

AUDIZIONE INFORMALE
DEL PRESIDENTE NINO CARTABELLOTTA – FONDAZIONE GIMBE:
ESAME DDL 1161 (DL 73/2024 LISTE D’ATTESA)
10ª COMMISSIONE AFFARI SOCIALI, SANITÀ, LAVORO PUBBLICO
E PRIVATO, PREVIDENZA SOCIALE,
SENATO DELLA REPUBBLICA

25 giugno 2024 - Roma

Illustre Presidente, Illustri Componenti della Commissione,

Il decreto legge sulle liste di attesa non prevede risorse aggiuntive e potrà essere pienamente operativo solo previa approvazione di almeno sette decreti attuativi con scadenze non sempre definite e tempi di attuazione imprevedibili. Ancora, non include misure per ridurre la domanda inappropriata di esami diagnostici e visite specialistiche e punta, oltre che su attività ispettive e sanzioni, sul potenziamento dell’offerta di prestazioni sanitarie con ulteriore sovraccarico dei professionisti sanitari che hanno carichi di lavoro già inaccettabili.

CRITICITÀ RELATIVE ALL’IMPIANTO GENERALE DEL DL

Misure previste. I tempi di attesa aumentano a causa dello squilibrio tra l’offerta e la domanda di prestazioni sanitarie, di cui non tutte soddisfano reali bisogni di salute. Ovvero una quota di esami diagnostici e visite specialistiche è inappropriata: la loro esecuzione non apporta alcun beneficio in termini di salute e contribuisce ad “ingolfare” il sistema, lasciando indietro pazienti più gravi. Tuttavia le misure previste dal DL prevedono solo di inseguire la domanda aumentando l’offerta, una strategia perdente: come dimostrano numerosi studi, infatti, una volta esaurito il cosiddetto “effetto spugna” nel breve periodo, l’incremento dell’offerta induce sempre un ulteriore aumento della domanda. In tal senso, è indispensabile definire criteri di appropriatezza di esami e visite specialistiche e un piano di formazione sui professionisti e d’informazione sui pazienti, al fine di arginare la domanda inappropriata di prestazioni.

Decreti attuativi e tempi di attuazione. Il DL prevede almeno sette decreti attuativi (Appendice 1) e per quattro di loro (uno relativo alle “Disposizioni per l’implementazione del sistema di prenotazione delle prestazioni sanitarie” e tre al “Superamento del tetto di spesa per l’assunzione di personale sanitario”) non sono nemmeno definiti i termini di pubblicazione. Un numero così elevato di decreti attuativi, oltre che in contrasto con il carattere di urgenza del provvedimento, lascia molte perplessità sui tempi di attuazione delle misure. Infatti, nonostante le rassicurazioni del Ministro Schillaci sul rispetto dei tempi, la storia insegna che, tra valutazioni tecniche, attriti politici e passaggi tra Camere e Ministeri, dei decreti attuativi si perdono spesso le tracce con la conseguente impossibilità di applicare le misure previste.



Aspetti finanziari. Il DL è frutto di un prolungato braccio di ferro tra il Ministero della Salute e il Ministero dell'Economia e delle Finanze e tutte le misure previste sono senza maggiori oneri per la finanza pubblica, in quanto utilizzano risorse già stanziare, sottraendole ad altri capitoli di spesa (Appendice 2). È evidente che la versione definitiva del DL risente dell'impossibilità da parte del Governo di investire ulteriori risorse in sanità e che la scure del MEF ha fortemente ridimensionato gli obiettivi del Ministero della Salute, generando un provvedimento tanto perentorio nei termini e sovrabbondante nella forma, quanto povero di contenuti realmente efficaci per risolvere i problemi strutturali del SSN che generano il problema delle liste di attesa. D'altronde per superare il tetto di spesa per il personale sanitario sono necessarie risorse da investire e professionisti da assumere: le prime sono pari a zero e i secondi sono sempre meno. Anche se il DL pone le basi per conoscere meglio il fenomeno e prevede l'implementazione di varie misure, in larga parte già esistenti, la loro attuazione richiede tempo e soprattutto una stretta collaborazione di Regioni e Aziende sanitarie.

