

CGIL



Memoria audizione

DDL n. 2365

MISURE PER LA GARANZIA DEI TEMPI DI EROGAZIONE

DELLE PRESTAZIONI SANITARIE

PER LA RIDUZIONE DELLE LISTE DI ATTESA

XII COMMISSIONE (AFFARI SOCIALI)

CAMERA dei DEPUTATI

Roma, 12 giugno 2025

Il presente testo analizza il Disegno di Legge (DDL) n. 2365 relativo al Servizio Sanitario Nazionale (SSN). La sua gestazione è iniziata a settembre 2024 e il provvedimento ha ottenuto l'approvazione del Senato lo scorso 15 aprile, trovandosi attualmente in discussione presso la Commissione Affari Sociali della Camera.

Nonostante le dichiarazioni del Governo che hanno accompagnato sia questo DDL sia il Decreto "Liste di attesa" (DL 73/2024), la linea politica del provvedimento emerge in chiara continuità con le precedenti gestioni. Ciò si traduce in:

- **Assenza di risorse finanziarie aggiuntive:** non sono previsti nuovi stanziamenti per il SSN.
- **Aumento degli spazi per il privato:** si registra un progressivo incremento delle opportunità operative e finanziarie per i gestori privati accreditati senza registrare la stessa attenzione per servizi e dipendenti del SSN.
- **Precarizzazione del lavoro:** vengono introdotti strumenti normativi e fiscali che tendono a rendere più precario il lavoro, orientandolo verso maggiori carichi e l'incentivazione della libera professione.
- **Aumento della conflittualità istituzionale:** si evidenzia un'accresciuta tensione con la Conferenza delle Regioni.

In sede istituzionale presso la 10ª Commissione permanente (Affari sociali, sanità, lavoro pubblico e privato, previdenza sociale) del Senato, abbiamo evidenziato le criticità del provvedimento, definendolo "vuoto" di risorse ed eccessivamente concentrato su controlli e vigilanza e non idoneo a rispondere adeguatamente ai bisogni di salute. Abbiamo sottolineato che le liste d'attesa sono primariamente un problema di risorse umane, standard organizzativi e infrastrutturali.

Pur affrontando temi nevralgici, il DDL n. 2365 sembra proporre soluzioni insufficienti, di efficacia temporanea o potenzialmente dannose per il futuro del SSN. Questo approccio rischia di consolidare un modello emergenziale e di ridurre ulteriormente gli spazi della sanità pubblica e di svilirne i principi fondativi. Le misure proposte, dalla gestione delle liste d'attesa all'uso di contratti precari, fino alle disposizioni sulla formazione medica, delineano un tentativo incompleto, privo di una visione strategica a lungo termine e incapace di affrontare le carenze strutturali acute dalla pandemia.

Nel merito:

CAPO I: MISURE PER LA GARANZIA DEI TEMPI DI EROGAZIONE DELLE PRESTAZIONI SANITARIE PER LA RIDUZIONE DELLE LISTE DI ATTESA

1: Disposizioni in materia di prescrizione ed erogazione delle prestazioni di specialistica ambulatoriale

L'articolo traduce in una norma piuttosto generica e che rinvia a successivi decreti Ministeriali, previo Accordo Conferenza Stato Regioni, il tema dell'appropriatezza prescrittiva. La norma, come del resto accaduto per il DL 73/24 "Liste di Attesa" riprende in gran parte i contenuti del vigente Piano Nazionale per la Gestione delle Liste di Attesa 2019/21, non apportando in sostanza alcuna modifica.

Non si ravvisa nella disposizione alcun elemento di novità.

Comma 2 - prevede che le Regioni e le Provincie Autonome promuovano misure organizzative utili a consentire che il medico specialista, che ritiene necessari ulteriori accertamenti, prenda in carico l'assistito, direttamente o attraverso la struttura sanitaria presso la quale opera.

Al fine di garantire prontamente l'erogazione delle prestazioni sanitarie si fa cenno alla "presa in carico" ma non si fa riferimento al sistema pubblico di assistenza territoriale, bensì al "medico specialista" e alla "struttura sanitaria nella quale opera" senza specificare se debba trattarsi di strutture del SSN, con rischio di peggiorare il già difficile percorso di contenimento dell'inappropriatezza sanitaria.

