



Documento dell'Unione Generale del Lavoro di analisi del decreto-legge 73/2024, recante misure urgenti per la riduzione dei tempi delle liste di attesa delle prestazioni sanitarie

Audizione del 18 giugno 2024

Considerazioni generali

Il decreto-legge 73/2024 rappresenta una occasione utile per formulare alcune considerazioni di ordine generale, insieme alle altre più specifiche sul provvedimento che riveste carattere di urgenza, alla luce delle lunghe liste di attesa lamentate da larga parte della cittadinanza.

La sanità pubblica nazionale necessita di investimenti importanti, in termini finanziari, professionali e organizzativi.

Se, da una parte, grazie alle risorse stanziare con l'ultima Legge di bilancio, il finanziamento del Fondo per il funzionamento del Servizio sanitario nazionale ha raggiunto, in termini assoluti, il livello più alto, dall'altra, occorre anche ribadire come, in rapporto al prodotto interno lordo, il nostro Paese è ancora indietro rispetto alle medie europee, cosa che si riflette negativamente sulla quantità e sulla qualità dei servizi erogati al cittadino.

Il Paese sconta pesantemente le scelte operate soprattutto a partire dal 2011 e fino all'insorgere della pandemia da Covid-19, la quale ha evidenziato le enormi carenze strutturali ed organizzative della nostra sanità pubblica.

In prospettiva, quindi, servono investimenti importanti. Il Piano nazionale di ripresa e resilienza, in questo senso, è un tassello fondamentale, soprattutto per quanto riguarda il rafforzamento della medicina territoriale e la progressiva digitalizzazione dei servizi. Molto dipende, però, dal rispetto del cronoprogramma, valutando correttamente le azioni da porre in essere per garantire la riuscita delle iniziative in campo.

La sanità pubblica necessita, però, di rafforzare la propria dotazione organica, anche in questo caso sia in termini quantitativi, assumendo il personale che serve, che sotto il profilo qualitativo, rafforzando la formazione iniziale e continua. Soprattutto negli ultimi mesi, l'attenzione si è concentrata sulle professionalità sanitarie, ma è opportuno ribadire che il rafforzamento della dotazione organica deve essere complessivo, compresi quindi gli amministrativi ed altre professionalità di supporto alle attività sanitarie, come, ad esempio, le assistenti sociali, in vista del potenziamento dei punti unici di accesso. Serve, altresì, assicurare una vera e puntuale pari dignità salariale a tutti i livelli, pure attraverso il potenziamento degli strumenti di welfare per i dipendenti e i loro familiari.



Un'ultima considerazione generale rimanda al ruolo della sanità privata nelle sue diverse forme. È fondamentale ridefinire le regole di ingaggio, valorizzando, in maniera molto pragmatica, gli elementi positivi derivanti dalla sinergia fra il pubblico e il privato, avendo sempre riguardo all'erogazione dei livelli essenziali delle prestazioni. In un tale scenario, un punto chiave è rappresentato dalla valorizzazione economica e professionale di tutto il personale dipendente, a prescindere dal fatto che esso sia occupato presso una struttura pubblica o, piuttosto, presso una struttura privata.

Nello specifico del decreto-legge 73/2024, l'istituzione di una Piattaforma nazionale delle liste di attesa, ai sensi dell'articolo 1 del provvedimento, è utile per avere un quadro aggiornato sulle disponibilità e, soprattutto, sulle principali criticità esistenti. Naturalmente, non risolve la questione, in quanto la riduzione delle liste di attesa passa principalmente da altri fattori, ma sicuramente aiuta a rendere più efficiente il sistema. La medesima considerazione si può fare in ordine al contenuto dell'articolo 3 del decreto-legge 73/2024.

L'istituzione di un Organismo di verifica e controllo sull'assistenza sanitaria, prevista all'articolo 2, è condivisibile; sarebbe, però, auspicabile l'individuazione di momenti di confronto stabili con le organizzazioni sindacali.

La disposizione contenuta all'articolo 4, sul potenziamento dell'offerta assistenziale in relazione alle visite diagnostiche e specialistiche, che prevede l'apertura anche nei giorni di sabato e di domenica e l'orario prolungato, andrebbe resa più cogente, attraverso l'introduzione di una percentuale minima di prestazioni aggiuntive erogate.

Il superamento del tetto di spesa per l'assunzione di personale sanitario, chiesto da tempo dalla nostra organizzazione sindacale, si rende necessario per coprire le carenze di organico, anche nell'ottica del rafforzamento dei servizi della medicina territoriale, in linea con gli obiettivi indicati nel Piano nazionale di ripresa e resilienza. È da valutare con attenzione l'ipotesi di superare il livello indicato all'articolo 5.

