



Memoria della CGIL sul disegno di legge
“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”

Il disegno di legge recante la "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" si caratterizza per un impianto complessivo e specifici contenuti che suscitano forti preoccupazioni sui quali non si può che esprimere un **giudizio di netta contrarietà e richiederne il ritiro**.

Il disegno di legge delega sembra porsi un obiettivo ambizioso, ovvero quello di definire la riorganizzazione e il potenziamento dell’assistenza territoriale e ospedaliera e la revisione dei modelli organizzativi del Ssn, che però si traduce in un pericoloso percorso di destrutturazione del Servizio sanitario nazionale.

La **genericità dei principi** enunciati per ciascuno dei dodici punti oggetto della delega richiesta al Parlamento configura una discrezionalità attribuita al Governo tanto ampia da risultare indefinita mentre restano imprecisate la quantificazione dell’impatto economico dei provvedimenti che si intende adottare e le relative coperture che vengono di norma rinviate all’emanazione dei decreti attuativi: una legge delega generica nei contenuti e muta nell’impatto sulla finanza pubblica.

Peraltro, se da un lato, mentre vengono richiamati i principi di equità e continuità del percorso assistenziale (art. 1, comma 1), non vi è alcun esplicito riferimento ai **principi fondanti di universalità, uguaglianza e globalità del Ssn**.

Il disegno di legge si pone l’obiettivo del potenziamento sia dell’assistenza ospedaliera che di quella territoriale ma è davvero difficile poter credere che si possano potenziare entrambi vista la clausola di **neutralità finanziaria** per la quale qualsiasi intervento è subordinato a tagli compensativi.

Gli effetti di questo schema si ripercuotono negativamente soprattutto sui servizi territoriali, di cui pure il disegno di legge delega dovrebbe realizzare “il potenziamento”, rispetto a quanto previsto per l’assistenza ospedaliera.

Nei fatti, si afferma la centralità dell’ospedale nelle politiche sanitarie a scapito dell’assistenza territoriale: un **modello ospedalocentrico** che torna ad essere dominante mentre il territorio, così come l’integrazione socio-sanitaria sono solo evocati, per non parlare della prevenzione che risulta non pervenuta: sostanzialmente si configura il ritorno a una cultura precedente all’adozione della Legge n. 833/1978.

In particolare, con il disegno di legge si tenta di ridisegnare l’architettura ospedaliera con l’introduzione degli Ospedali di terzo livello e gli Ospedali elettivi: una scelta che destruttura la governance dell’assistenza ospedaliera aumenterà la frammentazione e le diseguaglianze e drenerà risorse dal pubblico verso il privato oltre che dall’assistenza territoriale verso quella ospedaliera.

Gli **Ospedali di terzo livello** (art. 2, comma 1, lett. b, punto1), costituiti dai centri di eccellenza con bacini di utenza nazionali e sovranazionali, sono da individuare secondo imprecisati criteri che dovrebbero essere desunti da quelli che disciplinano gli Istituti di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico e le Aziende Ospedaliere integrate con l’Università, ai quali viene garantita l’assegnazione di specifiche risorse.

Dunque, mentre per l'assistenza territoriale non si fa alcun riferimento a eventuali nuovi finanziamenti, per l'assistenza ospedaliera è previsto l'accesso a canali di finanziamento specifici e privilegiati per l'istituzione di un numero imprecisato di "Ospedali di terzo livello".

La costituzione degli Ospedali di terzo livello, da un lato realizzerebbe **l'equiparazione formale alle eccellenze pubbliche di strutture private**, religiose e no-profit ma anche di imprese di diritto privato a scopo di lucro; inoltre, comporta il sostanziale accentramento del loro governo nel Ministero della Salute prefigurando la loro uscita, in tutto o in parte, dai vincoli della programmazione regionale (economica e organizzativa).

In questo modo il Ministero della Salute accentra la governance delle alte specializzazioni, dell'innovazione tecnologica e dei flussi finanziari (ciò che oggi già funziona) relegando alle Regioni la gestione di tutto il resto e in particolare del territorio, gravato dalle cronicità ma svuotato delle risorse necessarie.

Desta particolare preoccupazione la riconfigura il sistema per acuti con l'introduzione degli **Ospedali elettivi** (art. 2, comma 1, lett. b, punto 2), strutture per acuti prive di pronto soccorso dedicate ad attività programmate e integrate obbligatoriamente nella rete dell'emergenza-urgenza.

Non solo la definizione di ospedali elettivi è generica e priva di chiarezza nella determinazione degli standard con i quali tali ospedali sono classificati, ma la loro introduzione rischia di tradursi in un disinvestimento nel servizio pubblico a esclusivo vantaggio della sanità privata, considerando che, a differenza delle strutture private, la maggioranza di quelle pubbliche dispone di pronto soccorso.

Infatti, come emerge dall'Annuario Statistico del Ministero della Salute, delle 511 strutture ospedaliere pubbliche, il 56% ha un DEA e l'80% è dotato di pronto soccorso, mentre delle 485 strutture ospedaliere private accreditate solo il 3% ha un DEA e il 5% un pronto soccorso.

