

*Senato della Repubblica*  
*10ª Commissione permanente*  
*(Affari sociali, sanità, lavoro pubblico e privato, previdenza sociale)*

## **AUDIZIONE DEL 25 GIUGNO 2024**

### **NELL'AMBITO DELL'ESAME DEL A.S. 1161**

#### ***Conversione in legge del decreto-legge 7 giugno 2024, n.73 recante misure urgenti per la riduzione dei tempi delle liste di attesa delle prestazioni sanitarie***

---

La **Confederazione Cooperative Italiane, Confcooperative**, è la principale organizzazione di rappresentanza, assistenza e tutela del movimento cooperativo e delle imprese sociali italiane per numero di imprese (17.500), persone occupate (531.000) e fatturato realizzato (68 miliardi di euro di fatturato). I soci rappresentati sono 3.150.000.

In ragione della funzione sociale che la Costituzione italiana (art. 45) riconosce alla cooperazione, Confcooperative ne promuove lo sviluppo, la crescita e la diffusione.

\*\*\*

**Confcooperative Sanità** è la Federazione Nazionale di Confcooperative di rappresentanza, tutela e promozione delle cooperative di medici, farmacisti, delle altre cooperative operanti nell'ambito della sanità, delle società di mutuo soccorso e delle imprese sociali di settore.

Confcooperative Sanità associa 380 enti che erogano servizi sociosanitari a 3,5 milioni gli utenti assistiti. I soci delle cooperative sono oltre 145mila. Nel complesso l'indotto occupazionale generato dalle imprese aderenti supera le 25.000 unità. Il giro d'affari aggregato, realizzato dalle imprese aderenti, ammonta a oltre 11,3 miliardi di euro.

---

L'adozione del decreto-legge n.73, volto a garantire il rispetto della tempistica di erogazione ed il monitoraggio delle prestazioni sanitarie, rappresenta un'opportunità importante per il nostro Paese. Il provvedimento mira a rafforzare il modello di governo e gestione delle liste di attesa, con l'obiettivo di promuovere l'accesso tempestivo e appropriato alle cure e quindi di migliorare significativamente l'efficienza del sistema sanitario e la trasparenza, grazie anche alla collaborazione strutturata con gli erogatori privati. **Questo è particolarmente importante per rispondere in modo integrato alle esigenze di una popolazione sempre più anziana e caratterizzata da una crescente incidenza di patologie croniche e fragilità sociosanitaria:** infatti su circa 14 milioni di anziani il 60% presentano almeno una patologia cronica e un anziano su quattro si trova in condizione di comorbidità.

Secondo i dati contenuti nell'ultimo rapporto BES dell'Istat, nel 2023, il numero di cittadini italiani che ha rinunciato alle prestazioni sanitarie è aumentato, principalmente a causa delle lunghe liste d'attesa e di problemi economici, portando il totale a circa 4,5 milioni di cittadini. Questo incremento è attribuibile sia alle conseguenze dirette e indirette della pandemia, come il recupero delle prestazioni differite per il COVID-19, sia alla difficoltà di riorganizzare efficacemente l'assistenza sanitaria. L'incidenza di questa rinuncia cresce con l'età, raggiungendo il picco tra i 55-59 anni (11,1%) e restando elevata tra gli anziani oltre i 75 anni (9,8%). Persistono anche le differenze di genere, con il 9,0% delle donne che rinuncia alle cure rispetto al 6,2% degli uomini.

Liste di attesa e rinuncia alle cure sono strettamente collegate ai problemi annosi e strutturali che riguardano il sistema di assistenza extraospedaliera, ovvero sia l'assistenza primaria. Come Confcooperative sosteniamo infatti che l'assistenza sul territorio rappresenti un nodo irrisolto nel nostro Paese, che richiede interventi tempestivi e prioritari a livello di riforma complessiva del sistema, oltretutto di rafforzamento quali-quantitativo dei servizi offerti. **Tuttavia, la sanità territoriale non è all'anno zero;** i numerosi presidi del SSN già esistenti, ai quali si affiancano le strutture ed i servizi offerti dal privato e, in particolare, dal Terzo Settore, costituiscono un patrimonio da non sottovalutare, ma anzi da valorizzare.