L'articolo 6 interviene sul potenziamento dell'offerta assistenziale e sul rafforzamento dei Dipartimenti di salute mentale. Si tratta di aspetti che impattano in maniera importante sul territorio, in particolare nelle aree a forte disagio sociale. L'azione specifica è mirata sulle regioni meridionali, ma andrebbero valutate analoghe azioni anche per le altre regioni, assicurando dei livelli uniformi nelle prestazioni erogate. Più in generale, andrebbe rivisto il modello di relazioni fra gli enti territoriali e le Asl al fine di rendere più puntuali ed efficaci i servizi erogati negli ambiti territoriali sociali.

Il contenuto dell'articolo 7, infine, è condivisibile nella finalità, in quanto volto ad incentivare sotto il profilo fiscale le prestazioni aggiuntive del personale sanitario. Da valutare, la riduzione dell'aliquota



sostitutiva almeno al 10%, l'estensione della platea delle professionalità e dei lavoratori coinvolti e il rafforzamento degli strumenti in essere applicabili nel settore privato per valorizzare la produttività.

Analisi dell'articolato

Articolo	Contenuto	Osservazioni
Art. 1 – Istituzione della Piattaforma nazionale delle liste di attesa	<p>Presso l'Agenzia nazionale per i servizi sanitari viene istituita la Piattaforma nazionale delle liste di attesa, finalizzata a realizzare l'interoperabilità delle piattaforme regionali e delle province autonome. Ciò in linea con quanto previsto dal Pnrr. I flussi informativi relativi alla Tessera sanitaria sono resi disponibili al Ministero della salute e ad Agenas, con particolare riferimento ai dati in chiaro delle ricette dematerializzate e della spesa sanitaria che confluiscono nella dichiarazione dei redditi precompilata e ai dati relativi alle prenotazioni presso i Cup regionali. È decreto un decreto ministeriale con le linee guida sulla interoperabilità delle banche dati. La Piattaforma opera in coerenza con quanto indicato nel Modello nazionale di classificazione e stratificazione della popolazione (Mcs) del Pnrr. La Piattaforma monitora: le prestazioni in lista di attesa; la disponibilità di agende nel pubblico e nel privato accreditato; il rispetto del divieto di sospensione o di chiusura delle attività di prenotazione; la modulazione dei tempi in base alle classi di priorità; la produttività con tasso di saturazione delle risorse umane e tecnologiche; attuazione del regolamento (Dm 77/2022); appropriatezza nell'accesso alle prestazioni, anche utilizzando piattaforme di intelligenza artificiale. L'Agenas può attuare meccanismi di audit in caso di inefficienze e anomalie. Non sono previsti oneri.</p>	<p>L'istituzione della Piattaforma nazionale delle liste di attesa è sicuramente utile, soprattutto in un'ottica di monitoraggio delle criticità e di valorizzazione delle potenzialità. Naturalmente, non risolve la questione del perché si generano queste liste di attesa.</p>



<p>Art. 2 – Organismo di verifica e controllo sull'assistenza sanitaria</p>	<p>Presso il Ministero della salute, è istituito un Organismo di verifica e controllo sull'assistenza sanitaria, al fine di rafforzare le attività di controllo del Sistema nazionale di verifica e controllo sull'assistenza sanitaria (Siveas). L'Organismo ha il compito di verificare il rispetto dei criteri di efficienza e di appropriatezza nell'erogazione dei servizi, potendo accedere presso i vari soggetti erogatori per verificare e analizzare le disfunzioni emergenti, anche sulla base di segnalazione dei cittadini, degli enti locali o delle associazioni di categoria. Gli enti sono tenuti a rispondere entro quindici giorni alla richiesta di presentazione di documentazione; gli Organismo può avvalersi dei carabinieri. Viene definita la pianta organica; al personale è attribuita la qualifica di agente di pubblica sicurezza. Gli oneri sono quantificati in 125mila euro per il 2024 e in 250mila a decorrere dal 2025.</p>	<p>Sarebbe utile introdurre la previsione di un confronto stabile fra l'Organismo di verifica e controllo sull'assistenza sanitaria e i sindacati.</p>
<p>Art. 3 – Disposizioni per l'implementazione del sistema di prenotazione delle prestazioni sanitarie</p>	<p>Gli erogatori pubblici e del privato accreditato ospedalieri e ambulatoriali afferiscono al Centro unico di prenotazione (Cup) regionale o infra-regionale. La piena interoperabilità è condizione per la stipula degli accordi contrattuali, con l'implementazione che costituisce specifico elemento di valutazione. Regioni e province autonome promuovono l'attivazione di soluzioni digitali per la prenotazione e la disdetta dell'appuntamento in maniera autonoma, nonché per il pagamento del ticket. Il Cup attiva un sistema di conferma/disdetta dell'appuntamento da effettuarsi almeno due giorni lavorativi prima dell'appuntamento. L'inadempienza contrattuale da parte dei soggetti affidatari, con riferimento all'implementazione del Cup</p>	<p>L'articolo 3 si presta a considerazioni simili a quelle espresse in merito al precedente articolo 1.</p>



