

IN COLLABORAZIONE CON



**Senato della Repubblica - Commissione Affari sociali, sanità,  
lavoro pubblico e privato, previdenza sociale  
Martedì 2 luglio 2024**

**Audizione nell'ambito dell'esame del disegno di legge n.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)**

**Intervento della dottoressa Annamaria Mancuso, (già Senatore  
della Repubblica), Presidente Salute Donna ODV e Coordinatrice  
Gruppo "La salute: un bene da difendere, un diritto da  
promuovere"**

**Ringraziamenti**

Innanzitutto ringraziamo il Presidente Zaffini per la consueta sensibilità e per averci consentito di partecipare a questa audizione.

Ricordo che il Gruppo "La salute: un bene da difendere, un diritto da promuovere" fa attività di advocacy, portando ai tavoli decisionali le istanze di 48 associazioni di pazienti oncologici, attive nelle varie declinazioni dell'oncologia, distribuite sul territorio con oltre 200 sedi e con migliaia di volontari.

Le iniziative del nostro progetto sono portate avanti dagli intergruppi parlamentari "Insieme per un impegno contro il cancro", con 103 aderenti tra senatori e deputati, di tutti i Gruppi parlamentari, cui va la nostra gratitudine per l'adesione e soprattutto per essere con noi nella nostra battaglia contro il cancro.

## ***Introduzione***

Il decreto-legge alla valutazione di questa Commissione ha innanzitutto il merito di avere messo al centro dell'esame parlamentare un tema essenziale per la sanità italiana: la riduzione delle liste d'attesa e dei tempi per gli esami diagnostici che da questo consegue. Per alcune patologie, che riguardano malattie importanti, in particolare quelle oncologiche, arrivare in tempo con la diagnosi oppure troppo tardi fa una differenza enorme.

Se la diagnosi è tempestiva significa avere la possibilità di intraprendere un percorso diagnostico, terapeutico e assistenziale, che può portare alla guarigione e/o alla cronicizzazione della malattia, non solo, ma anche a un risparmio per la sanità pubblica, poiché certi interventi potrebbero essere fatti in "Day Hospital" o con una degenza ospedaliera di pochi giorni.

Diversamente, se una diagnosi viene fatta tardivamente vuol dire innescare una corsa contro il tempo e contro un male non più curabile, motivo per cui, a causa di un ritardo diagnostico, si potrebbe perdere la vita.

La questione delle liste d'attesa è quindi una questione centrale per i controlli e le diagnosi delle malattie oncologiche, pertanto siamo grati al ministro per aver messo mano a questo importante problema, che da anni è diventato l'ombra nera nella vita dei malati oncologici.

## ***Cause delle liste d'attesa***

A nostro avviso, il problema delle liste d'attesa non è solo e principalmente, come spesso viene detto, un problema di risorse economiche, ma soprattutto un problema di organizzazione del tempo di lavoro in ambito sanitario e dell'utilizzo degli spazi e dei macchinari, impegnati negli screening, nelle diagnosi e nei follow-up.

Ma c'è un altro importante problema che ha contribuito a formare le liste d'attesa: la libera professione intra-moenia ed extra-moenia, poiché la scelta di lavorare dentro e fuori dall'ospedale pubblico penalizza la possibilità di implementare le ore straordinarie a favore dell'ente in cui si ha un'assunzione a tempo indeterminato.

Crediamo sia venuto il momento di mettere dei paletti e delle regole sulla libera professione e apprezziamo moltissimo il Ministro Schillaci, perché dopo anni sta mettendo mani a questa situazione.

Provo a lanciare una provocazione: perché non inserire nel decreto una disposizione per cui, chi lavora nel pubblico e sceglie di fare anche libera professione venga autorizzato solo e a condizione che non ci siano liste d'attesa nella struttura in cui lavora?

## ***Il decreto-legge 73/2024***

Ora, molto schematicamente, desidero fare delle brevi considerazioni entrando nel merito di alcuni articoli del decreto 73/2024.

### ***Articolo 1 - (Istituzione Piattaforma nazionale delle liste d'attesa)***

Bene la piattaforma nazionale e il potenziamento del portale della trasparenza.

Bene i controlli di AGENAS, che già negli anni precedenti avrebbero dovuto essere più capillari, per non arrivare alla saturazione degli ospedali in cui oggi ci troviamo, con la speranza che non si attribuiscono eventuali mancati controlli ancora una volta a problemi di risorse, ma si vada a rivisitare l'organizzazione e l'ottimizzazione delle risorse già disponibili. Bene anche la previsione che le regioni non possano superare il limite massimo dei tempi di attesa stabiliti a livello nazionale.