CRITICITÀ RELATIVE ALLE SINGOLE MISURE

Entrando nel merito delle misure previste dal DL, indubbiamente la **Piattaforma Nazionale per le Liste d'Attesa** permetterà di realizzare un monitoraggio rigoroso e analitico per le varie prestazioni sanitarie in tutte le Regioni con le stesse modalità. Tale strumento rappresenta l'unica vera novità del DL, anche se la sua implementazione richiederà tempi medio-lunghi considerata l'estrema eterogeneità e la limitata trasparenza di numerosi sistemi informativi regionali sulle liste di attesa. Inoltre, al di là di una puntuale conoscenza di vari aspetti del fenomeno, il suo potenziale impatto sui tempi di attesa è difficilmente prevedibile, anche in considerazione dei poteri esclusivi delle Regioni sulla programmazione ed erogazione dei servizi sanitari.

Lascia molto perplessi l'istituzione di un **Organismo di verifica e controllo sull'assistenza sanitaria** con l'obiettivo di rafforzare le attività del già esistente Sistema nazionale di verifica e controllo sull'assistenza sanitaria (SIVeAS), a cui si aggiungono solo funzioni di polizia amministrativa e giudiziaria che riconoscono all'Organismo la qualifica di agente di pubblica sicurezza». Tali perplessità derivano da almeno tre ragioni. Innanzitutto scientifiche: utilizzare strategie ispettive e sanzionatorie prevalenti rispetto a quelle premianti aumenta il rischio di effetto boomerang, come documentato dalla letteratura internazionale. In secondo luogo giuridiche: non è chiaro come applicare direttamente sanzioni e premialità nei confronti dei Direttori generali degli Assessorati regionali e delle Aziende sanitarie, viste le competenze esclusive delle Regioni in materia. Infine operative, visto che il volume delle segnalazioni di cittadini, enti locali e associazioni di categoria sarà indubbiamente enorme e i tempi di chiarimenti richiesti alle Regioni molto stretti. Peraltro tale Organismo avrà un costo di oltre € 2,65 milioni l'anno a carico del bilancio del Ministero della Salute.

Potenzialmente molto rilevante appare l'**implementazione del sistema di prenotazione delle prestazioni sanitarie**, visto che ad oggi non è nota la reale disponibilità di prestazioni sanitarie delle strutture pubbliche e private accreditate nelle singole Regioni. Si tratta, comunque, in larga parte di misure già previste da normative vigenti e mai implementate in maniera adeguata.

Il **potenziamento dell'offerta di visite diagnostiche e specialistiche** tramite l'estensione delle attività a sabato e domenica e prolungando le fasce orarie trova il principale ostacolo nella carenza di professionisti sanitari. In particolare, se i professionisti sono sempre gli stessi e con carichi di lavoro già inaccettabili, è



difficile immaginare come potranno erogare le prestazioni anche il sabato e la domenica, senza violare la direttiva UE sugli orari di riposo che prevede, oltre alle 11 ore al giorno, almeno un giorno intero (24 ore) di riposo a settimana. Va peraltro ribadito che tale misura dispone di una copertura finanziaria solo per l'anno 2024, come previsto dall'ultima Legge di Bilancio.

Per incentivare tali attività viene introdotta un'aliquota unica al 15% **sulle prestazioni aggiuntive del personale sanitario**, ma è doveroso segnalare che tale defiscalizzazione viene interamente "scaricata" sul fabbisogno sanitario nazionale. In particolare, nel 2024 gli € 80 milioni necessari saranno recuperati dal fondo per i danneggiati da trasfusioni e vaccinazioni e da altri obiettivi nazionali. Dal 2025 gli oltre € 160 milioni verranno dalla corrispondente riduzione della spesa destinata al perseguimento degli obiettivi sanitari di carattere prioritario e di rilievo nazionale previsti dalla Legge di Bilancio 2024.

Il **superamento del tetto di spesa per l'assunzione di personale sanitario** viene rinviato al 2025 dopo la definizione da parte delle Regioni del fabbisogno di personale, secondo la nuova metodologia messa a punto da Agenas. Peraltro il DL prevede almeno tre decreti attuativi senza definire alcuna scadenza temporale: un accidentato percorso burocratico che rischia di generare ulteriori ritardi sulla priorità più urgente del SSN. Il DL salvaguarda comunque la retribuzione accessoria del personale sanitario preservando gli effetti del Decreto Calabria fino alla piena operatività della nuova metodologia di calcolo del fabbisogno.

Le misure per il **potenziamento dell'offerta assistenziale e il rafforzamento dei Dipartimenti di salute mentale** fanno riferimento a norme e finanziamenti già esistenti, ovvero quelli del Programma Nazionale Equità in Salute (PNES) che riguardano le Regioni del Mezzogiorno.

