



Nota per l’Audizione presso la “Commissione permanente Affari sociali, sanità, lavoro pubblico e privato, previdenza sociale del Senato della Repubblica”

Premessa

Attraverso la presente nota, Salutequità¹ intende portare all’attenzione della Commissione permanente Affari sociali, sanità, lavoro pubblico e privato, previdenza sociale del Senato della Repubblica osservazioni e proposte relative al Disegno di legge di *“Conversione in legge del decreto-legge 7 giugno 2024, n. 73, recante misure urgenti per la riduzione dei tempi delle liste di attesa delle prestazioni sanitarie”*.

La nota è articolata in due parti:

- valutazione generale;
- analisi specifica dei singoli articoli del provvedimento.

Valutazione generale

¹ <https://salutequita.it/chi-siamo/lassociazione/>

Il Decreto-legge, oggetto di conversione, affronta uno dei problemi più pressanti con cui si confrontano le persone che hanno bisogno di assistenza che rileva l'Osservatorio di Salutequità: tempestività, accessibilità ed equità delle cure. Il DL se da una parte introduce misure necessarie e urgenti a partire dall'istituzione della **Piattaforma nazionale delle liste di attesa** e dell'**Organismo di verifica e controllo sull'assistenza sanitaria**, al rafforzamento del sistema di prenotazione delle prestazioni sanitarie attraverso il **CUP regionale** in piena interoperabilità con le strutture sanitarie private accreditate, sino alle **misure in materia di personale**; dall'altra, in assenza di correttivi, **rischia di non assicurare concretamente quel cambio di passo atteso dai cittadini** nel vedersi garantita effettivamente e tempestivamente la prestazione sanitaria di cui hanno bisogno a fronte del mancato rispetto dei tempi massimi di attesa da parte dell'ASL/Regione. Inoltre, si riscontrano **criticità anche sulle modalità di copertura economica** di diverse misure e l'assenza di interventi immediati, volti a rafforzare da subito, sul tema delle liste di attesa, l'unico sistema istituzionale attualmente vigente di monitoraggio e valutazione della garanzia dei Lea da parte delle Regioni e cioè il **Nuovo Sistema di Garanzia dei LEA**: attualmente il Nuovo Sistema di Garanzia² può contare solo su 1 indicatore core in materia di liste di attesa (la cui modalità di calcolo è molto discutibile) e su nessun indicatore core relativo ai PDTA. È evidente che il presente Decreto dovrebbe correggere da subito questa grave stortura e a partire dall'anno di valutazione Lea 2024.

2

<https://www.salute.gov.it/portale/lea/dettaglioContenutiLea.jsp?lingua=italiano&id=5238&area=Lea&menu=monitoraggioLea>

Infine, merita di essere sottolineato come il Decreto-legge rinvii ad una moltitudine di ulteriori Decreti, sulla cui tempestiva adozione sarà molto importante vigilare, pena l'inefficacia di tutto il provvedimento.

Analisi specifica dei singoli articoli del provvedimento

Art. 1

Con particolare riguardo all'art. 1 *"Istituzione della Piattaforma nazionale delle liste di attesa"* le misure in esso contenute sono utili e urgenti. **Non si può infatti governare un fenomeno che non si conosce e non si misura, e noi oggi un dato veramente attendibile sulle liste di attesa non lo abbiamo.**

Serve quindi subito un nuovo flusso informativo capace però di fornire informazioni costanti e in tempo reale sui tempi di attesa ex ante (sfruttando e capitalizzando le risorse stanziato per il potenziamento dell'infrastruttura tecnologica e digitale dei Cup³), sul **rispetto dei tempi massimi per ogni codice di priorità** e per tutte le prestazioni (non solo il piccolo numero attualmente compreso, che esclude ad esempio la neuropsichiatria infantile, l'accesso per eventuali prestazioni di procreazione medicalmente assistita, etc.). Quest'ultimo aspetto, e cioè il rispetto dei tempi massimi non trova però attualmente riscontro nella formulazione del comma 5, in quanto si parla alla lettera d) solo di *"modulazione dei tempi di attesa in relazione alle classi di priorità"*.

Il flusso dovrebbe fornire informazioni anche su liste di galleggiamento (attualmente non specificate all'interno del comma

³ https://www.salute.gov.it/portale/news/p3_2_1_1_1.jsp?lingua=italiano&menu=notizie&p=null&id=3850

5), corretta erogazione dell'attività intramoenia (dimensione non specificata all'interno del comma 5), garanzia di agende dedicate ai PDTA e loro rispetto (dimensione anch'essa non specificata all'interno del comma 5).

