

Nota per l’Audizione su DDL S. 1241 presso la “Commissione permanente Affari sociali, sanità, lavoro pubblico e privato, previdenza sociale del Senato della Repubblica”

PREMESSA

L’accesso tempestivo alle cure da parte dei cittadini è il grande obiettivo mancato del nostro Servizio Sanitario Nazionale.

È l’Istat ad affermare che “La quota delle persone che hanno dovuto fare a meno delle cure ammonta al 7,6% sull’intera popolazione nel 2023, in aumento rispetto al 7,0% dell’anno precedente. Con 372 mila persone in più si raggiunge un contingente di circa 4,5 mln di cittadini che hanno dovuto rinunciare a visite o accertamenti per problemi economici, di lista di attesa o difficoltà di accesso” e aggiunge che “Sono poche le regioni che nel 2023 tornano a livelli più bassi del 2019...”.

Di conseguenza cresce la spesa sanitaria privata da parte delle famiglie che secondo la Corte dei conti nel periodo 2021-2023 è passata da 41 a 43 miliardi di euro con un’incidenza sul PIL nel 2023 pari al 2,1%.

Le liste di attesa che sono quindi sempre più evidenti ed impattanti nella vita delle famiglie hanno bisogno di misure di governo capaci di produrre effetti immediati, concreti e direttamente tangibili da parte dei cittadini. In caso contrario la fiducia di quest'ultimi nel Servizio Sanitario Pubblico verrà meno con tutte le conseguenze che ciò comporta in un SSN sostenuto dalla fiscalità generale.

Il Decreto-Legge 7 giugno 2024 n. 73 "Misure urgenti per la riduzione dei tempi delle liste di attesa delle prestazioni sanitarie" e la relativa Legge di conversione purtroppo non stanno ancora producendo gli effetti annunciati a causa innanzitutto dei ritardi nell'emanazione di tutti i Decreti attuativi.

A questo va aggiunto il depotenziamento inflitto al Decreto-legge in fase di sua conversione rispetto ad una serie di misure come, ad esempio, **l'impossibilità per la piattaforma nazionale di Agenas di verificare il rispetto del divieto di sospensione o di chiusura delle attività di prenotazione, nonché la produttività con tasso di saturazione delle risorse umane e tecnologiche. Inoltre, la piattaforma non potrà verificare il rispetto dei tempi massimi di attesa in relazione ai codici di priorità ma soltanto la loro "modulazione".**

Totalmente cancellato il ruolo dei cittadini nell'attività di segnalazione in caso di mancato rispetto dei diritti e pressoché disatteso in quasi tutte le Regioni il meccanismo di garanzia previsto (il cosiddetto meccanismo salta code) in caso di superamento dei tempi massimi di attesa di cui all'art. 3 comma 10 della legge di conversione 29 luglio 2024, n. 107.

Per questo il DDL S. 1241 rappresenta una nuova opportunità per tentare di intervenire sul tema delle liste di attesa, questa volta in modo più efficace, introducendo misure volte a produrre effetti diretti, concreti e immediatamente tangibili nella vita delle persone.

OSSERVAZIONI AL DDL S. 1241

- **L'attuale formulazione del comma 4 dell'art. 1 non produce alcun effetto migliorativo nella reale garanzia dell'erogazione delle prestazioni sanitarie entro i tempi massimi previsti dalle norme per ciascun codice di priorità. Il testo si limita ad enunciare un principio di massima troppo generale, peraltro già previsto negli anni in molti altri provvedimenti e purtroppo sempre disatteso. Al contrario bisognerebbe sancire all'interno del DDL il diritto del cittadino ad ottenere contestualmente alla telefonata al CUP la data della prenotazione della prestazione rispettosa dei tempi massimi di attesa previsti dalla legge per ciascun codice di priorità. In caso di impossibilità, l'operatore CUP entro le 48 ore successive alla telefonata deve automaticamente ricontattare il cittadino fornendo la data della prenotazione rispettosa dei tempi massimi previsti dalla legge o in alternativa la contestuale autorizzazione a svolgere la prestazione in intramoenia o nelle strutture private accreditate individuate dall'ASL/Regione con il solo pagamento del ticket (la differenza rimane a carico del SSR).**

Ciò che va garantito è la **certezza del diritto da parte del cittadino** ad ottenere la prestazione appropriata entro i tempi massimi previsti dalla legge per ciascun codice di priorità e in un ambito di garanzia che rispetti i principi di prossimità e raggiungibilità.

Si evince che il rispetto dei tempi massimi si applichi a tutte le prestazioni definite LEA: prestazioni diagnostiche, specialistiche, in regime di ricovero (es. visita neuropsichiatrica, percorsi di PMA, chirurgia ambulatoriale, etc.). Per chiarezza e trasparenza tale aspetto andrebbe sottolineato

- Bene il comma 2 dell'art. 1 che prevede la possibilità di presa in carico del paziente attraverso l'attuazione del Percorso diagnostico terapeutico per lo svolgimento degli ulteriori accertamenti volti a completare le indagini relative al sospetto diagnostico. Andrebbe altresì riaffermato il principio che per le persone con patologia cronica e/o rara le date degli ulteriori controlli, successivi al primo accesso, vanno prenotate direttamente dalla struttura sanitaria contestualmente alla visita. **Andrebbero altresì incentivata la realizzazione di PDTA per patologie/condizioni che ad oggi sono sprovviste di percorsi codificati (es. endometriosi, patologie croniche della pelle come psoriasi, vitiligine, etc.).**
- Il comma 7 dell'art. 1 nel richiamare giustamente le aziende sanitarie all'utilizzo di tutti gli strumenti di telemedicina, fa espresso riferimento al rispetto degli indirizzi e delle linee guida adottati in materia.

