



DISEGNO DI LEGGE

presentato dal Presidente del Consiglio dei ministri (MELONI)

e dal Ministro della salute (SCHILLACI)

di concerto con il Ministro dell'economia e delle finanze (GIORGETTI)

con il Ministro per gli affari europei, il Sud, le politiche di coesione

e il PNRR (FITTO)

con il Ministro per gli affari regionali e le autonomie (CALDEROLI)

con il Ministro dell'università e della ricerca (BERNINI)

e con il Ministro per la pubblica amministrazione (ZANGRILLO)

COMUNICATO ALLA PRESIDENZA IL 7 GIUGNO 2024

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

L'analisi tecnico-normativa (ATN) e l'analisi di impatto della regolamentazione (AIR) relative al decreto-legge 7 giugno 2024, n. 73, sono state trasmesse dalla Presidenza del Consiglio dei ministri in data 2 luglio 2024.

ANALISI TECNICO-NORMATIVA (ATN)

Amministrazione proponente: Ministero della salute

Provvedimento: decreto-legge 7 giugno 2024, n. 73 recante “Misure urgenti per la riduzione dei tempi delle liste di attesa delle prestazioni sanitarie”

PARTE I. ASPETTI TECNICO-NORMATIVI DI DIRITTO INTERNO

1) *Obiettivi e necessità dell'intervento normativo. Coerenza con il programma di governo.*

L'intervento introduce misure urgenti per la riduzione dei tempi delle liste di attesa delle prestazioni sanitarie e per garantire il rispetto dei tempi massimi previsti per l'accesso ai livelli essenziali di assistenza (LEA), ossia alle prestazioni e ai servizi sanitari che il Servizio sanitario nazionale è tenuto a fornire a tutti i cittadini gratuitamente o dietro pagamento di una quota di partecipazione, con le risorse pubbliche raccolte attraverso la fiscalità generale.

L'obiettivo è assicurare una risposta efficace del Servizio sanitario nazionale ai bisogni degli assistiti, nell'ottica di una tutela effettiva del diritto alla salute di cui all'articolo 32 della Costituzione. Al riguardo, si precisa che l'individuazione delle misure volte a garantire l'efficienza dell'offerta assistenziale e la tempestività dell'accesso ai LEA rientra nella materia di competenza statale esclusiva di cui all'articolo 117, comma 2, lettera m), della Costituzione, che fa riferimento alla determinazione dei livelli essenziali di prestazioni concernenti i diritti civili e sociali (LEP) che devono essere garantiti su tutto il territorio nazionale.

Nell'introdurre misure volte a garantire l'accesso effettivo e tempestivo ai LEA, il provvedimento contribuisce a ridefinire, in maniera omogenea e unitaria a livello statale, il nucleo essenziale delle garanzie minime che assicurano la tutela del diritto alla salute a tutti i cittadini, indipendentemente dalla regione di residenza.

Simile intervento si è reso necessario a fronte dell'attuale situazione della sanità pubblica, che registra consistenti ritardi nell'accesso a visite specialistiche, esami specialistici e ricoveri, per i quali sono necessarie attese che vanno ben oltre i tempi massimi consentiti.

Nel ricondurre l'accesso effettivo e tempestivo ai LEA nelle garanzie minime del diritto alla salute, il provvedimento contribuisce ad affermare i diritti degli assistiti in materia di prestazioni sanitarie. L'intervento è coerente con il programma di governo.

2) *Analisi del quadro normativo nazionale.*

In materia, occorre richiamare diverse previsioni normative.