In conclusione, le interminabili liste d'attesa, fonte di grande disagio per cittadini e pazienti, rappresentano il sintomo di un indebolimento organizzativo e soprattutto professionale che richiederebbero consistenti investimenti e coraggiose riforme. In tal senso, ricondurre tutti i problemi del SSN alle liste di attesa è estremamente semplicistico: una sorta di "riduzione prestazionistica" del SSN dove l'importante è esigere/erogare una prestazione sanitaria in tempi brevi, e non importa se l'erogatore sia pubblico o privato. Dimenticando che quello che abbiamo perduto è la capacità del SSN di prendere in carico i pazienti, soprattutto quelli cronici, *in primis* quelli oncologici. Pazienti oggi costretti a peregrinare tra diversi CUP, tra vari ospedali sino a Regioni diverse, nel disperato tentativo di prenotare una visita o un esame diagnostico, attività di cui un tempo si occupava il SSN seguendo il percorso diagnostico-terapeutico del malato. Ecco perché bisogna investire sul personale sanitario aumentando gli organici, e non stremare ulteriormente quello già in servizio, con il rischio di alimentare ulteriormente la fuga dei professionisti dal SSN.



Appendice 1
DI 73/2024 liste d'attesa
Decreti attuativi

Audizione informale della Fondazione GIMBE, Roma 25 giugno 2024

Articolo	Decreti attuativi	Soggetto	Termini
Art. 1. Istituzione della Piattaforma nazionale delle liste di attesa	2	Ministero della Salute	<ul style="list-style-type: none"> • Comma 3: entro sessanta giorni dalla data di entrata in vigore della legge di conversione del DL • Comma 4: entro trenta giorni dalla data di entrata in vigore della legge di conversione del DL
Art. 3. Disposizioni per l'implementazione del sistema di prenotazione delle prestazioni sanitarie	1	Ministero della Salute, previa intesa in sede di Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano	Non definiti
Art. 5. Superamento del tetto di spesa per l'assunzione di personale sanitario	Almeno 3	<ul style="list-style-type: none"> • Comma 1: Ministero della Salute di concerto con il MEF, di intesa con la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano¹ • Comma 2: Ministero della Salute di concerto con il MEF, di intesa con la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano^{2,3} 	Non definiti
Art. 6. Ulteriori misure per il potenziamento dell'offerta assistenziale e il rafforzamento dei Dipartimenti di salute mentale	1	Ministero della Salute, di concerto con il Ministero per gli Affari Europei, il Sud, le Politiche di Coesione e il PNRR	Entro sessanta giorni dalla data di entrata in vigore della legge di conversione del DL

¹ Congruità delle misure compensative della maggiore spesa di personale (decreto opzionale, su richiesta della Regione)

² Adozione metodologia per la definizione del fabbisogno di personale degli enti del SSN in coerenza con i valori di cui al comma 1 (almeno 2 decreti)

³ Approvazione piani dei fabbisogni triennali predisposti dalle Regioni sulla base della predetta metodologia, ai fini del riscontro di congruità finanziaria.

Appendice 2
DI 73/2024 liste d'attesa
Coperture finanziarie

Audizione informale della Fondazione GIMBE, Roma 25 giugno 2024

Tutte le misure sono senza maggiori oneri per la finanza pubblica.

Articolo	Copertura finanziaria
Art 1. Istituzione della Piattaforma nazionale delle liste di attesa	<ul style="list-style-type: none"> • Sub-intervento PNRR 1.2.2.5 “COT - Portale della trasparenza” <ul style="list-style-type: none"> ○ fase di sperimentazione € 4,5 milioni per l’anno 2024 ○ piena operatività <ul style="list-style-type: none"> ▪ € 3 milioni per il 2025 ▪ € 3 milioni euro per l’anno 2026 • Dal 2027 per le spese gestionali connesse al funzionamento della piattaforma l’Agenas provvede con le risorse disponibili sul proprio bilancio per le spese informatiche.
Art 2. Organismo di verifica e controllo sull’assistenza sanitaria	<ul style="list-style-type: none"> • € 1.369.777 per il 2024 (6 mesi)⁴ • € 2.659.595 annui a decorrere dal 2025⁵
Art 3. Disposizioni per l’implementazione del sistema di prenotazione delle prestazioni sanitarie	<ul style="list-style-type: none"> • Nei limiti delle risorse già assegnate: € 350 milioni⁶ + € 50 milioni⁷
Art 4. Potenziamento dell’offerta assistenziale in relazione alle visite diagnostiche e specialistiche	<ul style="list-style-type: none"> • Disposizioni di cui all’articolo 1, comma 232, della legge n. 213/2023, relative solo al 2024
Art 5. Superamento del tetto di spesa per l’assunzione di personale sanitario	<ul style="list-style-type: none"> • L’ampliamento del tetto di spesa deve trovare compensazione in apposite misure riduttive di altre voci di spesa
Art 6. Ulteriori misure per il potenziamento dell’offerta assistenziale e il rafforzamento dei Dipartimenti di Salute Mentale	<ul style="list-style-type: none"> • A valere (importo non quantificato) nei limiti delle risorse del Programma Nazionale Equità nella Salute 2021-2027, la cui dotazione finanziaria ammonta a € 625 milioni⁸