Emendamento: *Si propone la seguente modifica al comma 2: "2. Fermo restando quanto previsto dal decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, nell'ambito delle compatibilità organizzative e finanziarie del Servizio sanitario nazionale, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano promuovono misure organizzative utili a consentire che il medico specialista, operante in struttura pubblica, che ritenga necessari ulteriori accertamenti al fine di completare il sospetto diagnostico, prenda in carico l'assistito fino alla completa conclusione del percorso diagnostico, all'uopo implementando il sistema dei percorsi diagnostici."*

Comma 3 - Per tutelare i pazienti oncologici e assicurare tempi certi di accesso alle cure, in coerenza con il Piano nazionale liste d'attesa 2019-2021, il Ministro della Salute emanerà un decreto entro sessanta giorni. Tale decreto, previa intesa con la Conferenza Stato-Regioni e sentito AGENAS, definirà linee guida con standard minimi omogenei per i Percorsi Diagnostico-Terapeutici Assistenziali (PDTA) regionali in oncologia.

L'Articolo 1, comma 3 del Disegno di Legge in esame, pur enunciando una finalità quale la tutela dei pazienti oncologici mediante la garanzia di tempi di accesso certi alle prestazioni, palesa alcune criticità nella sua formulazione e nella sua efficacia. La disposizione si configura come una norma di delega, demandando la concretizzazione degli obiettivi a un successivo decreto ministeriale che dovrà adottare linee guida contenenti standard minimi per la redazione dei PDTA regionali in ambito oncologico sentita AGENAS e intesa Stato Regioni. La principale nostra riserva risiede nel fatto che le Regioni hanno autonomia in materia sanitaria e interessi diversificati (legate a capacità economiche, organizzazione interna, e specificità territoriali) in un contesto su cui non si investe su personale specifico, risorse finanziarie aggiuntive e strumenti materiali si rischia di non realizzare gli obiettivi prefissati.

Comma 4 - individua le classi di priorità (U - Urgente; B - Breve attesa; D - Differita; P - Programmabile) assegnando a ciascuna una tempistica di erogazione della prestazione (72h; 10gg; 30 o 60gg; 120gg).

La disposizione pare ridondante. Sarebbe preferibile operare un rinvio al codice di classificazione internazionale delle malattie (ICD- 9- CM e successive modificazioni), che introduce anche la classificazione delle procedure.

Comma 6 - 7 - 8 - riprendono il testo del DDL 1241 e prevedono che i direttori regionali della sanità elaborino le direttive per la predisposizione, a livello aziendale, di piani strategici

annuali, con l'analisi e la previsione relative alla domanda di prestazioni ambulatoriali proveniente dai propri assistiti e alla corrispondente offerta aziendale, comprensiva di quella delle aziende ospedaliere e degli erogatori privati accreditati. I DG delle aziende sanitarie locali e ospedaliere elaborano di conseguenza i propri piani strategici annuali, la cui vigilanza compete ai direttori regionali.

Come segnalato, inutilmente, in audizione in Senato nella seduta n. 238 del 22 ottobre 2024, si noti che le aziende ospedaliere non hanno una "propria" popolazione di assistiti. Inoltre, l'articolo fa riferimento ad enti erogatori privati accreditati: l'utilizzo di privati accreditati al di fuori degli accordi contrattuali introduce la possibilità di erogare prestazioni extra budget non coerenti con il fabbisogno né con la programmazione regionale né con la sostenibilità economica del SSN. L'attuazione dei piani strategici annuali elaborati e validati "rileva ai fini della valutazione dell'attività dei direttori regionali della sanità e dei direttori generali".

ART. 2: SINGLA

Previsione dell'istituzione e del funzionamento del Sistema nazionale di Governo delle liste di attesa (SINGLA).

Comma 1 istituisce il SINGLA Presso il Ministero della salute.

La norma individua le funzioni e le competenze delle strutture del SINGLA ma mancano le modalità e gli strumenti operativi di realizzazione, la distribuzione delle specifiche responsabilità, nonché i finanziamenti, poiché il comma 4 reca clausola di invarianza finanziaria.