L'articolo 3, comma 8 della legge 23 dicembre 1994 n. 724 recante “*Misure di razionalizzazione della finanza pubblica*” prevede l'istituzione di un registro delle prestazioni specialistiche ambulatoriali, di diagnostica strumentale e di laboratorio e dei ricoveri ospedalieri ordinari, presso le unità sanitarie locali, i presidi ospedalieri e le aziende ospedaliere ai fini del diritto di accesso garantito dalla legge 7 agosto 1990, n. 241, soggetto a verifiche ed ispezioni da parte dei soggetti abilitati. In particolare, secondo tale previsione “*tutti i cittadini che vi abbiano interesse possono richiedere alle direzioni sanitarie notizie sulle prenotazioni e sui relativi tempi di attesa, con la salvaguardia della riservatezza delle persone*”.

L'articolo 1, comma 172, della legge 30 dicembre 2004, n. 311 recante “*Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato (legge finanziaria 2005)*”, dispone che il Ministero della salute verifica l'effettiva erogazione dei livelli essenziali di assistenza di (LEA) compresa la verifica dei relativi tempi di attesa.

Occorre segnalare anche **la legge 23 dicembre 2005 n. 266** recante “*Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato*” che prevede:

- all'articolo 1, comma 280, la stipula di una intesa tra Stato e regioni, ai sensi dell'articolo 8, comma 6, della legge 5 giugno 2003, n. 131, in relazione alla realizzazione da parte delle regioni degli interventi previsti dal Piano nazionale di contenimento dei tempi di attesa, allegato all'intesa;

- al comma 282 il divieto di sospendere le attività di prenotazione delle prestazioni rientranti nei LEA. Il medesimo comma prevede che le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano adottano, sentite le associazioni a difesa dei consumatori e degli utenti disposizioni per regolare i casi in cui la sospensione dell'erogazione delle prestazioni è legata a motivi tecnici, informando successivamente, con cadenza semestrale, il Ministero della salute. Il successivo comma 284 stabilisce la sanzione amministrativa applicabile ai soggetti responsabili della violazione del menzionato divieto.

Ai sensi del comma 280 dell'articolo 1 della menzionata legge finanziaria sono stati adottati il Piano Nazionale di Governo delle Liste di Attesa per il triennio 2006-2008, per il triennio 2010-2012 e da ultimo, nel febbraio 2019 è stato approvato il Piano Nazionale di Governo delle Liste di Attesa (PNGLA) 2019-2021. Quest'ultimo Piano, si considera vigente fino alla stipula di un nuovo accordo.

Il decreto legislativo 14 marzo 2013, n. 33 avente ad oggetto *“Riordino della disciplina riguardante il diritto di accesso civico e gli obblighi di pubblicità, trasparenza e diffusione di informazioni da parte delle pubbliche amministrazioni”* il quale, all'art. 41 prevede che gli enti, le aziende e le strutture pubbliche e private che erogano prestazioni per conto del servizio sanitario sono tenuti ad indicare nel proprio sito, in una apposita sezione denominata «Liste di attesa», i criteri di formazione delle liste di attesa, i tempi di attesa previsti e i tempi medi effettivi di attesa per ciascuna tipologia di prestazione erogata.

In relazione alla problematica delle liste di attesa, occorre rilevare che l'**articolo 29 del decreto-legge 14 agosto 2020, n. 104** recante *“Misure urgenti per il sostegno e il rilancio dell'economia”* ha previsto disposizioni urgenti in materia di liste d'attesa.

Anche l'**articolo 26 del decreto-legge 25 maggio 2021, n. 73** recante *“Misure urgenti connesse all'emergenza da Covid-19, per le imprese, il lavoro, i giovani, la salute e i servizi territoriali”* per garantire l'attuazione del Piano di cui al predetto articolo 29 e al fine di consentire un maggior recupero delle prestazioni di ricovero ospedaliero per acuti in regime di elezione e delle prestazioni di specialistica ambulatoriali non erogate dalle strutture pubbliche e private accreditate nel 2020 ha introdotto misure urgenti in materia di liste di attesa.

