



Audizione sul ddl 1161 (dl 73/2024 - liste di attesa)
COMMISSIONE AFFARI SOCIALI, SANITA'
LAVORO PUBBLICO E PRIVATO, PREVIDENZA SOCIALE
Senato della Repubblica
martedì 25 giugno 2024

Federsanità - Confederazione delle Federsanità Anci regionali (articolo 27 Statuto ANCI) associa le Aziende Sanitarie Locali, Ospedaliere e gli Irccs insieme ai rappresentanti dei Comuni associati alle Anci regionali di riferimento. Costituita nel 1995, fin dalla sua fondazione, lavora sull'intuizione che la deospedalizzazione, i servizi territoriali avanzati e la prevenzione sono di fondamentale supporto alla sanità pubblica poiché finalizzate ad evitare una sanità a due velocità: efficace nelle strutture ospedaliere e poco presente e coordinata con i gli enti locali che operano sul territorio per l'erogazione dei servizi di assistenza. Obiettivo statutario è quello di favorire azioni e politiche finalizzate alla promozione di percorsi di integrazione sociosanitaria e socioassistenziale fortemente orientate ad una nuova concezione della "presa in carico" della persona basata su prossimità, proattività, personalizzazione, partecipazione.

Premessa

Nell'accogliere con favore il provvedimento che prova ad affrontare il problema delle liste di attesa, introducendo nuove soluzioni e rafforzando alcuni principi, è necessario, preliminarmente alle considerazioni in merito ai singoli punti dell'articolato, sottolineare tre aspetti più generali e di metodo dei quali si ritiene sia necessario tener conto nei prossimi provvedimenti legislativi direttamente collegati al decreto legge di cui all'oggetto.

La riduzione dei tempi delle liste di attesa delle prestazioni ambulatoriali certamente passa attraverso iniziative di ottimizzazione della struttura dell'offerta e di incremento del numero delle stesse. Lavorare, però, esclusivamente sul potenziamento dell'offerta senza parallelamente avviare iniziative finalizzate al perseguimento dell'appropriatezza prescrittiva espone il sistema al "rischio" di una crescita della domanda non collegata ai reali bisogni sanitari dei cittadini determinando un incremento di spesa per il sistema sanitario nazionale a fronte di nessun miglioramento dello Stato di salute dei cittadini stessi.





Non lavorare sul versante della corretta qualificazione della domanda espone peraltro "al rischio" che i due principali attori di tale processo - ovvero i cittadini ed i professionisti della salute - non siano "sollecitati", i primi ad un "uso responsabile" della risorsa pubblica ed i secondi a avere o mantenere una costante tensione nel perseguimento degli obiettivi di appropriatezza prescrittiva.

Per quanto più strettamente riferito a tutte le previsioni collegate ai sistemi di misurazione di risultati e performance nonché ad attività di vigilanza e controllo è necessario che preliminarmente si sottolinei come debbano essere distinte due fattispecie.

1. I comportamenti "opportunistici" dei soggetti erogatori relativi in particolare alla messa a disposizione delle agende di prenotazione e più in generale della programmazione delle attività ambulatoriali (da sanzionare).
2. Il mancato rispetto dei tempi massimi che potrebbe dipendere da fatti esogeni alle regioni, alle strutture ed ai professionisti (da non sanzionare)

Un ulteriore elemento di criticità di carattere generale è che nel decreto la gestione delle attività ambulatoriali, con particolare riferimento alla gestione delle agende e delle liste d'attesa, sia considerata in maniera autonoma come se fosse indipendente e svincolata, sotto il versante operativo, dalle altre attività e servizi garantiti di cui agli altri setting assistenziali.

Entrando nello specifico dell'articolato si rappresenta quanto segue:

Art. 1 Istituzione della Piattaforma nazionale liste di attesa

L'istituzione di una piattaforma nazionale liste di attesa rappresenta un passo importante nel potenziamento dei sistemi di supporto alle decisioni e di monitoraggio delle performance dei servizi superando gli attuali sistemi ex post e garantendo a tutti i soggetti del Sistema di avere uno strumento e metriche comuni.

In riferimento agli obiettivi di misurazione dell'efficacia, di cui al comma 5, particolare attenzione dovrà essere posta nella costruzione degli indicatori di cui alla lettera e) riferiti alla misura della produttività delle risorse umane e tecnologiche: in assenza di banche dati estremamente solide e aggiornate si rischia che tali valutazioni strettamente gestionali risultino non corrette. Al fine di garantire il perseguimento di questo ambizioso obiettivo di monitoraggio sarebbe necessario costruire, quantomeno per le banche dati del personale e del parco tecnologico, dei repository nazionali che in tempo reale acquisiscano, sempre con lo strumento dell'interoperabilità, dati dalle piattaforme regionali o aziendali.