Comma 2 La disposizione si limita a sistematizzare le funzioni già attualmente svolte dal Ministero della salute in materia di governo delle liste d'attesa. Tra i soggetti che possono essere invitati alle sedute della CdR manca del tutto il riferimento alle OO.SS. confederali e/o di categoria comparativamente più rappresentative. Vi è invece un generico riferimento agli "altri rappresentanti di interessi maggiormente rappresentativi".

Si nota la persistente operazione del Governo di non considerare le OO.SS. confederali come interlocutori, diluendo il dialogo sociale nella rappresentanza di interessi particolari senza mai misurarne la rappresentatività.

Proposta di emendamento: *Si richiede l'inserimento delle OO.SS. comparativamente più rappresentative a livello Nazionale tra i soggetti invitati alla CdR.*

ART. 3 istituisce il Registro delle segnalazioni e prevede le funzionalità dell'Osservatorio nazionale delle liste di attesa.

Comma 1 - è istituito il nuovo "Registro delle segnalazioni" presso il Ministero della salute, a cui accedono i cittadini per segnalare problematiche e disservizi in materia di erogazione delle prestazioni. La data d'inizio del funzionamento sarà segnalata in G.U.

Premessa la scarsa utilità di un simile strumento, l'accessibilità ad esso andrà tuttavia garantita a tutte le persone, incluse coloro a rischio esclusione perché prive di competenze o accesso a strumenti digitali.

Comma 3 - domanda a futuro decreto l'istituzione e l'organizzazione del nuovo "Osservatorio nazionale delle liste di attesa".

Anche in questo caso, il testo prevede la partecipazione dei "rappresentati delle organizzazioni civiche di tutela della salute" ma non delle OO.SS. comparativamente più rappresentative a livello Nazionale confederali e di categoria all'Osservatorio.

Proposta di emendamento: *si richiede l'inserimento delle OO.SS. comparativamente più rappresentative a livello Nazionale tra i soggetti che partecipano all'Osservatorio.*

ART. 4 : specialisti ambulatoriali interni

Previsione di un beneficio economico per gli specialisti ambulatoriali interni a tempo indeterminato, distraendo risorse all'obiettivo delle assunzioni di personale dipendente.

Il Governo auspica la riduzione delle liste d'attesa "attraverso il realistico impiego di 9.800 specialisti ambulatoriali convenzionati interni su circa 18.000 specialisti attualmente in servizio a tempo indeterminato, ciascuno dei quali dedicherà almeno due ore settimanali di orario aggiuntivo per un anno" (cit. Relazione tecnica al DDL). Trattandosi di un intervento su base volontaria degli specialisti, la stima fatta dal Governo potrebbe non essere verosimile, convinti del fatto che l'aspetto economico sia importante ma maggiormente rilevante e necessario dovrebbe essere la previsione di misure per il migliorare le organizzazioni del lavoro e, con esse, le condizioni lavorative. Aspetti questi non presenti in nessun articolo del DDL.

ART. 5: incarichi libero-professionali ai medici in formazione specialistica

Il Governo prosegue con le iniziative normative volte a favorire "la possibilità per gli enti e le aziende del SSN di ricorrere a forme di lavoro flessibili" (cit. Relazione illustrative), che ampliano gli spazi di "acquisto di prestazioni" in luogo di nuove assunzioni, e dunque di lavoro precario e discontinuo ai medici in formazione specialistica; osservazione, quest'ultima, riferita all'impatto che la discontinuità comporta in termini organizzativi e sulla qualità del servizio.

La misura, prevista in precedenza come sperimentale, diventa ora strutturale, a testimonianza della scarsa capacità di pianificazione dei piani di assunzione negli enti del SSN, lasciando peraltro irrisolto il problema del contratto di formazione – lavoro dei medici in formazione specialistica, la loro remunerazione e orario di lavoro.

ART. 6: trattenimento in servizio di personale docente a tempo

Pieno.