Per garantire l'attuazione del Piano di cui all'articolo 29 del decreto- legge n.104 del 2020, l'**articolo 1, comma 276 della legge n. 234 del 2021**(Bilancio di previsione dello Stato per l'anno finanziario 2022 e bilancio pluriennale per il triennio 2022-2024) proroga al 31 dicembre 2022 le suddette previsioni di cui al citato articolo 26 e con una previsione di carattere derogatorio, il successivo comma 277 prevede la possibilità per le regioni e province autonome di coinvolgere anche le strutture private accreditate.

Le suddette previsioni di cui all'articolo 26, sono state ulteriormente prorogate al 31 dicembre 2023 dall'articolo 4, **comma 9-octies del decreto-legge n. 198 del 2022** recante *“Disposizioni urgenti in materia di termini legislativi”*.

L'articolo **articolo 4, comma 9-septies del citato decreto-legge**, inoltre, ha previsto che, in considerazione delle ulteriori spese sanitarie, le regioni e le province autonome possono rendere disponibili, per l'equilibrio finanziario 2022, le risorse correnti di cui all'articolo 1, comma 278, della legge n. 234 del 2021, non utilizzate al 31 dicembre 2022 per le finalità di cui ai commi 267 e 277 della citata legge n. 234 del 2021.

In relazione alle ulteriori misure adottate per contrastare la carenza del personale sanitario, occorre segnalare che l'**articolo 11 del decreto-legge 30 marzo 2023 n. 34** recante *“Misure urgenti a sostegno delle famiglie e delle imprese per l'acquisto di energia elettrica e gas naturale, nonché in materia di salute e adempimenti fiscali”* ha previsto l'incremento della tariffa oraria per le prestazioni aggiuntive per i medici (100 euro) e personale sanitario (60 euro) presso i servizi di emergenza-urgenza.

La legge 30 dicembre 2023, n. 213 recante “*Bilancio di previsione dello Stato per l’anno finanziario 2024 e bilancio pluriennale per il triennio 2024-2026*” introduce ulteriori misure sul tema e in particolare:

- al fine di fronteggiare la carenza di personale, ridurre le liste di attese e il ricorso alle esternalizzazioni, i commi 218 e 219 prevedono rispettivamente per il personale medico e per il personale del comparto sanitario che l’incremento delle tariffe orarie per le prestazioni aggiuntive di cui all’articolo 11 del decreto-legge n. 34 del 2023, si applica fino al 31 dicembre 2026. Si prevede altresì l’estensione dall’anno 2024 all’anno 2026, a tutte le prestazioni aggiuntive svolte.

- Per garantire l’attuazione dei Piani operativi per il recupero delle liste di attesa, il comma 232 prevede che le regioni e le province autonome possono avvalersi fino al 31 dicembre 2024 delle misure previste dai commi 218 e seguenti e possono coinvolgere anche le strutture private accreditate. A tal fine, inoltre, possono utilizzare una quota non superiore allo 0,4% del livello di finanziamento indistinto del fabbisogno sanitario nazionale standard.

3) *Incidenza delle norme proposte sulle leggi e i regolamenti vigenti.*

Lo schema di decreto-legge in esame incide sulle seguenti previsioni:

- articolo 1, commi 282 e 284 della legge 2005, n. 266 recante “Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato” in materia di sanzioni amministrative per la violazione del divieto di sospensione delle attività di prenotazione delle prestazioni rientranti nei LEA;

- articolo 11 del decreto-legge 30 aprile 2019, n. 35, convertito con modificazioni dalla legge 25 giugno 2019, n. 60 recante “Misure emergenziali per il servizio sanitario della Regione Calabria e altre misure urgenti in materia sanitaria” in materia di limiti di spesa per il personale delle aziende e degli enti del Servizio sanitario nazionale;

4) *Analisi della compatibilità dell’intervento con i principi costituzionali.*

L’intervento normativo è compatibile con i principi costituzionali.