⁴ Anno 2024: corrispondente riduzione dell’autorizzazione di spesa di cui all’articolo 2, comma 361, della legge 24 dicembre 2007, n. 244

⁵ A decorrere dall’anno 2025: corrispondente riduzione dello stanziamento del fondo speciale di parte corrente iscritto, nell’ambito del programma «Fondi di riserva e speciali» della missione «Fondi da ripartire» dello stato di previsione del Ministero dell’Economia e delle Finanze, allo scopo utilizzando l’accantonamento relativo al Ministero della Salute

⁶ Articolo 1, comma 510, della legge n. 145 del 2018

⁷ Comma 5 dell’articolo 23-quater del decreto-legge n. 119 del 2018

⁸ www.pnes.salute.gov.it/portale/pnes/dettaglioContenutiPNES.jsp?lingua=italiano&id=6053&area=ProgrammaNazionaleEquitaSalute&menu=programmaPNES

Articolo	Copertura finanziaria
<p>Art. 7. Imposta sostitutiva sulle prestazioni aggiuntive del personale sanitario</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Anno 2024: € 88,4 milioni⁹, di cui: <ul style="list-style-type: none"> ○ € 12 milioni da residui passivi perenti eliminati reiscritti in bilancio del Ministero su base pluriennale¹⁰ ○ € 23 milioni da entrate derivanti dalle sanzioni amministrative irrogate dall'Autorità garante della concorrenza e del mercato sono destinate ad iniziative a vantaggio dei consumatori che, alla data del 7 giugno 2024, non sono riassegnate ai pertinenti programmi e che sono acquisite per detto importo all'erario¹¹ ○ € 55,146 delle risorse per la contrattazione collettiva nazionale in applicazione dell'articolo 48, comma 1, del decreto legislativo 30 marzo 2001, n. 165, e per i miglioramenti economici del personale statale in regime di diritto pubblico¹² ○ € 24 milioni della spesa per le transazioni da stipulare con soggetti talassemici, affetti da altre emoglobinopatie o da anemie ereditarie, emofilici ed emotrasfusi occasionali danneggiati da trasfusione con sangue infetto o da somministrazione di emoderivati infetti e con soggetti danneggiati da vaccinazioni obbligatorie che hanno instaurato azioni di risarcimento danni tuttora pendenti¹³ • Anno 2025: importo € 160,3 milioni • Anno 2026: importo € 165,9 milioni • A decorrere dall'anno 2027 € 165,5 milioni, mediante corrispondente riduzione della spesa destinata al perseguimento degli obiettivi sanitari di carattere prioritario e di rilievo nazionale (articolo 1, comma 246 della legge 30 dicembre 2023, n. 213) come previsto dall'articolo 1, comma 217 della legge 30 dicembre 2023, n. 213 relativo all'incremento del FSN. • Conseguentemente il livello del finanziamento del FSN cui concorre lo Stato è ridotto di € 160,3 milioni per il 2025, € 165,9 milioni per il 2026 e € 165,5 milioni annui a decorrere dal 2027.

⁹ L'importo è minore rispetto alla somma degli importi in elenco

¹⁰ Articolo 34-ter, comma 5, della legge 31 dicembre 2009, n. 196

¹¹ Articolo 148, comma 1, della legge 23 dicembre 2000, n. 388

¹² Articolo 1, comma 436, della legge 30 dicembre 2018, n. 145

¹³ Articolo 2, comma 361, della legge 24 dicembre 2007, n. 244