Viene prevista la possibilità, per i docenti strutturati a tempo pieno presso le Aziende/Enti del Ssn di restare in servizio fino a 72 anni, per comprovate esigenze assistenziali, per attività di ricerca e formazione in cambio delle quali gli stessi debbono essere impegnati in attività di

tutoraggio. È esclusa la possibilità che possano restare titolari di incarichi apicali di struttura complessa, dipartimentale o di livello generale.

Insistiamo sulla necessità di investire seriamente nel ricambio generazionale, garantendo concorsi aperti, percorsi di carriera chiari e attrattivi per i giovani medici e docenti universitari. Il tutoraggio è un aspetto positivo, ma non deve diventare un pretesto per non sbloccare nuove assunzioni e rinvigorire la didattica e la clinica con nuove energie professionali.

Emendamento: *si suggerisce l'eliminazione o l'inserimento di indicazioni più di dettaglio e stringenti.*

Art 7 - reclutamento del personale sanitario.

Una norma, questa, del tutto censurabile, che apre, seppur fino al 31 dicembre 2026, ad una deroga alla disciplina assunzionale del pubblico impiego, senza per contro intervenire in alcun modo sulla stabilizzazione dei precari del Ssn, neppure quelli legati all'emergenza pandemica, la cui stabilizzazione resta vincolata ai tetti di spesa e ai relativi Piani di Fabbisogno triennale. Una norma che, inoltre, esplicitamente punta a precarizzare il lavoro, con un processo di sostituzione, addirittura, tra tempi determinati e contratti libero professionali, con l'evidente intento di "rendere attrattiva" la professione, consentendo così ai professionisti di accedere al regime di flat tax al 15%. Va inoltre ricordato che il limite del Dl 78/10 (spesa ridotta del 50% rispetto a quella sostenuta nel 2009) non si applica al personale, dirigenza medica e comparto, dei ruoli sanitario e sociosanitario (dal Conto Annuale Mef si evince, a questo proposito, che la spesa per tempi determinati e somministrati nell'ultimo decennio è cresciuta dell'80%). In sostanza, il limite del 50% della spesa 2009 si è applicato, dal 2010 ad oggi, solo per il personale dei ruoli amministrativi e tecnici che, infatti, hanno subito i maggiori tagli in termini percentuali. Il governo era già intervenuto sulla spesa per il personale a tempo determinato degli Enti e delle Aziende del SSN, con il Dl 19/24 Pnrr art.44-ter che ha modificato l'art.9 c.28 del Dl 78/10 sancendo che il limite di spesa del 50% della spesa sostenuta nel 2009 non solo non si applica al Ssn ma che per ciascun anno del triennio 2024-2026 la spesa complessiva per il personale degli enti del SSN non può essere superiore al doppio di quella sostenuta per la stessa finalità nell'anno 2009.

Emendamento: *Si chiede la cancellazione del comma e disposizioni cogenti rispetto il superamento del tetto di spesa per il personale.*

ART. 8 - limiti di spesa per l'acquisto di prestazioni sanitarie da soggetti privati accreditati.

Esprimiamo una netta contrarietà a questa misura. L'incremento del tetto di spesa per il privato accreditato, per quanto presentato come soluzione alle liste d'attesa, rappresenta un chiaro spostamento verso la privatizzazione della sanità pubblica. Andrebbero assunte misure per investire nel rafforzamento del SSN pubblico superando il limite del tetto di spesa per il personale, prevedere un piano straordinario di reclutamento, potenziare le strutture e la

tecnologia, invece, ancora una volta si preferisce dirottare risorse verso il privato. Questo non solo indebolisce ulteriormente il servizio pubblico, ma rischia di creare un sistema a due velocità e di favorire logiche di mercato anziché di diritto universale alla salute.

Inoltre, invece di porsi l'obiettivo di finanziare adeguatamente i servizi di emergenza/urgenza pubblici, si concede ai privati accreditati e convenzionati dotati di DEA un incremento di risorse. Permane l'assenza di visione e strategia politica a supporto della sanità pubblica.

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.