Al riguardo, si precisa che l’individuazione delle misure volte a garantire l’efficienza dell’offerta assistenziale e la tempestività dell’accesso ai LEA rientra nella materia di competenza statale esclusiva di cui all’articolo 117, comma 2, lettera m), della Costituzione, che fa riferimento alla determinazione dei livelli essenziali di prestazioni concernenti i diritti civili e sociali (LEP) che devono essere garantiti su tutto il territorio nazionale.

5) *Analisi delle compatibilità dell’intervento con le competenze e le funzioni delle regioni ordinarie e a statuto speciale nonché degli enti locali.*

Non si rilevano profili di incompatibilità con le competenze e le funzioni delle regioni a statuto ordinario ed a statuto speciale nonché degli enti locali.

6) *Verifica della compatibilità con i principi di sussidiarietà, differenziazione ed adeguatezza sanciti dall’articolo 118, primo comma, della Costituzione.*

L’intervento normativo è conforme ai principi previsti dall’articolo 118, primo comma, della Costituzione.

Non si rilevano, pertanto, profili di incompatibilità con le competenze e le funzioni delle Regioni ordinarie ed a statuto speciale nonché degli enti locali, né di incompatibilità con i principi di sussidiarietà, di differenziazione e di adeguatezza sanciti dall’articolo 118, primo comma, della Costituzione.

7) Verifica dell'assenza di rilegificazioni e della piena utilizzazione delle possibilità di delegificazione e degli strumenti di semplificazione normativa.

Sono assenti rilegificazioni. Sono stati utilizzati strumenti di semplificazione normativa.

8) Verifica dell'esistenza di progetti di legge vertenti su materia analoga all'esame del Parlamento e relativo stato dell'iter.

Esclusivamente in relazione alla previsione del superamento del tetto di spesa per l'assunzione di personale sanitario, si segnalano:

- Atto Camera 1298 (Quartini ed altri) - "Disposizioni concernenti il finanziamento, l'organizzazione e il funzionamento del Servizio sanitario nazionale nonché delega al Governo per il riordino delle agevolazioni fiscali relative all'assistenza sanitaria complementare". *Fase iter: in corso di esame in Commissione;*

- Atto Camera 1741 (Schlein ed altri) - "Disposizioni per il sostegno finanziario del Servizio sanitario nazionale in attuazione dei principi di universalità, eguaglianza ed equità". *Fase iter: concluso l'esame da parte della Commissione. In stato di relazione.*

9) Indicazioni delle linee prevalenti della giurisprudenza ovvero della pendenza di giudizi di costituzionalità sul medesimo o analogo oggetto.

Non risulta che vi siano giudizi di costituzionalità pendenti sulle materie oggetto dell'intervento.

PARTE II. CONTESTO NORMATIVO COMUNITARIO E INTERNAZIONALE

10) Analisi della compatibilità dell'intervento con l'ordinamento comunitario.

Le disposizioni non presentano profili d'incompatibilità con l'ordinamento comunitario.

11) Verifica dell'esistenza di procedure di infrazione da parte della Commissione Europea sul medesimo o analogo oggetto.

Non risultano sussistere procedure di infrazione da parte della Commissione europea sul medesimo o su analogo oggetto.

12) Analisi della compatibilità dell'intervento con gli obblighi internazionali.

Le disposizioni non presentano profili di incompatibilità con gli obblighi internazionali.

13) Indicazioni delle linee prevalenti della giurisprudenza ovvero della pendenza di giudizi innanzi alla Corte di Giustizia delle Comunità Europee sul medesimo o analogo oggetto.

Non risultano sussistere, sulle specifiche materie oggetto di intervento, precedenti giurisprudenziali della Corte di Giustizia dell'Unione europea né si ha notizia di giudizi pendenti sul medesimo o analogo oggetto dinnanzi al citato organo.

14) Indicazioni delle linee prevalenti della giurisprudenza ovvero della pendenza di giudizi innanzi alla Corte Europea dei Diritti dell'uomo sul medesimo o analogo oggetto.