Il rischio concreto è che le case di cura private diventino in gran parte ospedali elettivi, ridisegnando in questo modo il sistema per acuti, aggirando i vincoli del DM 70/2015. Ciò avvantaggerebbe esclusivamente, e ulteriormente, i gestori privati che potranno pianificare la "produzione" in modo indisturbato dalla imprevedibilità imposta dall'organizzazione delle urgenze, lasciate al pubblico.

Un sistema, quello degli erogatori privati accreditati, che deve, al contrario, avere verifiche più stringenti anche sugli standard assistenziali e sulle condizioni contrattuali dei lavoratori e delle lavoratrici e vincoli riguardo l'utilizzo, in molti casi prevalente, dei contratti libero professionali rispetto al contratto di lavoro dipendente.

Tale riconfigurazione, priva di standard certi e garanzie contrattuali, trasforma la programmazione dei fabbisogni in una mera delega gestionale, minando l'integrità e l'appropriatezza delle prestazioni.

Nel disegno di legge viene dichiarato l'obiettivo di "potenziare il livello di **integrazione tra l'ospedale e il territorio**, anche attraverso la revisione e l'aggiornamento della disciplina in materia di modelli e standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale" (art. 2, comma 1, lett. a), tuttavia contiene un principio eccessivamente generico che potrebbe mettere in discussione i LEA sull'integrazione socio-sanitaria attualmente previsti dal DPCM del 12 gennaio 2017 e, soprattutto, dall'art. 3 septies del D.Lgs. n. 592/1992 che prevede specifici criteri sull'integrazione sociosanitaria e sulle modalità per definirla.

Stessa cosa in tema di **salute mentale**: a poche settimane dall'approvazione del Piano di Azioni Nazionali per la Salute Mentale (PANSM), peraltro con poche risorse per il personale e per il funzionamento dei servizi, il rischio molto concreto è quello di mettere in discussione le norme e i principi che nel nostro Paese governano l'approccio alla salute mentale (art. 2, comma 1, lett. m).

Il disegno di legge fa riferimento alla necessità di definire standard quali-quantitativi, anche di personale, per la **non autosufficienza** e in particolare per le **strutture residenziali e semiresidenziali** (art. 2, comma 1, lett. g). Tali indicazioni sono già contenute nella Legge 33/2023 sulla non

autosufficienza, in particolare all'art.4, comma 2 alle lettere q) e r), una delega ancora non attuata e della quale si rivendica la piena e coerente applicazione.

Anche nel settore della residenzialità e semi-residenzialità, infatti, continua ad esserci una vera e propria giungla di classificazioni di strutture e relativi sistemi di autorizzazione e accreditamento nonché una inaccettabile situazione che vede queste lavoratrici e lavoratori privi di rinnovo contrattuale da oltre un decennio.

Anche i principi enunciati per l'assistenza alla **cronicità e la bioetica clinica** risultano troppo astratti per garantire un impatto reale sulla qualità della presa in carico, se non vengono accompagnati da precisi finanziamenti economici e vincoli gestionali (art. 2, comma 1, lett. h e i).

Rispetto allo schema di disegno di legge licenziato dal Consiglio dei Ministri del 12 gennaio 2026, nel testo in discussione in Senato (DDL n. 1825) sparisce il riferimento al riordino della disciplina dei **medici di medicina generale (MMG)**. Sarebbe stato utile e apprezzabile trovare precise indicazioni, rispetto a MMG e Pediatri di libera scelta (PLS) attualmente titolari di un rapporto convenzionale con il Ssn, nonché gli specialisti ambulatoriali interni al Ssn, circa la possibilità di poter optare per il passaggio al ruolo della dirigenza medica dell'area sanità, secondo modalità di inquadramento stabilite da uno specifico accordo collettivo nazionale di equiparazione.

Altrettanto utile sarebbe stato trovare la loro valorizzazione all'interno delle strutture distrettuali, a partire dalle Case della Comunità.

Con tale disegno di legge, il Governo interviene sulla riorganizzazione dell'assistenza ospedaliera e di quella territoriale, non solo senza far mai nessun esplicito riferimento al DM 70/2025 e al DM 77/2022, ma lo fa senza che sia stato fatto un monitoraggio dettagliato della concreta attuazione dei due decreti.

Inoltre, oltre alla genericità e vaghezza nei principi contenuti nella delega, che di fatto **esautorano il Parlamento dalla sua funzione legislativa**, su questi aspetti è completamente mancato anche il confronto con le **Organizzazioni sindacali**, confederali e di categoria.

Si ricorda che nel 2023 il Ministero della Salute istituì un **tavolo tecnico**, con la presenza anche delle Organizzazioni sindacali, sulla revisione dei decreti ministeriali sugli standard ospedalieri e territoriali.