A tal riguardo la presenza cooperativa nell'ambito della sanità privata è assai rilevante: su 23.833 imprese attive, **il 32,2% (7.669) sono cooperative, che impiegano oltre 327.000 operatori, costituendo il 59,8% della forza lavoro del settore. Esse sono inoltre un'ancora di salvezza per le aree interne e periferiche,** rappresentando la maggioranza delle imprese private (53,7%) nelle aree

interne ultraperiferiche e l'unico presidio imprenditoriale privato in sanità in 382 comuni. **Sono inoltre leader nei servizi domiciliari e semiresidenziali, con 4.861 imprese che coprono l'87,5% del totale per tutte le fragilità.**

**Si tratta di un dato da tenere in debita considerazione allorché si identifica in modo del tutto erroneo il fenomeno dell'impiego dei cosiddetti "medici a gettone", nell'ambito dei reparti ospedalieri e dei Pronto soccorso, con il modello di impresa cooperativa.** A tal riguardo, come Confcooperative Sanità, riteniamo opportuno ribadire che **quello dei cosiddetti "gettonisti" è un fenomeno a sé, che prescinde da un modello societario specifico** e infatti gli stessi vengono forniti anche da società di capitali, da agenzie interinali, da Società tra professionisti oltre che da cooperative.

In questa ottica ci preme sottolineare come la visione che accomuna le cooperative aderenti a Confcooperative Sanità non è quella di fornire personale ma di sviluppare modelli e pratiche che integrano il Servizio Sanitario Nazionale, **in ottemperanza al principio di sussidiarietà sancito dalla Costituzione ed in senso complementare rispetto al sistema sanitario pubblico**, per rispondere ai bisogni dei più vulnerabili, mirando a fornire servizi di alta qualità con l'obiettivo primario di erogare servizi e remunerare i lavoratori.

Esse sono portatrici di una strategia che guarda ad un sistema assistenziale centrato sulla presa in carico dei bisogni sanitari e sociosanitari della persona, specie se anziana e non autosufficiente, con tempestività, ma in prossimità o addirittura nello stesso ambiente di vita della persona.

**Tenuto conto di ciò, taluni contenuti del decreto-legge n.73 sono apprezzabili** soprattutto con riferimento alle previsioni inerenti alle nuove modalità per garantire il rispetto della tempistica di erogazione delle prestazioni attraverso un maggiore coinvolgimento del settore privato. **Tuttavia, occorre sollevare alcune questioni rilevanti che meritano un'attenzione particolare e un ulteriore approfondimento.**

Al riguardo, infatti, il testo dell'articolo 3 comma 1 si concentra in particolare su misure per la riduzione dei tempi di attesa delle prestazioni diagnostiche e specialistiche effettuate da erogatori (pubblici o privati accreditati) ospedalieri ed ambulatoriali, **trascurando un aspetto altrettanto critico: i tempi di attesa per i servizi di assistenza sociosanitaria domiciliare e residenziale.** In un contesto in cui la popolazione anziana è in crescita e i bisogni dei cittadini in condizioni di cronicità

e di non autosufficienza sono in aumento (sono quasi 4 milioni gli anziani non autosufficienti, pari al 28,4% degli over-65), è **essenziale garantire una soglia minima di trasparenza e accessibilità anche per questi servizi**. Pertanto, sebbene si sia assolutamente consapevoli che i canali di accesso alle due tipologie di prestazioni siano diversi, CUP per le prestazioni specialistiche e di diagnostica, PUA per quelle sociosanitarie, **sarebbe importante che anche le agende degli erogatori accreditati per l'assistenza domiciliare e residenziale venissero monitorate attraverso la Piattaforma nazionale delle liste di attesa** rispetto agli item di cui all'articolo 1 comma 5.

Per quanto attiene specificamente le misure di cui all'articolo 3: *“Disposizioni per l'implementazione del sistema di prenotazione delle prestazioni sanitarie”*, occorrerà capire, inoltre, quali **saranno i criteri e le regole di sistema per rendere interoperabili le piattaforme** regionali e provinciali di gestione delle liste d'attesa con il livello centrale e con gli erogatori privati, **considerando che tale elemento assurge a criterio sia per i nuovi accreditamenti che per la prosecuzione degli accordi contrattuali in essere**.

Molto opportuna la previsione di cui al comma 8, articolo 5, volta a garantire, nell'ambito della gestione delle patologie cronico-degenerative e oncologiche, l'accesso alle prestazioni presenti nei percorsi diagnostico-terapeutico-assistenziali (PDTA) mediante agende dedicate. La gestione di tali agende, che nel provvedimento è demandata allo specialista di riferimento o dalla struttura dedicata della ASL, **potrebbe coinvolgere anche le cooperative della medicina generale come avviene nell'ambito del modello di presa in carico della cronicità, evoluzione della sperimentazione CReG, varato in Lombardia nel 2017**.

In secondo luogo, mentre si riconosce il ruolo di complementarità al privato accreditato per efficientare la riduzione delle liste di attesa, **andrebbe però tenuto conto che c'è una questione tariffaria irrisolta che pesa sugli erogatori accreditati**.

Il problema è duplice: da una parte per le prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale e protesica previste nel DPCM del 12 gennaio 2017 di aggiornamento dei LEA, è stato previsto il rinvio al 1 gennaio 2025 dell'entrata in vigore del “tariffario” di cui al Decreto del 23 giugno 2023 (un decreto, come da più parti evidenziato, non privo di criticità); dall'altra il problema tariffario è però più generalizzato, in quanto **impatta anche sui servizi sociosanitari di cui al Capo IV del Decreto LEA, i cui sistemi di remunerazione sono stabiliti nell'ambito dei singoli Servizi Sanitari Regionali**.

