

**Audizione AS 1161 – Disegno di Legge di conversione del DL 73/2024**  
***“Misure Urgenti per la riduzione dei tempi delle liste di attesa delle prestazioni sanitarie”***

**10<sup>a</sup> Commissione (Affari Sociali, Sanità, Lavoro pubblico e privato,  
Previdenza sociale)**  
**Senato della Repubblica**

Il Contributo di Confimi Industria  
Confederazione dell'Industria Manifatturiera Italiana e dell'Impresa Privata

*Roma, 25 giugno 2024*

Nel ringraziare il Presidente e la Commissione tutta per il coinvolgimento in questo importante momento di concertazione, Confimi Industria in questa sede rappresenta le aziende della manifattura italiana in campo sanitario tramite la sua Verticale.

Confimi Industria Sanità conta al suo interno oltre 1200 aziende, e circa 32.000 addetti che operano nei più differenti ambiti del settore: dal biomedicale alla produzione, distribuzione e commercio di macchinari, dispositivi e presidi medicali; dai laboratori all'assistenza sanitaria e sociale. Si fa portavoce delle aziende private che operano nel campo sanitario, di primaria importanza per la collettività in quanto sono un punto di riferimento per la salute pubblica, ma anche realtà dalla elevata componente tecnologica, di ricerca e di valorizzazione del saper fare italiano.

## **Premessa**

---

Il Report SVIMEZ-Associazione per lo sviluppo dell'industria nel Mezzogiorno *"Un Paese, due cure. I divari Nord-Sud nel diritto alla salute"*<sup>1</sup> offre una fotografia delle condizioni territoriali del Servizio Sanitario nazionale al quale si rivolgono i cittadini per le cure e mostra la "scelta" di molti cittadini del Mezzogiorno di ricevere assistenza nelle strutture sanitarie del Centro e del Nord, soprattutto per curare le patologie più gravi, consolidando il fenomeno del turismo sanitario.

Al Sud, infatti, i servizi di prevenzione e cura sono più carenti, minore è la spesa pubblica sanitaria e sono più lunghe le distanze da percorrere per ricevere assistenza. L'autonomia differenziata rischia di ampliare le disuguaglianze nelle condizioni di accesso al diritto alla salute, in quanto ulteriori forme di autonomia potrebbero determinare capacità di spesa aggiuntive nelle Regioni ad autonomia rafforzata, finanziate dalle partecipazioni legate al trasferimento di funzioni.

È doveroso osservare che, mentre si discute di autonomia differenziata, il provvedimento in esame tenta paradossalmente di centralizzare la gestione e il controllo dei tempi di attesa del sistema sanitario nazionale, che rappresenta una delle principali manifestazioni di inefficacia e iniquità e che contribuisce ad ampliare il divario nell'accesso alle cure.

---

<sup>1</sup> ["Un Paese, due cure. I divari Nord-Sud nel diritto alla salute" – SVIMEZ](#)

Tuttavia, i tempi di attesa sono strettamente legati ad alcune componenti di competenza regionale come l'offerta dei servizi e il reclutamento delle professionalità necessarie, il che conduce a un'elevata variabilità tra le regioni e spesso tra aziende sanitarie della stessa Regione.

Una leva straordinaria per superare i punti critici, come molto di frequente accade, risiede nella sinergia e nell'interscambio tra pubblico e privato, nell'ottica di valorizzare la sanità privata accreditata, integrandola nelle piattaforme di prenotazione, al fine di garantire un'offerta pubblica e privata convenzionata del tutto disponibile per i cittadini-pazienti.

### **Le proposte di Confimi Industria Sanità**

---

Confimi Industria Sanità esprime pieno apprezzamento per gli intenti del dispositivo in esame volti alla semplificazione e alla produttività delle prestazioni sanitarie tramite i principi di interoperabilità dei sistemi gestionali e d'implementazione della collaborazione tra pubblico e privato.

Volendo analizzare nel dettaglio l'articolato, si riportano di seguito alcune osservazioni:

- *Art. 1 (Istituzione della Piattaforma nazionale delle Liste di Attesa):*

Si considera la prospettiva della Piattaforma Nazionale altamente ambiziosa, anche se esposta ad alcune difficoltà legate a una necessaria fase preliminare di screening operativo tra i sistemi regionali, che potrebbe essere particolarmente lunga e costosa e che richiederebbe una programmazione accurata.

Allo stato attuale, infatti, i software dei CUP regionali vengono gestiti autonomamente e molti di questi non sono in grado di tener conto delle prestazioni in convenzione territoriale. Procedere, quindi, con un gestionale di verifica e controllo nazionale significa verificare i presupposti di comunicazione da e per le regioni, con la consapevolezza di un necessario aggiornamento dei software locali, siano essi ricollegabili alla sanità pubblica o agli operatori privati accreditati, per l'accesso alla piattaforma nazionale.

A questo si aggiunge il livello di sicurezza delle singole dimensioni territoriali, caratterizzato da una quasi totale eterogeneità e rischiosità. A titolo di esempio, si riporta il caso dell'hackeraggio del sistema CUP del Veneto, dell'Umbria e delle Marche, che ha determinato un data breach poderoso con l'interruzione continuativa del servizio e la sottrazione di alcuni dati sensibili.