A oggi, non è dato conoscere in alcun modo l'esito dei lavori né tanto meno si ha notizia dello stato di attuazione di entrambi, se non per ciò che riguarda i periodici monitoraggi di Agenas riguardo al Programma Nazionale Esiti (PNE) e sullo stato di attuazione del **PNRR Missione 6**, da cui emerge uno scenario di forte preoccupazione visto che, a fine 2025, a fronte di 1.715 Case della Comunità complessivamente programmate, solo per 66 strutture (4% del totale) sono dichiarati attivi tutti i servizi obbligatori secondo standard del DM n. 77/2022, inclusa la presenza medica e infermieristica.

A pochi mesi di distanza dalla scadenza del PNRR, ancora più allarmante è quanto emerge dai dati della piattaforma Regis sullo stato di attuazione dei progetti della Missione 6: a febbraio 2026 risulta **speso solo il 37% dei finanziamenti** complessivi e completato meno della metà degli oltre 10 mila progetti.

Particolarmente preoccupante e incerta risulta la realizzazione della componente 1 della M6 "Reti di prossimità, strutture e telemedicina per l'assistenza territoriale" e soprattutto delle Case della Comunità e Ospedali di Comunità: strutture strategiche per l'attuazione della riforma dell'assistenza territoriale e per realizzare servizi socio-sanitari vicini alle persone: a febbraio risulta completato solo il **10% delle strutture**, con troppi progetti che procedono a rilento, con ritardi nell'esecuzione dei lavori o fermi alla progettazione, ed effettuati pagamenti pari solo al **33% dei finanziamenti complessivi**.

È evidente il rischio di non conseguire gli obiettivi strategici entro le scadenze previste e pertanto della piena attuazione della riforma dell'assistenza territoriale.

Resta poi il **nodo del personale**. Per migliorare la qualità della vita delle persone e garantire il corretto funzionamento delle Case della Comunità e degli Ospedali di Comunità non è sufficiente costruire le

strutture, ma è fondamentale dotarle del personale necessario per assicurare servizi efficienti e un'adeguata assistenza sanitaria ai cittadini.

Per rispettare gli standard definiti nel DM 77/2022 sarebbe necessario assumere almeno **36 mila unità di personale**, tra infermieri, operatori sociosanitari, assistenti sociali e altre indispensabili figure professionali (senza contare i medici).

Ma di tutto questo, negli atti del Governo non c'è ancora traccia. Non solo manca uno straordinario piano di assunzioni e di valorizzazione economica e professionale, ancora non sono stati superati i vergognosi tetti alla spesa sul personale.

Infine, le **disposizioni finanziarie** (art. 3), con il principio della "neutralità finanziaria", rivelano le vere intenzioni del disegno di legge:

- si sottraggono risorse al territorio per spostarle sugli ospedali;
- si spostano risorse destinate a IRCCS pubblici verso Ospedali di terzo livello, prevalentemente privati a partire dai 20 milioni di euro destinati dalla Legge di Bilancio 2026 per IRCCS pubblici e Aziende Ospedaliere Universitarie per una sperimentazione finanziata con quote del fabbisogno sanitario nazionale più i 10 milioni prelevati dai medesimi obiettivi specifici. In pratica la delega utilizza lo stanziamento previsto dall'art. 1, commi 338, 402 e 403 della Legge n. 199/2025;
- le risorse destinate agli ospedali di terzo livello sono decise dal Ministero della Salute e sottratte alle regioni;
- i pazienti già presi in carico da strutture ospedaliere (di primo, secondo e terzo livello) vengono trasferiti-traslocati in ospedali elettivi e ospedali di comunità; strutture di natura giuridica diversa, diversa modalità di remunerazione e con rischi di incrementare l'inappropriatezza nell'assistenza;
- l'integrazione sociosanitaria, salute mentale e cure primarie sono isorisorse e perciò privi dei necessari investimenti.

In conclusione, l'impianto della delega appare più una restaurazione pre 1978 mirata a soddisfare interessi di settore piuttosto che garantire la necessaria forza al Ssn nel rispetto dei principi di universalità, uguaglianza, equità e globalità a garanzia del diritto alla salute sancito dall'art. 32 della Costituzione.

Un disegno di legge:

- che lascia enormi spazi al Governo nei decreti attuativi, esautorando nei fatti il Parlamento nei contenuti di una riforma che riguarda la più importante infrastruttura sociale del Paese: una riforma che sostanzia una pericolosa destrutturazione del Ssn;
- riafferma un modello ospedalocentrico a scapito del territorio e della prevenzione;
- sottrae risorse dal territorio per spostarle verso l'ospedale;
- sottrae risorse dalle strutture pubbliche per destinarle a quelle private;
- sottrae competenze (e risorse) alle Regioni in termini di programmazione (economica e organizzativa);
- i principi delega su integrazione socio-sanitaria, salute mentale, cure primarie sono isorisorse, pertanto sostanzialmente ignorate;
- aumenta la frammentazione in contrasto con la unitarietà promossa dalla legge n. 833/1978;
- non affronta i nodi critici che attanagliano il Ssn a partire dalla mancanza di risorse, di personale e dalla necessità di rafforzare e sostenere il pubblico.

Un disegno di legge pericoloso, sbagliato e da respingere.

Pertanto, se ne chiede il ritiro.

Roma, 9 aprile 2026