È inoltre necessario specificare che quando si parla di PDTA si da per scontato che esistano per ogni condizione/patologia. La realtà è che pur essendocene molti di carattere regionale/aziendale, ci sono patologie escluse o poco attenzionate (come la psoriasi) che rischiano di tagliare fuori persone che hanno bisogno di tempi definiti, controlli e presa in carico.

Inoltre, rispetto all'attività di **audit** accordata all'Agenas dal comma 6 dello stesso art. 1, non viene espressamente prevista la definizione di un conseguente-eventuale **Piano di potenziamento del LEA critico** da parte delle Regioni (istituto previsto dal Patto per la salute 2019-2021), come pure non viene esplicitato né un supporto/accompagnamento/affiancamento del livello centrale per sostenere le realtà in difficoltà nel garantire, né previsto alcun **meccanismo di commissariamento** in caso di immobilismo/inadempienza regionale.

Art. 2

Con riferimento all'art. 2 "*Organismo di verifica e controllo sull'assistenza sanitaria*" ne condividiamo l'utilità, quale contrappeso in termini rafforzamento dell'attività di monitoraggio e controllo del livello centrale, soprattutto alla luce dell'approvazione della Legge sull'**Autonomia Differenziata** che attribuisce alle Regioni ulteriori spazi di manovra autonoma.

Inoltre, l'Organismo permetterà ai cittadini di poter segnalare in modo diretto e in tempo reale, situazioni di mancato rispetto dei diritti.

Riscontriamo invece una criticità nelle coperture economiche in quanto si prevede di provvedere ai maggiori oneri previsti, per il 2024, **"a valere di una riduzione delle risorse previste in bilancio e destinate a transazioni da stipulare con soggetti danneggiati da trasfusione con sangue o emoderivati infetti e con soggetti danneggiati da vaccinazioni obbligatorie**, di cui all'art. 2, c. 361, della L. 244/2007, verificata l'esistenza delle relative disponibilità alla data di entrata in vigore del decreto legge, andrebbero fornite rassicurazioni circa l'adeguatezza delle rimanenti risorse a fronte dei fabbisogni di spesa previsti nel 2024.⁴"

Art. 3

Con riferimento all'art. 3 *"Disposizioni per l'implementazione del sistema di prenotazione delle prestazioni sanitarie"* concordiamo con la previsione del rafforzamento del sistema di prenotazione delle prestazioni sanitarie attraverso il CUP regionale in piena interoperabilità con le strutture sanitarie private accreditate.

Bene anche la previsione della piena **interoperabilità dei centri di prenotazione degli erogatori privati** accreditati con i competenti Cup territoriali quale **condizione preliminare, a pena di nullità, per la stipula dei relativi accordi contrattuali, nonché come specifico elemento di valutazione nell'ambito delle procedure di rilascio dell'accreditamento istituzionale.**

Riguardo al comma 8 che prevede l'accesso ai **PDTA**, che dovrebbero essere definiti e rispettati per tutte le patologie e non solo per una

⁴ Nota di lettura n. 153-giugno 2024, Servizio del Bilancio del Senato.

parte di esse come previsto attualmente dal Decreto, attraverso agende dedicate andrebbero inseriti anche riferimenti:

- all'adozione di misure e azioni volte alla definizione di reti di patologie che, come fatto per le reti oncologiche, possano incrementare efficacia/qualità/appropriatezza/tempestività/equità delle cure;
- all'adozione di misure ed azioni volte a garantire l'incremento e il monitoraggio del livello di aderenza alle terapie;
- al rafforzamento dell'ADI.

Concordiamo sulla misura prevista al comma 9 che prevede l'incremento delle sanzioni in caso di chiusura o sospensione dell'attività di prenotazione.

Il comma 10, rappresenta una delle parti più delicate e al contempo più importanti dell'intero provvedimento, poiché sancisce in capo alle Direzioni generali aziendali la responsabilità di garantire, in caso di superamento dei tempi massimi di attesa, l'erogazione delle prestazioni al cittadino, nonché l'attività di vigilanza e di esercizio dell'azione disciplinare e di responsabilità erariale nei confronti dei soggetti ai quali sia imputabile la mancata erogazione della prestazione nei confronti dell'assistito.