Non risultano orientamenti giurisprudenziali né giudizi pendenti innanzi alla Corte europea dei diritti dell'uomo in merito all'oggetto delle disposizioni contenute nel decreto legge.

15) Eventuali indicazioni sulle linee prevalenti della regolamentazione sul medesimo oggetto da parte di altri Stati membri dell'Unione Europea.

Non si ravvisano linee di regolamentazione da parti di altri Stati dell'Unione Europea.

PARTE III. ELEMENTI DI QUALITÀ SISTEMATICA E REDAZIONALE DEL TESTO

1) Individuazione delle nuove definizioni normative introdotte dal testo, della loro necessità, della coerenza con quelle già in uso.

Il provvedimento non introduce nuove definizioni normative.

2) Verifica della correttezza dei riferimenti normativi contenuti nel progetto, con particolare riguardo alle successive modificazioni ed integrazioni subite dai medesimi.

Sono stati verificati i riferimenti normativi contenuti nell'intervento ed essi risultano corretti e corrispondenti alla versione vigente dei testi.

3) Ricorso alla tecnica della novella legislativa per introdurre modificazioni ed integrazioni a disposizioni vigenti.

Non si è fatto ricorso alla tecnica della novella legislativa per introdurre modificazioni ed integrazioni a disposizioni vigenti.

4) Individuazione di effetti abrogativi impliciti di disposizioni dell'atto normativo e loro traduzione in norme abrogative espresse nel testo normativo.

L'articolo 5, comma 3, del provvedimento in esame determina l'abrogazione dell'articolo 11, commi 1, 2, 3 e 4, del decreto-legge 30 aprile 2019, n. 35, convertito, con modificazioni, dalla legge 25 giugno 2019, n. 60, con decorrenza dall'adozione dell'uno o più decreti di cui al comma 2 del medesimo articolo 5.

5) Individuazione di disposizioni dell'atto normativo aventi effetto retroattivo o di reviviscenza di norme precedentemente abrogate o di interpretazione autentica o derogatorie rispetto alla normativa vigente.

Non vi sono disposizioni con effetto retroattivo né che comportano la reviviscenza di norme precedentemente abrogate.

6) Verifica della presenza di deleghe aperte sul medesimo oggetto, anche a carattere integrativo o correttivo.

Non sussistono deleghe aperte sul medesimo oggetto.

7) Indicazione degli eventuali atti successivi attuativi; verifica della congruenza dei termini previsti per la loro adozione.

Articolo 1 (Istituzione della Piattaforma nazionale delle liste di attesa)

Comma 3: Decreto del Ministro della salute, sentita l'AGENAS, acquisito il parere della Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, con il quale sono adottate specifiche linee guida per definire i criteri di realizzazione, di funzionamento e di interoperabilità tra la Piattaforma nazionale e le piattaforme regionali da adottare entro 60 giorni dalla data di entrata in vigore della legge di conversione del d.l.

Comma 4: Decreto del Ministro della salute con il quale sono individuate le modalità con cui il «Modello Nazionale di Classificazione e Stratificazione della popolazione - MCS» (in coerenza con il quale opera la Piattaforma) è reso disponibile alle regioni e alle province autonome di Trento e di Bolzano da adottare entro 30 giorni dalla data di entrata in vigore del d.l.

ART. 3 (Disposizioni per l'implementazione del sistema di prenotazione delle prestazioni sanitarie)

Comma 5: Decreto del Ministro 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, con il quale sono

adottate le linee di indirizzo omogenee a livello nazionale che contengono le indicazioni tecniche sulla base delle quali il CUP attiva un sistema di disdetta delle prenotazioni, per ricordare all'assistito la data di erogazione della prestazione, per richiedere la conferma o la cancellazione della prenotazione effettuata, da effettuarsi almeno due giorni lavorativi prima dell'erogazione della prestazione, anche da remoto, nonché sistemi di ottimizzazione delle agende di prenotazione.