In particolare, gli erogatori di servizi sanitari e sociosanitari hanno dovuto fronteggiare negli ultimi anni un rilevante aumento dei costi. Nel 2020, per l'acquisto dei DPI, compensato solo in minima parte, e nel triennio 2021-2023, hanno subito un incremento generalizzato del carovita dovuto all'aumento dell'inflazione e all'impennata della componente energetica. Inoltre, va considerata la crescita del costo del lavoro dovuta ai rinnovi dei CCNL intercorsi in questi anni. A tal riguardo, l'Alleanza delle Cooperative Italiane ha siglato il rinnovo del contratto della Cooperazione Sociale nel 2019 e ad inizio 2024.

A fronte di ciò, a parte poche eccezioni, **le regioni non hanno provveduto ad un aggiornamento sistematico ed organico del sistema di remunerazione dei servizi sociosanitari**; spesso hanno risposto alle istanze sollevate dagli erogatori, comprese le cooperative, negando l'adeguamento del sistema di remunerazione a scapito della sostenibilità delle aziende che prendono in carico quotidianamente i soggetti più fragili, in particolare nell'ambito della salute mentale e della non autosufficienza.

**Un ulteriore elemento di criticità è rappresentato dall'autentica "giungla tariffaria" che caratterizza il settore, come evidenziato da un recente report dell'AGENAS: "Sistemi di remunerazione dell'assistenza domiciliare, residenziale e semi-residenziale. Analisi comparative delle tariffe vigenti a livello regionale"**. Dal dossier emerge una macroscopica indisponibilità di dati da parte delle regioni, una **marcata diversità nelle metodologie di determinazione delle tariffe** e una forte **disomogeneità nelle tempistiche di aggiornamento delle tariffe**.

Riguardo questi problemi sarebbe opportuno aprire una riflessione sul tema delle tariffe dei servizi sanitari e sociosanitari **in termini di dimensionamento della spesa, funzionale ad una remunerazione congrua dei servizi erogati per conto del SSN dal privato accreditato**, e, per quanto attiene **le tariffe del sociosanitario, anche in termini di adozione di regole omogenee a livello nazionale per la loro definizione ed applicazione**.

**Si tenga presente che c'è inoltre una criticità normativa che coinvolge direttamente le prestazioni sanitarie oggetto del presente decreto in quanto, l'articolo 15 della Legge annuale per il mercato e la concorrenza 2021 (l. 118/2021), per come è stata formulata, prevede l'inserimento nel Decreto Legislativo 502/1992 della previsione per cui gli erogatori privati di servizi sociosanitari: "sono individuati, ai fini della stipula degli accordi contrattuali, mediante procedure trasparenti, eque e**

*non discriminatorie, previa pubblicazione da parte delle regioni di un avviso contenente criteri oggettivi di selezione, che valorizzino prioritariamente la qualità delle specifiche prestazioni sanitarie da erogare”.*

Detti “criteri oggettivi di selezione” sono stati in molti casi interpretati erroneamente come ricorso a procedure di gara ai sensi del Codice dei Contratti pubblici, quasi immaginando un sistema di appalti tra accreditati.

Inoltre, per come formulata la previsione andrebbe applicata a tutti gli accreditamenti/accordi contrattuali, quindi non solo ai servizi sociosanitari di cui al Capo IV dei LEA, ma anche a quelli resi dagli altri presidi accreditati (laboratori, cliniche, centri diagnostici, ecc.). Il rischio, come sta già avvenendo, è di aprire contenziosi, ma anche quello dell’incertezza normativa che impatta sia gli utenti sia gli stessi erogatori. **Per l’adeguamento delle Regioni, il recente milleproroghe ha previsto una proroga, ma è essenziale che questa questione venga risolta con chiarezza normativa.**

Per quanto attiene l'articolo 6 e la previsione per le regioni del Mezzogiorno, destinatarie del Programma Nazionale Equità nella Salute 2021-2027, di un Piano d'azione finanziato con risorse del programma stesso, si vuole evidenziare **che il problema del sottofinanziamento de servizi in ambito di salute mentale, a fronte di un incremento del bisogno assistenziale soprattutto nelle fasce più giovani della popolazione, è diffuso nell’intero territorio nazionale, non solo nelle regioni del sud.** Occorrerebbe, affrontare il problema del sottofinanziamento e rispondere adeguatamente all'aumento del bisogno assistenziale, con un approccio attento e con misure mirate per garantire che tutte le regioni possano beneficiare di risorse adeguate e servizi efficaci in ambito di salute mentale.