Quest'ultime però, approvate con Decreto del Ministero della Salute 21 settembre 2022, prevedono criteri di eleggibilità che rischiano di escludere una buona fetta di coloro che ne necessiterebbero, a partire dalle fasce di popolazione più povere, nonché socialmente e culturalmente più svantaggiate. Il decreto infatti prevede che:

“L'eleggibilità clinica è a giudizio insindacabile del medico, che, in base alle condizioni cliniche e sociali del paziente, valuta se proporre al paziente i servizi di telemedicina (ad esempio, una visita di controllo in modalità televisita). Saranno, inoltre, valutate sia l'idoneità che la dotazione tecnologica di cui il paziente dispone (es. smartphone con caratteristiche adeguate all'istallazione di specifiche app per la televisita), e la capacità di utilizzo degli appositi kit per la telemedicina. In quest'ultimo caso può anche essere necessario un sopralluogo per verificare le caratteristiche fisiche, impiantistiche ed igieniche del domicilio del paziente. Contestualmente andranno verificati gli aspetti connessi con la digital literacy del paziente e/o del caregiver al fine di valutare l'appropriatezza dei dispositivi e il grado di autonomia nell'uso.”

Sarebbe auspicabile prevedere nel DDL la necessità di un aggiornamento delle Linee guida sulla Telemedicina in un'ottica di maggior inclusione della popolazione target e di equità di accesso, anche supportando in queste valutazioni i clinici con formazione e/o strumenti di rilevazione di idoneità ad hoc.

Ai fini di un corretto utilizzo, andrebbe altresì prevista la tariffazione relativa alle prestazioni di telemedicina.

- Bene l'Istituzione e il funzionamento del Sistema nazionale di governo delle liste di attesa.

A tal proposito condividiamo la necessità di implementare il Sistema Nazionale Linee Guida e il programma nazionale delle buone pratiche clinico-assistenziali, sottolineando però che devono poter contare sulle giuste risorse economiche e su un robusto sistema di monitoraggio relativo alla reale attuazione nelle Regioni dei documenti che da loro vengono redatti. Questi due elementi (risorse e monitoraggio) dovrebbero essere inseriti nel DDL.

Positivo il riferimento all'Agenas per la sua attività di monitoraggio ma la stessa deve essere potenziata attraverso l'espressa previsione della possibilità di verificare mediante la Piattaforma nazionale sulle liste di attesa anche:

1. il rispetto del divieto di sospensione o di chiusura delle attività di prenotazione;
2. la produttività con tasso di saturazione delle risorse umane e tecnologiche.

- Positiva e necessaria la previsione di rafforzare il **Nuovo Sistema di Garanzia dei Lea** con nuovi e molteplici indicatori sulle liste di attesa.
- Riguardo alla Cabina di Regia del sistema Nazionale di governo delle Liste di attesa di cui al comma 2 dell'art. 2 del DDL è necessario prevedere:

1. la realizzazione e la pubblicazione di un'agenda pubblica dei suoi lavori;
 2. la stesura e la pubblicazione di una relazione semestrale su dati e attuazione delle norme in materia di liste di attesa.
- **Condividiamo la previsione dell'Istituzione del Registro nazionale a cui accedono i cittadini per segnalare problematiche e disservizi in materia di erogazione delle prestazioni sanitarie.**
A tal proposito chiediamo che all'interno del DDL venga espressamente previsto l'attivazione del registro entro sei mesi dall'approvazione del presente DDL e la possibilità di segnalazione anche telefonica, soprattutto per le persone che non sono in grado di utilizzare servizi online. Inoltre, è necessario che alla segnalazione del cittadino segua necessariamente anche l'analisi e la presa in carico del caso, con conseguente riscontro al cittadino e intervento sulla Regione/struttura oggetto di disservizio. Inoltre, sarebbe utile prevedere la presentazione e pubblicazione di un Rapporto che faccia il punto sul numero e sui contenuti delle segnalazioni dei cittadini.
 - **Con riferimento all'art. 9 comma 2 si segnalano oneri a carico degli utenti per lo svolgimento in telemedicina delle prestazioni da parte degli erogatori delle prestazioni laboratoristiche, senza specificare se le stesse saranno**

alternative alle prestazioni tradizionali o aggiuntive. Nel primo caso ci troveremmo in presenza di uno spostamento inaccettabile dei costi dei LEA dal SSN alle famiglie.

- Bene l'art. 10 relativo alle "misure premiali e valutazione degli obiettivi per la riduzione delle liste di attesa".
Proponiamo all'interno del DDL la previsione che le verifiche del rispetto degli obiettivi dei Direttori Regionali, dei DG e di tutti gli altri attori, tengano conto per quanto riguarda il monitoraggio del Ministero della Salute dei dati raccolti:
 1. dalla Piattaforma Agenas;
 2. dal registro delle segnalazioni;
 3. dall'Organismo di verifica e controllo sull'assistenza sanitaria di cui alla **legge di conversione 29 luglio 2024, n. 107**

- È necessario prevedere all'interno del DDL lo **stanziamento di risorse ad hoc, vincolate per il finanziamento strutturale e l'attuazione della strategia nazionale di governo delle liste di attesa**, anche prevedendo quota parte delle risorse degli Obiettivi di Piano Sanitario Nazionale (che va assolutamente aggiornato).