peraltro le disposizioni previste rischiano di condizionare gli obiettivi del SINGLA di cui all'art. 2 del DDL in esame, ed in contrasto con la volontà di sostenere il nostro SSN pubblico.

Conseguentemente ne chiediamo la soppressione affinché ogni modifica sia inserita all'interno di un esame più complessivo di eventuale revisione dei DM 70/2015, DM 77/2022 e più in generale all'interno della definizione del nuovo Piano Sanitario Nazionale.

Art. 13-bis

In ultimo si evidenzia la contrarietà rispetto alla proposta di art. 13-bis (Interpretazione autentica dell'art. 30 della legge 27 dicembre 1983, n. 730) inviata dalla Conferenza delle Regioni.

La proposta riprende l'emendamento originario già presentato al DDL AS 1241, su cui ci eravamo espressi in modo negativo, in quanto rischia di scaricare sulle famiglie e sui Comuni costi di cui oggi invece si fa carico il SSN.

Condividiamo la necessità di intervenire sulla materia, ridefinendo un nuovo rapporto fra obblighi, e quindi spesa, a carico del Sociale (Enti Locali) e della Sanità (SSN). Tuttavia ciò non può essere fatto con la modifica della legge 730/1983 (articolo 30), tanto più se si considera la proliferazione di norme successive in materia. Occorre una soluzione frutto di un'analisi attenta e approfondita delle normative oggi vigenti, anche in considerazione della legislazione concorrente fra Stato e Regioni.

Per questo, riteniamo e auspichiamo che il legislatore avvii un confronto preventivo con le Istituzioni competenti (Governo, Regioni, Comuni) e con le Organizzazioni Sindacali più rappresentative al fine di individuare le possibili soluzioni, che tengano conto di un rinnovato rapporto tra responsabilità (e spesa) Sociale e Sanitaria.

Un confronto utile anche in funzione di un eventuale successivo atto legislativo.