



Osservazioni CGIL

DECRETO-LEGGE 7 giugno 2024, n. 73 pubblicato in G.U. in data 07.06.2024

Il 4 giugno 2024 il Consiglio dei Ministri (CdM) n. 84 ha approvato due testi in materia di riduzione dei tempi delle liste di attesa e garanzia sulle prestazioni sanitarie.

Il DECRETO-LEGGE pubblicato in G.U. in data 07 giugno 2024 titola "*Misure urgenti per la riduzione dei tempi delle liste di attesa delle prestazioni sanitarie*".

Di norma, la decretazione d'urgenza è finalizzata a emanare disposizioni soltanto "*in casi straordinari di necessità ed urgenza*" (art. 77, comma 2, Cost.), ma nulla di quanto previsto nel presente testo pare giustificare l'uso, visto che si tratta per lo più di misure di **monitoraggio** (art 1), **vigilanza e controllo** (art 2), o di misure **già previste** (art. 3) o **non vietate** e in parte **già utilizzate** (art. 4) nel nostro ordinamento, o di carattere **programmatorio** (c. 6). Si tratta di misure per altro spesso **prive di copertura economica e ricche di rinvii a futuri decreti** ministeriali, da cui si conferma l'assenza dei criteri di necessità e urgenza che giustificano l'uso del decreto-legge. Pare difficile escludere che il provvedimento sia stato approvato dal CdM del 4 giugno 2024 per puro scopo di propaganda elettorale in vista dell'appuntamento elettorale dell'8-9 giugno 2024. **La promessa abrogazione delle previsioni vigenti in materia di tetto di spesa non è presente** nel testo.

Il decreto-legge di cui sopra è accompagnato da un DDL che titola “Misure di garanzia sulle prestazioni sanitarie” – testo più corposo, costituito da 15 articoli, approvato dal CdM nella medesima seduta. In questo DDL pare siano state raccolte disposizioni presenti nella prima bozza del decreto-legge. Il DDL dovrà comunque seguire l’iter parlamentare prima di entrare in vigore; dunque, la sua approvazione in CdM condivide gli scopi squisitamente propagandisti di cui sopra.

Quello che doveva essere un decreto per affrontare l’annosa questione delle liste d’attesa si sgonfia di aspettative, finendo per prevedere cose che sono già, in gran parte, previste dal Piano Nazionale di Governo delle Liste d’Attesa (PNGLA) 2019-2021 come le classi di priorità per le prescrizioni (urgente, breve, differibile e programmata), il CUP unico regionale con tutte le agende di prenotazione delle prestazioni disponibili - sia del pubblico che del privato convenzionato -, il sistema di monitoraggio, le disdette delle prenotazioni, i percorsi di tutela, il divieto di liste chiuse. Come è già prevista dal PNGLA la possibilità di accertamenti diagnostici il sabato, la domenica e nelle ore serali, ma nel decreto d’urgenza non si indica con quali professionisti e non si chiarisce chi dovrebbe coprire quei turni ulteriori. Le lunghe liste d’attesa sono un problema complesso da affrontare, sono certamente utili monitoraggi e dati, ma servono soprattutto visione e risorse da investire nel SSN, nel suo personale, quello in forza e quello da assumere al più presto. Aspetti che il decreto dimentica di affrontare.

.....

ANALISI DELL’ARTICOLATO

Il primo testo è un DECRETO-LEGGE RECANTE MISURE URGENTI PER LA RIDUZIONE DEI TEMPI DELLE LISTE DI ATTESA PER L’EROGAZIONE DELLE PRESTAZIONI SANITARIE. Si compone di **otto articoli**.

L’art. 1 istituisce presso l’AGENAS **la Piattaforma nazionale per le liste d’attesa** di cui si avvale il Ministero della Salute. La nuova Piattaforma è finalizzata a realizzare **l’interoperabilità con le piattaforme per le liste di attesa regionali e delle province autonome** (la cui realizzazione è rinviata a linee guida da adottare con futuro decreto – c.3). La piattaforma avrebbe l’**obiettivo** di garantire il **monitoraggio** dei seguenti elementi (c.5):

- a) misurazione delle prestazioni in lista di attesa sul territorio nazionale;
- b) disponibilità di agende sia per il sistema pubblico che privato accreditato;
- c) verifica del rispetto del divieto di sospensione o di chiusura delle agende;
- d) modulazione dei tempi di attesa in relazione alle classi di priorità;
- e) produttività con tasso di saturazione delle risorse umane e tecnologiche;
- f) attuazione del DM n. 77/2022;

- g) appropriatezza nell'accesso alle prestazioni, anche utilizzando piattaforme di intelligenza artificiale, in coerenza con i criteri Raggruppamenti Omogenei di Attesa (RAO) e con le raccomandazioni previste nelle Linee guida e suggerite nelle Buone pratiche clinico-assistenziali.