Comma 11: Protocollo di intesa tra il Ministero della salute, di concerto con il Ministero dell'economia e delle finanze, e la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e Bolzano, con il quale sono definiti i criteri e le direttive per la redazione dei piani regionali in base ai quali le risorse ex articolo 1, commi 232 e 233 della legge n. 213 del 2023, finalizzate a garantire l'erogazione della prestazione sanitaria anche mediante intramoenia, privati accreditati e prestazioni aggiuntive ma non utilizzate, sono accantonate nei bilanci del Servizio sanitario nazionale per attuare le misure di recupero delle liste di attesa da adottare entro 60 giorni dalla data di entrata in vigore della legge di conversione del d.l.

ART. 5 (Superamento del tetto di spesa per l'assunzione di personale sanitario)

Comma 1: Decreto del Ministro della salute, di concerto con il Ministro dell'economia e delle finanze, di intesa con la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, con il quale è autorizzato l'ulteriore incremento della misura massima del 5 per cento, previa verifica della congruità delle misure compensative della maggiore spesa di personale da adottare a decorrere dall'anno 2024 e fino alla data di adozione dei decreti di cui al comma 2.

Comma 2

1° periodo : Uno o più decreti del Ministro della salute, di concerto con il Ministro dell'economia e delle finanze, previa intesa in sede di Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e Bolzano, con i quali è adottata una metodologia per la definizione del fabbisogno di personale degli enti del SSN in coerenza con i valori di cui al comma 1. A decorrere dal 2025.

Comma 2

2° periodo : Decreto del Ministro della salute, di concerto con il Ministro dell'economia e delle finanze, previa intesa in sede di Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, con il quale sono approvati i piani dei fabbisogni triennali per il servizio sanitario regionale predisposti dalle regioni sulla base della predetta metodologia, ai fini del riscontro di congruità finanziaria. A decorrere dal 2025.

ART.6 (Ulteriori misure per il potenziamento dell'offerta assistenziale e il rafforzamento dei Dipartimenti di salute mentale)

Comma 1

1° periodo: Decreto del Ministro della salute, di concerto con il Ministro per gli affari europei, il Sud, le politiche di coesione e il PNRR e acquisito il parere della Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, con il quale, per le regioni destinatarie del Programma nazionale equità nella salute 2021-2027, è definito un piano d'azione finalizzato al rafforzamento della capacità di erogazione dei servizi sanitari e all'incremento dell'utilizzo dei servizi sanitari e sociosanitari sul territorio, a valere sulle risorse del predetto Programma, nel rispetto delle procedure, dei vincoli territoriali, programmatici e finanziari previsti dalla programmazione 2021 - 2027 e dei criteri di ammissibilità del citato Programma. da adottare entro 60 giorni dalla data di entrata in vigore della legge di conversione del d.l.

- 8) Verifica della piena utilizzazione e dell'aggiornamento di dati e di riferimenti statistici attinenti alla materia oggetto del provvedimento, ovvero indicazione della necessità di commissionare all'Istituto nazionale di statistica apposite elaborazioni statistiche con*

correlata indicazione nella relazione economico-finanziaria della sostenibilità dei relativi costi.

Per la predisposizione delle disposizioni in esame sono stati utilizzati i dati numerici, informativi e statistici in possesso del Ministero della salute, delle Regioni ritenuti congrui e sufficienti; pertanto, non si è reso necessario il ricorso ad altre basi informative.

ANALISI DI IMPATTO DELLA REGOLAMENTAZIONE (AIR)

PROVVEDIMENTO: SCHEMA DI DECRETO-LEGGE RECANTE MISURE URGENTI PER LA RIDUZIONE DEI TEMPI DELLE LISTE DI ATTESA DELLE PRESTAZIONI SANITARIE.