### ***Rispetto al Comma 5 rilevante e importante è:***

- il divieto di sospendere le attività di prenotazione da parte degli ospedali e una più efficace verifica di controllo;
- la modulazione dei tempi d'attesa, in relazione alle classi di priorità, poiché, come già sottolineato, per un malato oncologico il tempo è fondamentale e può incidere sulla sua sopravvivenza.

### ***Articolo 2 - (Organismo di verifica e controllo assistenza sanitaria)***

Ottima l'istituzione dell'organismo di verifica e controllo sull'assistenza sanitaria presso il Ministero della salute, così come, al comma 3, la valorizzazione delle segnalazioni del cittadino, degli enti locali e delle associazioni di categoria degli utenti, poiché sono quest'ultimi il vero termometro, che può dare la misura reale dello stato delle disfunzioni all'interno degli ospedali.

### ***Proposta:***

Proponiamo di studiare la creazione di una APP, collegata al Ministero, utilizzabile dai cittadini, e dalle associazioni di categoria degli utenti, affinché possano non solo prenotare visite e prestazioni diagnostiche-strumentali, ma anche segnalare all'istante eventuali sforamenti dei limiti massimi stabiliti dal Ministero per le liste d'attesa e delle eventuali carenze dei livelli minimi di assistenza. Si propone altresì di promuovere, attraverso le reti televisive nazionali e i social network, l'informazione ai cittadini di questa nuova forma di partecipazione attiva e le modalità di accesso dell'APP collegata al Ministero.

### ***Articolo 3 - (Disposizioni per l'implementazione del sistema di prenotazione delle prestazioni sanitarie)***

L'articolo 3 introduce un argomento fondamentale, ma da anni trascurato: l'interoperabilità tra pubblico e privato accreditato, un argomento talmente importante che andrebbe sviluppato non solo per le liste d'attesa e l'organizzazione dei CUP per la prenotazione di esami strumentali come TAC, risonanze e altro ma anche per l'interoperabilità del personale specialistico e delle sale operatorie.

Mi spiego meglio: le strutture private convenzionate da anni "utilizzano" il personale medico operante nel pubblico, in regime di prestazioni extra-moenia, nel settore puramente privatistico che le strutture accreditate hanno al loro interno, ma non è mai stata prevista una normativa che regolarizzasse il contrario e cioè la possibilità dell'ente pubblico di avvalersi al suo interno di personale fornito dalle aziende accreditate, remunerato per singole prestazioni, come avviene per il personale del pubblico che fa libera professione nel privato. Ciò concorrerebbe a dare pari opportunità al servizio pubblico e rafforzerebbe il principio di concorrenza leale tra pubblico e privato convenzionato.

### ***Comma 8 - PDTA e presa in carico dei pazienti oncologici.***

Il comma 8 prevede che la gestione delle malattie cronico-degenerative e oncologiche, debba necessariamente essere strutturata all'interno dei PDTA attraverso agende dedicate. Il problema nasce dal fatto che oggi, in gran parte delle nostre regioni, anche le più virtuose, in molti ospedali i PDTA sono solo una sigla sulla carta, ma in realtà il percorso non esiste, così nel pubblico come nel privato convenzionato, tanto che i pazienti sono costretti a peregrinare da un ospedale all'altro per eseguire gli esami di follow-up.

Crediamo che sia opportuno mappare quegli ospedali pubblici e privati convenzionati che abbiano davvero, e non solo sulla carta, attivato i percorsi diagnostici terapeutici e per farlo occorrerebbe che AGENAS, o chi per essa, entrasse nel merito di una verifica che non sia solo cartacea, ma di controllo reale del percorso diagnostico terapeutico.

Essenziale anche che i pazienti oncologici non si vedano costretti a prenotare visite ed esami in strutture diverse da quelle dove sono curati, siano esse pubbliche, che private e private convenzionate, queste ultime (privato e privato convenzionato) quando prendono in carica i pazienti al momento della diagnosi dovrebbero seguirli in tutte le fasi della malattia, come ad esempio anche il fine vita, e non solo nella prima fase, quando le cose vanno bene. Infatti spesso succede che durante le fasi più critiche il paziente si vede rimandare in strutture pubbliche, caricando queste ultime di attività che dovrebbero essere svolte da chi sin dall'inizio ha preso in carico il paziente.

### **Comma 9**

Assolutamente condivisibile il divieto alle aziende sanitarie pubbliche e private convenzionate di chiudere o sospendere l'attività di prenotazione, così come sono condivisibili le sanzioni in caso di inadempienza al divieto.