Si affidano ad AGENAS meccanismi di *audit* nei confronti delle regioni nei cui territori insistono le aziende sanitarie titolari delle agende dove si riscontrano inefficienze o anomalie (c.6). Dall'attuazione del presente articolo non devono derivare nuovi o maggiori oneri per la finanza pubblica (c.7).

Commento:

Le azioni di monitoraggio, se supportate da una buona progettazione, sono sempre utili alla lettura dei diversi fenomeni. Non si comprende però come la piattaforma istituita possa permettere di realizzare tutti gli obiettivi elencati.

Il decreto prevede che entro 60 giorni si adottino linee guida per la definizione dei criteri di realizzazione, funzionamento e interoperabilità. Solo successivamente sarà possibile esprimere puntuali valutazioni.

Non essendo previste risorse aggiuntive, gli obiettivi indicati alle lettere e) "produttività con tasso di saturazione delle risorse umane e tecnologiche" e f) "attuazione del regolamento di cui al decreto del Ministro della salute 23 maggio 2022, n. 77", paiono non realizzabili.

L'art. 2 istituisce presso il Ministero della Salute l'**Organismo di verifica e controllo sull'assistenza sanitaria**. L'Organismo svolge tutte le funzioni già attribuite al Sistema nazionale di verifica e controllo sull'assistenza sanitaria (SIVeAS - ex L. 266/2005, articolo 1, comma 288). L'obiettivo dell'organismo è il rafforzamento delle attività di **vigilanza e controllo presso le Aziende locali e ospedaliere e presso gli erogatori privati accreditati** sul rispetto dei criteri di efficienza e di appropriatezza nella erogazione di servizi e prestazioni sanitarie e sul corretto funzionamento del sistema di gestione delle liste di attesa. L'articolo contiene indicazioni sulle facoltà (c.3) e la composizione dell'Organismo (c.4), sugli oneri derivanti dalla sua attuazione (c.7), sulle funzioni del personale (c.5 - polizia amministrativa e di polizia giudiziaria e agente di pubblica sicurezza) e del suo diritto di avvalersi del Comando Carabinieri per la tutela della salute.

Commento:

Le funzioni di verifica e controllo ad oggi sono già attribuite al SIVeAs, e l'unico elemento di novità sembra essere dato dalla costituzione di un ufficio dirigenziale di livello generale composto da quattro uffici con funzioni di polizia amministrativa e di polizia giudiziaria. Vista la recente riorganizzazione del Ministero in termini espansivi, non si ritiene responsabile una spesa per altri 3,6 milioni di euro per la creazione di una struttura ridondante.

Appare grave che tale organismo, alle dirette dipendenze del ministero e con il supporto del Comando dei Carabinieri, verificate disfunzioni emergenti a seguito del controllo delle agende di prenotazione su segnalazione del cittadino, degli enti locali

e delle associazioni degli utenti possa anche revocare o non rinnovare l'incarico ai responsabili regionali o aziendali; si prefigura la possibile lesione del principio di leale collaborazione tra Stato, Regioni e Province autonome. Più utile sarebbe stato prevedere strumenti per il rafforzamento della partecipazione tra i diversi soggetti istituzionali; mancano inoltre indicazioni sulle responsabilità e sanzioni dei soggetti privati per eventuali inadempienze.

L'art. 3 istituisce **un CUP unico (a livello regionale o infra-regionale) con tutte le prestazioni disponibili presso gli erogatori pubblici e privati accreditati** ospedalieri e ambulatoriali. Quanto agli **erogatori privati**, l'articolo prevede che il pieno collegamento dei loro centri di prenotazione con il CUP unico sia condizione, a pena di nullità, per la stipula degli accordi contrattuali (c.2), e sia invece considerato specifico elemento di valutazione (premialità), nell'ambito delle procedure di rilascio dell'accreditamento istituzionale (c.3).

Il CUP unico attiverà un sistema di promemoria e disdetta per gli assistiti e sistemi di ottimizzazione delle agende (c.5). Si prevede che l'assistito che non effettua la visita o l'esame prenotato senza preavviso **“può essere” tenuto al pagamento della quota ordinaria di partecipazione al costo, nella misura prevista per gli assistiti appartenenti alla fascia di reddito più bassa** (c.7).