Particolarmente interessante, soprattutto in termini prospettici, è la previsione di cui alla lettera g) riferita all'utilizzo di piattaforme di intelligenza artificiale per, in una prima fase, valutare la potenziale inappropriata delle prestazioni richieste e in una seconda fase volte a "supportare" i professionisti nelle attività prescrittive.

A blue handwritten signature or mark in the bottom right corner of the page.



Art. 2 Organismo di verifica e controllo sull'assistenza sanitaria

Qualche dubbio nasce sul valore aggiunto legato all'istituzione **Indi**: questo nuovo organismo di verifica i cui compiti sembrano in parte sovrapponibili a quelli già assegnati dall'ordinamento ad altri soggetti o istituzioni.

Il riferimento alle previsioni di cui al comma 3, particolare attenzione dovrà essere posta ai criteri per la valutazione preliminare delle istanze e segnalazioni al fine di scongiurare un ulteriore appesantimento organizzativo per le strutture chiamate a dover fornire documenti, riscontri e chiarimenti per segnalazioni non sufficientemente "qualificate".

Per lo scrivente, dubbi si sollevano in merito alla previsione di cui all'ultimo periodo del citato comma 3 riferita "all'utilizzo" degli esiti degli accertamenti quali elementi di valutazione da parte del Ministero nei confronti dei responsabili regionali o aziendali ai fini di misure sanzionatorie e premiali. Per loro natura i sistemi di sanzione/premio si basano sulla definizione ad "inizio periodo" di obiettivi di risultato e di performance e sulla verifica "a fine periodo" del livello di raggiungimento con conseguenti ricadute in termini economici e/o contrattuali.

Sul tema delle responsabilità e delle connesse ricadute in termini di remunerazione si ritiene che vada superato il modello della sanzione-premio. Come Federsanità non ci si può esimere dal sottoporre all'attenzione delle SS.VV. che la "comunità" dei Direttori Generali è pronta ad inserire nei propri contratti gli obiettivi di cui al presente documento facendoli divenire obiettivi di mandato; a questo, però, deve essere collegata una revisione del trattamento economico dei citati Direttori Generali che è fermo a quello previsto nel 1995 (probabilmente unico dei trattamenti economici vigenti nella pubblica amministrazione quantificato ancora in lire) non tenendo in alcun modo in considerazione quanto sia cresciuto in questi quasi trenta anni il perimetro delle responsabilità manageriali e personali di tale figura professionale.

A tal proposito si propone di emendare il testo del decreto con la modifica dell'art. 1 del D.P.C.M. 19 luglio 1995 n. 502 come modificato dall'art. 1 D.P.C.M. 31 maggio 2001 n. 319, prevedendo che al comma 5 prima frase secondo alinea, le parole "superiore a lire trecentomilioni" siano sostituite con le parole "inferiore a 180.000,00 euro ed entro il valore massimo di 240.000,00 euro".

Art. 3 Disposizioni per l'implementazione del sistema di prenotazione delle prestazioni sanitarie

Con grande favore vengono colte le previsioni di cui ai primi tre commi dell'articolo 3 relative all'obbligatorietà per le strutture private accreditate di essere collegate ai centri unici regionali e in modo da gestire attraverso questi ultimi anche l'importante quota di offerta ambulatoriale del servizio sanitario nazionale messa a disposizione dai soggetti privati accreditati.

Si ritiene, infatti, che la messa a disposizione nei sistemi di prenotazione regionali della totalità delle agende ambulatoriali dei soggetti privati accreditati ed il conseguente aumento di offerta possa contribuire in termini sostanziali al rispetto dei tempi di attesa.



Di grande utilità saranno, inoltre, le iniziative previste in carico alle regioni dai commi 4 e 5 relative alla gestione con nuovi strumenti digitali delle attività di gestione dell'appuntamento e di pagamento nonché all'introduzione dei sistemi automatici per la conferma dell'appuntamento stesso.

In ragione di quanto detto in premessa in merito alla necessità di "responsabilizzare" i cittadini si ritiene che il cittadino che non si presenti il giorno dell'appuntamento "senza giustificata disdetta, salvi i casi di forza maggiore impossibilità sopravvenuta,..." debba essere tenuto al pagamento non solo della quota di compartecipazione ma dell'intero valore della prestazione magari prevedendo forme di gradualità di tale previsione in base alla condizione socio economica dell'individuo.