Un principio che condividiamo pienamente, previsto già in altri provvedimenti, ma che rischia senza l'introduzione di correttivi, di rimanere ancora una volta sulla carta e di non rappresentare una soluzione concreta alle difficoltà di accesso alle cure da parte dei cittadini.

Proprio per questo andrebbe previsto un tempo specifico, compreso tra le 24 e le 48 ore dalla telefonata del cittadino al

CUP, entro il quale le Direzioni generali aziendali devono garantire l'individuazione della data dell'appuntamento nel rispetto delle tempistiche dei codici di priorità attribuiti dalla prescrizione medica, ricontattando automaticamente il cittadino tramite lo stesso CUP (o altro ufficio) e all'interno di un ambito di garanzia che risponda sempre ai principi di raggiungibilità e prossimità. È ancora troppo spesso il cittadino ad essere costretto a rincorrere gli uffici di ASL e Aziende Ospedaliere per tentare di ottenere la prestazione sanitaria con telefonate e attraverso l'invio di moduli e contro moduli e/o a percorrere anche oltre cento km con la macchina o mezzi pubblici per raggiungere il luogo della prestazione sanitaria.

Riguardo alle coperture di questa specifica misura, si segnala come le risorse assegnate alle Regioni per il recupero delle liste di attesa di cui all'art. 1 commi 232-233 della L. 30 dicembre 2023 n. 213, potrebbero già essere state utilizzate dalle Regioni. Di conseguenza potrebbero sussistere criticità di copertura e la conseguente necessità di trovare altre forme di finanziamento della misura.

Va inoltre evidenziato come le stesse coperture del comma 10 si riferiscano al solo anno 2024, comportando quindi, in caso di mancato rifinanziamento della misura negli anni a seguire, la possibilità che la tutela del cittadino decada dal 2025 in poi.

Infine, si concorda con le misure previste dal comma 11 dell'art. 3 in merito alle modalità di utilizzo delle **risorse per il recupero delle liste attesa** da parte delle Regioni e cioè il **divieto del loro utilizzo per finalità diverse.**

Art. 4

Con riferimento all'art. 4 *“Potenziamento dell’offerta assistenziale in relazione alle visite diagnostiche e specialistiche”* comma 1, si condivide l’obiettivo della norma e cioè quello di potenziare l’offerta con l’utilizzo delle strutture il sabato e la domenica. Ciò nonostante, va segnalato come questa leva debba fare i conti con l’attuale carenza di personale e con coperture che presentano criticità:

- le risorse assegnate alle Regioni per il recupero delle liste di attesa di cui all’art. 1 commi 232-233 della L. 30 dicembre 2023 n. 213, potrebbero già essere state utilizzate dalle Regioni.

Il comma 2 dello stesso art. 4 richiama giustamente la necessità di assicurare il corretto ed equilibrato rapporto tra attività istituzionale e quella libero-professionale, ma la sospensione di quest’ultima è prevista solo nel caso di squilibrio dei rispettivi volumi di attività, non anche in caso di sfioramento dei tempi di attesa massimi dell’attività istituzionale già individuati dalla Regione. Quest’ultima possibilità è prevista invece nel Piano Nazionale di Governo delle Liste di Attesa 2019-2021 (pag. 10 del PNGLA⁵).

Art. 5

Con riferimento all’art. 5 *“Superamento del tetto di spesa per l’assunzione di personale sanitario”*, condividiamo l’obiettivo delle norme in esso contenute, segnalando al contempo che aumentare il tetto di spesa del personale senza prevedere contestualmente un incremento di finanziamento al SSN, implica di fatto una necessaria compensazione su altri capitoli di spesa per l’assistenza e quindi per l’erogazione dei LEA, la cui garanzia da parte delle Regioni ha visto nel 2022 (ultimo anno disponibile) un netto peggioramento, stando ai dati provvisori pubblicati dalla Corte dei Conti nella sua Relazione

⁵ https://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_2824_allegato.pdf

al Parlamento sulla gestione dei servizi sanitari regionali (pubblicata nel 2024).