L'articolo, introdotto con un emendamento in commissione al Senato, al di là del titolo altisonante, determina uno stanziamento di una somma pari a 3 mln di euro per dotare i MMG e i PLS di strumenti tecnologici e sistemi che consentano loro di gestire gli appuntamenti e le comunicazioni con i pazienti, fondo che verrà gestito dal MinSalute in accordo con le regioni e, si suppone, attraverso la contrattazione regionale di categoria.

Comma 4 - si modifica la finalità dell'incremento dei tetti di spesa per l'acquisto di prestazioni dagli erogatori sanitari privati accreditati previsto dalla Legge di bilancio 2025, chiarendo che le risorse aggiuntive dovranno essere utilizzate "prioritariamente" e non più "anche per" le strutture sanitarie private accreditate dotate di pronto soccorso e inserite nella rete dell'emergenza. L'incremento disposto dalla LdB 2025, ricordiamo, vale 61,5 mln per il 2026 e 123 mln a decorrere dal 2026, portando la deroga ai tetti di spesa per gli erogatori privati complessivamente, dal 2026, a circa 613 mln.

Si esprime una netta contrarietà rispetto a questa disposizione. Non soltanto si ripropone l'erogazione di risorse ai MMG, già previste nell'ambito della Missione 6 del PNRR, ma si evidenzia la gravità del trasferimento di fondi destinati alle prestazioni di ricovero e ambulatoriali verso strutture sanitarie private accreditate, dotate di pronto soccorso o inserite nelle reti dell'emergenza-urgenza. Tale disposizione non affronta in alcun modo la carenza strutturale di personale nei pronto soccorso pubblici, al contrario pensiamo che il potenziamento della rete dell'emergenza-urgenza debba necessariamente passare attraverso un investimento nella formazione specialistica e nell'assunzione a tempo indeterminato di medici d'urgenza, infermieri e del personale di supporto all'interno del SSN. La soluzione non può consistere nell'affidamento delle gestioni emergenziali al settore privato, bensì nel rafforzamento complessivo della capacità di risposta del sistema pubblico.

Emendamento: Si chiede la cancellazione integrale del comma 4.

Art 11: riorganizzazione della rete dei laboratori del SSN.

Riteniamo che la proposta di futuro decreto debba essere necessariamente armonizzata con l'attuazione del DM 77/2022, creando le premesse per una reale presa in carico delle persone, superando la miope logica della sola erogazione di prestazioni.

ART. 12: misure premiali e valutazione degli obiettivi per la riduzione delle liste di attesa

Pare positivo l'uso di misure premiali in luogo di misure sanzionatorie. Tuttavia, prevedere una quota di premialità aggiuntiva al finanziamento delle risorse regionali in virtù della riduzione delle liste d'attesa, senza però agire sulle cause che affliggono le regioni più in difficoltà e causano i ritardi strutturali nel soddisfacimento dei bisogni di cura, non solo rischia di cristallizzare le diseguaglianze tra regioni, ma esse si acuiranno, così come si inasprirà il fenomeno del c.d. "pendolarismo sanitario".

ART. 13: telemedicina per la certificazione di malattia.

Il riconoscimento formale della telemedicina per la certificazione di malattia rappresenta un passo verso l'innovazione dei servizi sanitari. È fondamentale che questo strumento non si traduca in una riduzione della qualità dell'assistenza, in un indebolimento del rapporto medico-paziente, o in un ulteriore aumento dei costi a carico dei cittadini.

CAPO II: ULTERIORI MISURE IN MATERIA SANITARIA

ART 14: disposizioni per il potenziamento dei Dipartimenti di salute mentale (DSM)

L'intervento è di maquillage e troppo limitato rispetto all'effettivo fabbisogno. Fondamentale è la promozione ed il potenziamento di servizi territoriali di prossimità capaci di mettere in atto politiche e pratiche di presa in carico globale e continuativa, con un coinvolgimento delle comunità, al fine di garantire percorsi di inclusione sociale nel suo complesso.

Art 16 - istituzione della Scuola Nazionale dell'Alta Amministrazione Sanitaria (SNAAS)

L'articolo crea una duplicazione: esiste già la Scuola Nazionale dell'Amministrazione. Il 16 febbraio 2015 è stato siglato un Protocollo d'Intesa tra Agenas e quest'ultima, finalizzato alla realizzazione di un Programma speciale per la formazione manageriale in ambito sanitario.