In merito alle previsioni di cui al comma 10 è necessario fare alcune doverose riflessioni riferite alle possibilità reali da parte dei Direttori generali di dare applicazione alle stesse.

Dovendo preliminarmente sottolineare come vada chiarito se il monitoraggio del rispetto dei tempi previsti dalle classi di priorità debba esser fatto a livello di azienda territoriale o anche di azienda ospedaliera/ ospedaliero universitaria/IRCCS, è necessario sottolineare come le iniziative di carattere straordinario da implementare si potranno realmente attivare solo a fronte di una formale assegnazione da parte delle Regioni alle singole aziende di quota delle risorse di cui all'articolo uno, commi 232 e 233, della legge 30 dicembre 2023 n° 213.

È inoltre necessario ricordare che l'utilizzo dell'attività libero professionale intramuraria e delle prestazioni aggiuntive si potrà effettuare solo a fronte di una adesione volontaria da parte del personale che, se pur "stimolato" alla partecipazione da quanto previsto all'articolo 7, potrebbe non aderire alla richiesta aziendale e questo toglierebbe, almeno per i direttori generali delle aziende ospedaliere/ ospedaliero universitarie/IRCCS, l'unica leva possibile stante l'impossibilità di ricorrere al sistema del privato accreditato.

Art. 4 potenziamento dell'offerta assistenziale in relazione alle visite diagnostiche e specialistiche

In riferimento alla previsione riferita all'erogazione nei giorni di sabato e domenica delle prestazioni ambulatoriali nonché all'ampliamento della fascia oraria di erogazione risulta difficile comprendere in che modo, a risorse date, possa essere perseguito tale obiettivo.

L'incremento della offerta di prestazioni ambulatoriali passa obbligatoriamente attraverso la crescita delle risorse umane impegnate in tale setting assistenziale.

Sul tale punto sarà quindi fondamentale definire in che modo le Regioni, anche mediante le iniziative dei propri Direttori, supporteranno le aziende nel creare le condizioni per i citati incrementi di attività.

Art. 5 – superamento del tetto di spesa per l'assunzione di personale sanitario

Le previsioni dell'articolo 5 sono pienamente condivisibili. Su due previsioni, entrambe contenute al comma 2, si ritiene dover fare delle considerazioni:

1. determinante sarà la capacità di elaborare una metodologia della definizione dei fabbisogni di personale che, dovendo obbligatoriamente tener conto dei limiti di cui al comma uno



- dell'articolo, comunque sia in grado di valutare correttamente il bisogno di risorse umane tenendo conto della quantità e tipologia di servizi da rendere nonché dei diversi contesti organizzativi nei quali le stesse andranno erogate;
2. soprattutto in ragione della necessità a livello aziendale di garantire coerenza tra la quantità di risorse da impegnare nei processi assistenziali e l'offerta degli stessi, qualche preoccupazione nasce dall'iter previsto per l'approvazione dei piani triennali dei fabbisogni delle regioni. "L'appesantimento burocratico" che tale procedura introduce potrebbe determinare eccessive latenze temporali tra il momento in cui un bisogno si determina e quello nel quale lo stesso è soddisfatto e ciò a tutto discapito della continuità nell'erogazione dei servizi.

Art. 7 Imposta sostitutiva sulle prestazioni aggiuntive del personale sanitario

Le previsioni di cui all'articolo 7, riferite al regime di tassazione da applicare ai compensi per lo svolgimento delle prestazioni aggiuntive sia per il personale medico che per il personale del comparto sanitario, rappresentano, insieme al mantenimento dei valori degli stessi rideterminati in applicazione dell'articolo uno, commi 218 e 219, della legge 30 dicembre 2023, n. 213, certamente una leva per favorire l'adesione dei professionisti alle attività collegate alla riduzione dei tempi delle liste d'attesa.

E' evidente che tale strumento debba intendersi come soluzione di breve periodo auspicando che la rideterminazione dei fabbisogni di personale, cui all'articolo 5, favorisca un processo per il quale progressivamente le strutture si dotino del personale necessario a garantire costantemente il rispetto dei tempi massimi delle prestazioni.

Ausplicando che quanto contenuto nel presente documento possa rappresentare un utile contributo con l'occasione si ribadisce la disponibilità di Federsanità ad essere interlocutore qualificato nell'ambito delle attività istruttorie e di redazione dei provvedimenti attuativi nonché di tutte quelle iniziative di carattere programmatico e regolatorio sul tema delle liste di attesa.

Fabrizio d'Alba
Presidente Nazionale Federsanità

A handwritten signature in blue ink, appearing to be 'Fabrizio d'Alba', written over the typed name.