Nuovo sistema di garanzia: risultati 2017-2022 (provvisorio, con applicazione validità indicatori)

Regioni/ Province autonome	2022			2021			2020			2019			2018			2017		
	Prevenzione	Disrettuale	Ospedaliera															
Piemonte	89,87	59,57	0,00	86,05	84,47	77,90	76,08	91,26	74,92	91,72	88,83	85,78	93,04	88,31	85,59	92,90	84,05	84,14
Valle d'Aosta	48,95	47,25	54,73	45,31	49,31	56,43	74,06	56,58	57,35	72,16	48,09	62,59	72,30	36,70	71,54	64,12	34,52	74,38
Lombardia	85,79	94,66	86,07	86,84	93,09	78,38	62,02	95,02	75,21	91,95	89,98	86,01	89,94	83,44	79,93	86,84	77,05	77,13
P.A. Bolzano	54,14	77,03	74,56	51,97	68,05	75,96	51,90	57,43	62,64	53,78	50,89	72,79	51,86	40,60	71,38	53,37	44,82	73,97
P.A. Trento	94,27	76,45	95,19	92,55	79,33	95,43	88,42	78,07	90,09	78,63	75,06	96,98	93,02	72,90	94,18	83,56	82,45	94,75
Veneto	89,93	96,40	88,15	84,63	95,60	79,35	80,74	98,37	78,77	94,13	97,64	86,66	91,72	94,65	85,93	80,75	95,10	83,67
Friuli-V.G.	86,97	73,30	75,08	85,32	79,42	75,32	75,63	80,35	73,52	80,39	78,35	80,62	73,20	76,42	82,94	53,18	74,02	80,72
Liguria	49,33	86,81	76,67	73,05	85,92	68,29	50,85	83,12	63,61	82,09	85,48	75,99	83,50	86,84	75,84	73,94	84,16	79,99
E. Romagna	77,95	95,57	93,66	90,73	95,96	89,59	89,08	95,16	88,03	94,41	94,51	94,66	93,26	94,32	90,70	93,03	86,82	88,51
Toscana	77,96	96,42	92,29	91,37	95,02	83,59	88,13	92,94	80,00	90,67	88,50	91,39	88,48	89,79	90,91	87,07	82,67	94,27
Umbria	82,39	84,15	84,42	91,97	73,64	77,56	89,64	68,55	69,82	95,65	69,29	87,97	93,92	67,48	87,33	92,89	67,91	80,59
Marche	62,71	90,71	91,26	82,62	89,38	80,14	79,01	91,68	75,05	89,45	85,58	82,79	82,03	76,70	77,04	69,00	78,51	69,84
Lazio	46,44	71,97	79,48	80,78	77,61	73,66	74,46	80,19	70,72	86,23	73,51	72,44	84,99	62,40	73,25	86,18	57,99	70,78
Abruzzo	49,31	63,52	72,63	77,74	68,46	67,73	54,03	76,94	63,47	82,39	79,04	73,84	86,24	74,05	68,54	66,54	63,76	67,92
Molise	50,69	62,20	66,40	82,45	65,40	46,74	64,21	67,12	41,94	76,25	67,91	48,73	79,55	44,49	44,74	74,18	31,25	40,66
Campania	45,72	57,61	67,97	77,28	57,52	62,45	61,53	57,14	59,08	78,88	63,04	60,40	74,67	64,30	58,07	72,51	55,16	44,83
Puglia	76,43	70,73	79,68	67,85	61,66	74,32	66,83	68,13	71,73	81,59	76,53	72,22	79,39	70,57	72,14	66,21	64,60	65,90
Basilicata	70,11	33,04	0,00	79,63	64,22	54,51	57,07	62,85	51,90	76,93	50,23	77,52	84,16	45,09	75,83	78,69	49,86	72,56
Calabria	36,59	36,52	62,65	53,50	48,51	56,82	32,73	48,18	48,44	59,90	55,50	47,43	64,03	58,44	47,22	65,49	47,35	50,63
Sicilia	47,18	58,54	79,23	45,53	62,19	72,86	43,44	62,06	69,26	58,18	75,20	70,47	50,76	75,64	50,60	50,20	74,87	73,05
Sardegna	45,45	50,45	68,40	61,63	49,34	55,52	70,79	48,95	57,75	78,30	61,70	66,21	75,78	34,50	64,60	76,36	35,16	63,74

Art. 6

Con riferimento all'art. 6 si condivide l'obiettivo delle norme in esso contenute.

Art. 7

Con riferimento all'art. 7 "Imposta sostitutiva sulle prestazioni aggiuntive del personale sanitario", condividendone gli obiettivi, al contempo si segnala una criticità legata ad una buona parte di finanziamento della misura. Infatti, il comma 6 lettera e) sancisce come copertura una riduzione dell'autorizzazione di spesa delle disponibilità per il perseguimento degli obiettivi sanitari di carattere prioritario e di rilievo nazionale, che comunque contribuiscono a garantire l'erogazione dei LEA, già critici.