È previsto il **divieto** per le aziende sanitarie e ospedaliere di **sospendere o chiudere le attività di prenotazione (agende)**. Vengono **raddoppiate le sanzioni** (nel minimo e nel massimo edittale) previste in violazione del divieto (c.9).

Si aggiunge che, se le prestazioni non possono essere erogate nei tempi previsti dalle vigenti classi di priorità, **le DG aziendali garantiscono la prestazione in intramoenia o attraverso il privato accreditato** (c.10). Non si comprende come sia possibile garantire il meccanismo **senza nuovi o maggiori oneri** per la finanza pubblica (c. 12). Si deve ricorrere alle risorse già previste nella legge di bilancio 2024 (lo 0,4 % vincolato del fondo indistinto, pari a circa 500 ml di €, e un aumento dell'1% sul valore 2011 per gli accreditati privati, pari a 123 ml nel 2024 e 370 milioni nel 2025).

Commento:

La disposizione non contiene elementi innovativi, dal momento che il CUP regionale o infraregionale dovrebbe già essere stato istituito (PNGLA 2019-21 - intesa Feb. 2019). Come non si ravvisano elementi di novità né sulle sanzioni da applicare all'assistito in caso di mancato preavviso (procedura in vigore da anni in diverse Regioni), né per il divieto di sospendere o chiudere le cosiddette “agende di prenotazione” (divieto già previsto dall'articolo 1, comma 282 della legge 23 dicembre 2005, n. 266).

Quanto al percorso alternativo per il rispetto dei tempi previsti dalle classi di priorità, il provvedimento ignora che il d.lgs. 124/1998 prevedeva già il diritto ad ottenere la prestazione pagando e ad essere successivamente rimborsati - normativa senza ricadute apprezzabili. È plausibile ritenere che fallirà anche questa nuova disposizione che impatterà negativamente sulle organizzazioni delle strutture pubbliche, sulle risorse e di conseguenza avrà un ritorno negativo sull'utenza.

Appare infine del tutto inutile la logica sanzionatoria del c.9.

L'art. 4 prevede il **potenziamento offerta assistenziale** rispetto a visite diagnostiche e specialistica, **prolungando la fascia oraria e allargando al fine settimana** (sabato e domenica) (c.1).

Per **evitare abusi** dell'attività in intramoenia a scapito dell'attività istituzionale, si prevede il **divieto** che l'attività libero-professionale possa comportare per ciascun dipendente un volume di prestazione superiore a quello assicurato per i compiti istituzionali. Controllo: la DG aziendale monitora l'equilibrio delle due attività e in caso di violazione può sospendere il dipendente dall'attività intramoenia (c.2). Finanziamento (c.3): si provvede nell'ambito delle risorse di cui all'articolo 1, comma 232, ultimo periodo, della legge 30 dicembre 2023, n. 213.

Commento:

*Disposizione già presente sul vigente PRGLA e comunque **non vietata**: non se ne ravvede l'urgenza. In una situazione in cui il SSN soffre di una grande carenza di personale, non si comprende come si potranno effettuare le visite diagnostiche e specialistiche il sabato e domenica senza aumentare i carichi di lavoro già oggi inaccettabili, e senza violare le norme in materia di limiti dell'orario di lavoro e riposi obbligatori.*

Non sono previste risorse aggiuntive ma, per il solo 2024, è ribadita la possibilità per le Regioni e le province autonome di utilizzare una quota non superiore allo 0,4% del livello di finanziamento indistinto del FSN.

L'art. 5 prevede il **superamento tetto di spesa per assunzione del personale sanitario**:

Co.1 **Nel 2024: incremento** dei valori di spesa a livello regionale (per il personale delle aziende/enti del SSN) **del 10%** dell'incremento del fondo sanitario regionale rispetto a quanto autorizzato per l'esercizio precedente dal Decreto Calabria e, su richiesta della regione, di un ulteriore importo sino al **5%** del predetto incremento.

Co.2 **Dal 2025**: rinvio a uno o più **decreti** del Ministro della salute con cui **si adotterà una nuova metodologia** per la definizione del fabbisogno di personale degli enti del SSN. Le regioni, sulla base di questa metodologia, predisporranno il piano dei fabbisogni triennali per il SSR, che sono approvati con decreto del Ministro della salute. Co.3 Fino all'adozione del decreto di cui al c.2, si applica l'articolo 11 del decreto-legge 30 aprile 2019, n. 35, convertito con legge 25 giugno 2019, n. 60.