Si invita, pertanto, a un'attenta valutazione dei costi anche regionali per l'implementazione di sistemi operativi per lo scambio dei dati e la relativa messa in sicurezza.

Si renda chiaro il progetto di implementazione di ogni singola Regione con i dettagli dei costi e dei tempi di realizzazione; diversamente, la ricognizione dei costi effettuata nella relazione tecnica potrebbe non essere sufficiente, pur considerando la clausola d'invarianza finanziaria.

- Art. 2 (Organismo di verifica e controllo sull'assistenza sanitaria):

Si considera positivamente l'istituzione dell'Organismo di verifica e controllo sull'assistenza sanitaria che mira a rinforzare le attività di controllo del Sistema nazionale di verifica e controllo sull'assistenza sanitaria (SIVeAS).

Si rende, tuttavia, necessario predisporre un regolamento attuativo dal quale ne discendano nel dettaglio: le competenze, le attività, le richieste d'intervento, la modalità di segnalazione e attuazione, i termini per la formalizzazione della richiesta e gli effetti da essa scaturenti.

- Art. 3 (Disposizione per l'implementazione del sistema di prenotazione delle prestazioni sanitarie):

Si propone di inserire all'interno del sistema di interoperabilità dei CUP anche le ortopedie sanitarie che, nel pieno rispetto dei perimetri previsti per l'accreditamento istituzionale, integrino il servizio sanitario con l'effettuazione di visite specialistica della branca ortopedica.

Si predisponga, in continuità con quanto previsto per gli altri operatori, un percorso di accreditamento anche per le farmacie, che dovranno gestire il CUP con le medesime modalità delle strutture private autorizzate al fine di un allineamento nel sistema di qualità nazionale nel quale comprendere parametri omogenei e standard.

Ai commi 9 e 10, inoltre, sono previsti il divieto per le aziende sanitarie e ospedaliere di sospendere o chiudere le attività di prenotazione e la garanzia all'erogazione delle prestazioni richieste attraverso l'utilizzo dell'attività libero-professionale intramoenia o del sistema privato accreditato sulla base della tariffa nazionale vigente.

Si valuti la possibilità che la libera professione intramuraria sia accessibile a un costo calmierato per il cittadino-paziente, abbattendo o riducendo gli oneri trattenuti dall'Azienda Ospedaliera (ad oggi al 30%).

Confimi Industria Sanità osserva, inoltre, quanto le attività di prenotazione sospese o chiuse siano la diretta conseguenza del sottodimensionamento di personale e della mancata ottimizzazione delle risorse umane. Si proceda, quindi, a un attento studio delle risorse disponibili e a un riposizionamento in ottica di Project Management, che contribuisca a rivedere l'insieme dei costi e dei servizi da erogare.

A tal fine, si istituisca un'apposita figura professionale che supporti la Direzione Generale nel coordinamento delle risorse tra i reparti e nella programmazione delle attività con il duplice obiettivo di valorizzare il know-how disponibile e, parallelamente, predisporre le condizioni per un contesto lavorativo più stimolante e di crescita.

- Art. 4 (Potenziamento dell'offerta assistenziale in relazione alle visite diagnostiche e specialistiche):

La previsione del potenziamento dell'offerta assistenziale per le visite diagnostiche e specialistiche, che prevede l'estensione dei giorni lavorativi al sabato e alla domenica e il prolungamento della fascia oraria, rappresenta un potenziale paradosso applicativo, in quanto ridurrebbe lo spontaneo e sovrabbondante ricorso all'attività professionale intramuraria del personale sanitario.

La soluzione alle attività libero-professionale, infatti, spesso crea concorrenza al lavoro pubblico, incidendo negativamente sulle liste d'attesa, destinate ad allungarsi in base alla disponibilità e all'aleatorietà degli operatori sanitari.

Per circoscrivere questo fenomeno e, allo stesso tempo contenere gli oneri di spesa pubblica, si propone di potenziare l'obbligo di esclusività contrattuale del personale medico-sanitario dal lunedì al venerdì con gli orari previsti dalla contrattazione collettiva, lasciando i sabati e

le domeniche (o le ore giornaliere eccedenti a quanto previsto contrattualmente) disponibili per lo svolgimento delle attività professionali, se non di turno.

A supporto di questa proposta dovrebbero essere implementate alcune misure sanzionatorie, anche estreme, quale la radiazione da tutti gli incarichi pubblici, nel caso di mancata osservanza.

- *Art. 7 (Imposta sostitutiva sulle prestazioni aggiuntive del personale sanitario):*

Si accoglie favorevolmente la misura di defiscalizzazione con finalità d'incentivo per le prestazioni aggiuntive del personale sanitario, prevista per l'abbattimento dei tempi delle liste d'attesa. Tuttavia, è da rimarcare la valenza temporanea della misura al fine di evitare di distrarre ulteriori risorse (già considerevoli) che potrebbero essere impiegate in manovre strutturali e di razionalizzazione del sistema sanitario nazionale.