	<p>regionale, costituisce illecito professionale grave. Nelle linee guida, sono indicate le eventuali sanzioni in capo all'assistito che non si presenta all'appuntamento. Agende dedicate (i percorsi diagnostico-terapeutico-assistenziale, Pdta) dovranno essere previste nell'ambito della gestione delle patologie cronico-degenerative e oncologiche. È fatto divieto alle aziende sanitarie e ospedaliere di sospendere o chiudere le attività di prenotazione. È ammesso l'utilizzo dell'attività libero-professionale intramuraria al fine di assicurare l'erogazione delle prestazioni richieste; si applica la tariffa nazionale vigente. È previsto un monitoraggio del Ministero.</p>	
<p>Art. 4 – Potenziamento dell'offerta assistenziale in relazione alle visite diagnostiche e specialistiche</p>	<p>Le visite diagnostiche e specialistiche sono effettuate anche nei giorni di sabato e domenica, con la fascia oraria per l'erogazione che può essere prolungata. È prevista la trasmissione di un report. Presso ogni azienda sanitaria e ospedaliera, è in ogni caso assicurato il corretto ed equilibrato rapporto fra attività istituzionale e corrispondente attività libero-professionale; in nessun caso, l'attività libero-professionale del singolo dipendente non può comportare un volume di prestazione superiore a quello assicurato con i compiti istituzionali. È prevista una verifica.</p>	<p>La disposizione è sicuramente condivisibile, anche se il rischio è che, senza una indicazione più cogente, la stessa resti semplicemente una dichiarazione di principio. Del resto, già oggi diverse Aziende sanitarie garantiscono i servizi anche nel fine settimana e con orari prolungati.</p>
<p>Art. 5 – Superamento del tetto di spesa per l'assunzione di personale sanitario</p>	<p>Ai sensi del comma 1, a decorrere dal 2024 e fino all'adozione dei decreti previsti al successivo comma 2, i valori della spesa per il personale sanitario sono incrementati del 10%, con la possibilità per la regione di chiedere un ulteriore incremento del 5%.</p>	<p>Il superamento del tetto di spesa per le assunzioni, che richiama il cosiddetto decreto Calabria, il numero 35/2019, si rende necessario, viste le enormi carenze di personale che si registrano ad ogni livello. Se molto si è parlato delle carenze nel personale medico e sanitario, meno si è parlato della mancanze che si registrano fra gli</p>



		amministrativi e il personale di supporto, largamente inteso.
Art. 6 – Ulteriori misure per il potenziamento dell’offerta assistenziale e il rafforzamento dei Dipartimenti di salute mentale	L’articolo 6 produce effetti sulle regioni destinatarie del Programma nazionale equità nella salute 2021-2027. Entro sessanta giorni dalla data di entrata in vigore della legge di conversione, è prevista la definizione di un piano di azione per il rafforzamento della capacità di erogazione dei servizi sanitari e all’incremento dell’utilizzo dei servizi sanitari e sociosanitari sul territorio, con particolare riguardo alle attività domiciliari, ambulatoriali e dei Dipartimenti di salute mentale (Dsm), dei consultori e dei punti per gli screening oncologici. Oltre al potenziamento infrastrutturale, è prevista anche la formazione del personale.	Il piano è riferito alle regioni del Mezzogiorno, Abruzzo escluso, ma sarebbe opportuno che le medesime azioni siano programmate anche per le altre regioni, stante l’enorme impatto che le tematiche affrontate hanno sul territorio.
Art. 7 – Imposta sostitutiva sulle prestazioni aggiuntive del personale sanitario	I compensi erogati per lo svolgimento delle prestazioni aggiuntive da parte di dirigenti medici e sanitari dipendenti del Servizio sanitario nazionale sono soggetti ad imposta sostitutiva del 15%. La medesima disposizione si applica anche alle altre figure professionali in rapporto alle prestazioni aggiuntive. Gli oneri sono quantificati in 88,4 milioni per il 2024	Il riferimento è all’articolo 89, comma 2, del Ccnl che lega tali prestazioni alla riduzione delle liste di attesa e per l’acquisizione di prestazioni aggiuntive in presenza di carenza d’organico, dovuta anche all’impossibilità momentanea di coprire i posti con personale in possesso dei requisiti di legge.
Art. 8 – Entrata in vigore	Il decreto-legge entra in vigore il giorno successivo alla sua pubblicazione in gazzetta ufficiale.	Il decreto-legge è vigente dall’8 giugno 2024.