Commento:

Si preservano gli effetti del **Decreto Calabria** fino alla piena operatività della nuova metodologia di calcolo del fabbisogno, salvaguardando così la retribuzione accessoria del personale. Per la definizione del fabbisogno di personale è prevista una **nuova metodologia** annunciata da molto tempo e rinviata al 2025 (c.2) – violando ancora il criterio di urgenza. **La promessa e declamata abrogazione delle previsioni vigenti in materia di limiti di spesa non è presente nel decreto-legge.**

Le disposizioni del c.1 determineranno ulteriore disparità sulle dotazioni organiche tra le Regioni che hanno disponibilità finanziaria e le Regioni in sofferenza finanziaria, e dunque ulteriori disequaglianze nell'accesso alle cure.

L'**art. 6** rinvia a futuro decreto (60gg) con cui venga definito un piano d'azione finalizzato al **rafforzamento della capacità di erogazione dei servizi** sanitari e all'incremento dell'utilizzo dei servizi sanitari e sociosanitari sul territorio, **esclusivamente per le regioni destinatarie del Programma Nazionale Equità nella Salute 2021-2027**. Il piano d'azione individuerà iniziative finalizzate al rafforzamento dei servizi domiciliari o ambulatoriali, nonché all'attività svolta dai Dipartimenti di salute mentale, dalle REMS, dai Consultori Familiari e dai Punti per gli screening oncologici.

Commento:

Risulta difficile commentare il rinvio a futuro decreto di una misura indicata come novità, ma già esistente. Dal 2023 ci sono tavoli di confronto istituzionali nazionali e regionali, e molti assessorati regionali sono già impegnati nei progetti per la realizzazione degli interventi previsti. Non solo non si ravvisa il criterio di urgenza, ma diventa impossibile comprendere l'impegno di risorse la cui destinazione è già nota, con bandi di gara già avviati. Il contenuto di questo articolo sembra indicare la completa assenza di dialogo tra il Ministero della salute e le 7 Regioni del meridione.

L'**art. 7** prevede disposizioni in materia di **compensi erogati per lo svolgimento delle prestazioni aggiuntive su base volontaria** svolte dal personale medico (co.1) e del comparto sanitario (co.2). Detti compensi saranno soggetti a una **imposta sostitutiva dell'imposta sul reddito delle persone fisiche e delle addizionali regionali e comunali pari al 15% (detassazione con aliquota fissa)**. -

I commi 3 e 4 valutano gli **oneri** derivanti dall'attuazione dei commi 1 e 2:

- personale medico: 72,8 milioni per il 2024; 131,5 milioni di euro per il 2025; 135,9 milioni per il 2026; 135,6 milioni annui a decorrere dal 2027.
- comparto sanitario: 15,6 milioni per il 2024; 28,8 milioni per il 2025; 30 milioni per il 2026; 29,9 milioni annui a decorrere dal 2027.

Il comma 6 reca la **copertura finanziaria** degli oneri derivanti dalla disposizione.

Commento:

*La norma prevede una parziale **defiscalizzazione con finalità d'incentivo**.*

Il ricorso alle prestazioni aggiuntive, sebbene sia una modalità temporanea prevista dai CCNL per l'abbattimento delle liste di attesa, non deve aumentare oltre i limiti delle strette necessità, distraendo risorse per l'obiettivo delle assunzioni di nuovo personale dipendente. Si tratta di un articolo "scorciatoia". La vera soluzione non è quella di far lavorare di più chi è già in servizio, ma quella di aumentare in modo congruo gli organici, sia per il servizio pubblico che per i soggetti privati che lavorano per il pubblico.

Urge poi una riflessione più complessiva sullo strumento, sempre più usato (e abusato), delle agevolazioni fiscali e contributive.

Non trovando copertura su quanto si sarebbe risparmiato dalla retribuzione accessoria dei medici, come previsto dalla prima bozza del D-L, le detrazioni sono finanziate tramite fondi del Ministero della Salute, del Ministero dell'Economia, riducendo di 25 milioni il fondo per i danneggiati da trasfusioni e vaccinazioni e riducendo le risorse per il perseguimento degli obiettivi sanitari di carattere prioritario e di rilievo nazionale. Conseguentemente il livello del finanziamento del fabbisogno sanitario nazionale standard cui concorre lo Stato è ridotto.

L'art. 8 sancisce l'entrata in vigore del decreto-legge in data 8 giugno 2024 e sarà presentato alle Camere per la conversione in legge.

Roma 7 giugno 2024