### **Articolo 4 - (Potenziamento dell'offerta assistenziale in relazione alle visite diagnostiche e specialistiche)**

Bene il prolungamento anche alle giornate di sabato e domenica per le visite mediche e specialistiche, poiché aumenta l'offerta diagnostica e specialistica di circa un terzo, di conseguenza ridurrà in modo significativo i tempi di attesa, consentendo di utilizzare in modo più puntuale macchinari, spesso sotto utilizzati, e che hanno costi di acquisto molto importanti, se pensiamo che per una macchina per la TAC sono di circa 2,5/3 milioni di euro, capiamo che non si può tenerla ferma, soprattutto quando un cittadino deve aspettare mesi, se non anni, di attesa per fare un esame. Un più puntuale utilizzo dei macchinari può contribuire a un più rapido ammortamento del suo costo.

### **Comma 2.**

Fondamentale il comma 2, dove si chiede di assicurare alle aziende sanitarie pubbliche un corretto ed equilibrato rapporto tra le attività istituzionali e l'attività libero professionale, con il divieto che l'attività libero professionale possa comportare per ciascun dipendente un volume di prestazioni superiore a quello assicurato per i compiti istituzionali. Siamo convinti che il volume delle prestazioni rese a livello istituzionale debba essere definito da un organo centrale per categorie di prestazioni.

Le verifiche previste andrebbero anche estese sugli eventuali dirottamenti dei pazienti verso il privato.

Siamo assolutamente convinte che il privato e il privato convenzionato siano un'importantissima risorsa per integrare l'offerta sanitaria pubblica ove carente, ma non per sostituire un servizio pubblico che negli anni ha dato prova di grande valore, quindi la strada giusta è sicuramente quella di metterlo nelle condizioni di essere concorrenziale.

### **Articolo 5 - (Superamento del tetto di spesa per l'assunzione di personale sanitario)**

Bene anche il superamento del tetto di spesa per l'assunzione di personale sanitario.

## **Articolo 7 - (Imposta sostitutiva sulle prestazioni aggiuntive del personale sanitario)**

Bene le disposizioni che detassano le prestazioni aggiuntive del personale sanitario. Detassazioni che devono valere sia per il pubblico, che per il privato accreditato, posto che alle strutture private si chiede di contribuire alla riduzione delle liste d'attesa. Aggiungeremmo, che per i dipendenti delle strutture pubbliche che scelgono di non esercitare la libera professione, vengano detassati tutti gli straordinari fino ad esaurimento delle liste e che a questo si aggiunga un punteggio maggiore per la progressione della carriera nella sanità pubblica.

### **Conclusioni**

Comprendiamo bene, che pure i tempi di attuazione delle norme, attraverso i decreti attuativi qui previsti, devono essere quelli adeguati a risolvere il problema che si intende affrontare. Avevamo letto anche una bozza di disegno di legge approvato dal Consiglio dei Ministri lo stesso giorno in cui è stato approvato il decreto-legge 73. Conteneva disposizioni anche sulla appropriatezza delle prescrizioni, norme per l'erogazione delle prestazioni di specialistica ambulatoriale, affrontava il tema dei cosiddetti gettonisti, conteneva disposizioni sui tetti di spesa per le prestazioni delle strutture accreditate. Ecco ci auguriamo che il tempo trascorso sia servito ad affinare anche alcune norme di quel DDL, che potrebbero affiancare quelle di questo decreto, posto che prevedono disposizioni a costo zero.

Alcune comporterebbero addirittura delle economie di spesa, da destinare alle altre misure necessarie alla riduzione delle liste d'attesa e a un migliore trattamento del personale sanitario. Immaginiamo che, comportando anche degli oneri economici e quindi la necessità di predisporre le opportune coperture finanziarie, assieme alle disposizioni necessarie al reclutamento di ulteriore personale sanitario, siano materia di competenza della prossima legge di bilancio.

Quindi, per concludere, la risoluzione del problema delle liste d'attesa è complessa, non può essere affrontata solo da questo decreto legge, ma dal complesso di misure che verranno messe in campo anche dai decreti attuativi e dalle disposizioni in parte già anticipate dalla bozza di DDL.

La valutazione dell'iter e delle misure sinora adottate è quindi certamente positiva.

Ringrazio ancora per l'ascolto, a nome delle Associazioni del Gruppo "La salute: un bene da difendere, un diritto da promuovere" e di Salute Donna ODV. Grazie!