Emendamento: eliminazione dell'art. 16.

Art. 20 –misure in materia di approvazione dei bilanci degli ordini professionali.

Una norma, questa, del tutto censurabile sotto ogni profilo, che lascia campo libero ai Consigli ordinistici su materie fondamentali per i professionisti iscritti, a partire dalla tassa di iscrizione, che annulla gli spazi di partecipazione e priva gli iscritti di strumenti reali per contrastare tali provvedimenti.

Emendamento: eliminazione dell'art. 20.

Art. 23 –modifiche all'articolo 1, comma 279, della legge 30 dicembre 2024, n. 207, e presidi sanitari di prossimità.

La previsione di contrattualizzare strutture private in deroga ai requisiti stabiliti dal Decreto Ministeriale 70/15, sebbene motivata dall'esigenza di fornire una soluzione immediata al fenomeno delle liste d'attesa, comporta rischi significativi per la qualità dell'assistenza, l'equità e la sostenibilità del SSN.

Si osserva un continuo ampliamento dell'ambito operativo del settore privato all'interno della sanità pubblica, accompagnato da ingenti finanziamenti statali, senza finanziamenti adeguati del rinnovo del Contratto Collettivo Nazionale di Lavoro (CCNL) di tale settore.

Inoltre, la suddetta normativa rischia di compromettere ulteriormente l'effettiva realizzazione della Missione 6 del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR), in particolare per quanto concerne la costruzione delle Case della Comunità. Il Decreto Ministeriale 77/22, infatti, è stato concepito per riorganizzare e potenziare l'assistenza territoriale del Servizio Sanitario Nazionale (SSN), posizionando le Case della Comunità come fulcro dell'integrazione socio-sanitaria. L'estensione indiscriminata della qualificazione di "presidi di prossimità" alle strutture private accreditate potrebbe diluire l'efficacia del modello pubblico, rendendo meno definite la funzione e l'identità delle Case della Comunità stesse.

Emendamento: eliminazione dell'articolo 23.

Conclusioni

Onorevoli membri della Commissione,

Il DDL 2365 si presenta come una risposta insufficiente. L'assenza di investimenti adeguati e diretti nell'aumento degli organici del personale sanitario a tempo indeterminato del SSN è la parte mancante per una vera garanzia dei tempi di erogazione delle prestazioni sanitarie per la riduzione delle liste di attesa.

L'idea che si possa risolvere il problema delle liste d'attesa incentivando il lavoro aggiuntivo in un'organizzazione del lavoro già eccessivamente stressata, o trasferendo prestazioni al privato sottraendo risorse al pubblico, così alimentando una pericolosa spirale negativa, è profondamente fuorviante.

Ribadiamo il nostro giudizio di inadeguatezza delle misure proposte e la nostra ferma contrarietà soprattutto verso quelle che precarizzano il lavoro, che sfruttano la formazione dei giovani medici senza alcun riconoscimento e che incrementano il ricorso al privato disinvestendo sul servizio pubblico. Queste non sono soluzioni, ma misure volte all'indebolimento del Servizio Sanitario Nazionale.

Chiediamo a questa Commissione di intervenire con urgenza per modificare le parti da noi indicate e di avviare un vero e proprio piano nazionale di rilancio del Servizio Sanitario Nazionale, suggerendo alcune priorità di intervento:

1. **Assunzioni a tempo indeterminato:** piano straordinario di reclutamento di medici, infermieri e tutte le figure professionali sanitarie e socio-sanitarie.
2. **Aumento dei contratti di formazione specialistica:** con garanzie di stabilità e di qualità formativa oltre all'aumento dei riconoscimenti economici per le borse di studio.
3. **Investimenti strutturali:** infrastrutture, tecnologie e medicina territoriale attraverso la reale applicazione del DM 77/22, per riattivare la prossimità delle cure.
4. **Fermare il processo di privatizzazione della sanità:** investendo e rafforzando il SSN a gestione diretta, evitando il drenaggio di risorse verso il privato accreditato.