AMMINISTRAZIONE COMPETENTE: Ministero della Salute

REFERENTE DELL'AMMINISTRAZIONE COMPETENTE: Ufficio Legislativo

SINTESI DELL'AIR E PRINCIPALI CONCLUSIONI

Il provvedimento in esame reca misure urgenti per la riduzione delle liste di attesa delle prestazioni sanitarie. L'intervento mira a introdurre strumenti di rafforzamento del Servizio sanitario nazionale, al fine di garantire un efficientamento dell'offerta assistenziale rivolta ai cittadini. Le misure intervengono su diversi piani: dal piano strutturale-organizzativo, con l'istituzione di una Piattaforma nazionale delle liste di attesa per l'interconnessione a livello centrale dei dati provenienti dalle realtà regionali e l'istituzione dell'Organismo per il controllo e la verifica sull'assistenza sanitaria, al piano aziendale e territoriale, con la previsione di interventi per il reclutamento e la valorizzazione del personale sanitario nonché per il rafforzamento e l'implementazione dei servizi sanitari erogati. Il provvedimento in oggetto, pertanto, mira ad assicurare una risposta efficace del Servizio sanitario nazionale ai bisogni degli assistiti, nell'ottica di una tutela effettiva del diritto alla salute di cui all'articolo 32 della Costituzione, introducendo misure rivolte a tutte le strutture e i professionisti coinvolti nell'erogazione dei servizi sanitari.

CONTESTO E PROBLEMI DA AFFRONTARE

L'intervento si è reso necessario a fronte dell'attuale situazione della sanità pubblica, che registra consistenti ritardi nell'accesso a visite specialistiche, esami specialistici e ricoveri, per i quali sono necessarie attese che vanno ben oltre i tempi massimi consentiti. Tale rallentamento è determinato da plurimi fattori, tra cui, senz'altro, le inefficienze dei processi di valutazione diagnostica, che incidono sulla garanzia dell'appropriatezza prescrittiva. A ciò deve aggiungersi la carenza di personale sanitario, tenuto conto che le manovre di contenimento della spesa pubblica e i vincoli assunzionali hanno determinato il progressivo deterioramento delle condizioni di lavoro, incidendo negativamente anche sull'attrattività del Servizio sanitario nazionale. Per garantire la funzionalità minima dei servizi sanitari, sempre più frequentemente, negli ultimi anni, si è fatto ricorso a forme di esternalizzazione, attraverso l'impiego dei cosiddetti gettonisti, con conseguente svilimento delle professionalità sanitarie strutturate. Tale assetto ha condotto a distorsioni del sistema di erogazione delle prestazioni sanitarie, dall'ingolfamento alla sospensione delle liste di attesa.

In particolare, è preliminarmente necessario contestualizzare il fenomeno della carenza di personale tenendo conto della grande variabilità esistente sul territorio nazionale sia in termini di organizzazione, di gestione e disponibilità finanziaria delle strutture, oltre che di dinamica demografica ed epidemiologica della popolazione che genera il fabbisogno di salute e la richiesta di prestazioni.

Le indicazioni sull'esigenza di personale sanitario per il SSN risultano desumibili dall'analisi dei dati del Conto Annuale IGOP riferiti alle Aziende Ospedaliere, Aziende Ospedaliere Universitarie, IRCCS pubblici, ESTAR Enti per i servizi tecnico-amministrativi di area vasta - Toscana, ISPO, ARES Lazio, AREU e AGENZIA CSS Lombardia, ISPO, AZIENDA ZERO Veneto, A.Li.Sa (escludendo il personale di altri Enti cui si applica il CCNL Comparto sanità come Agenzie, Agenas, Istituti Zooprofilattici Sperimentali, ecc.). In particolare, considerando il trend 2012 - 2022 del personale assunto a tempo indeterminato presso le strutture del SSN si può notare come dall'anno 2012 all'anno 2019 il personale sia complessivamente diminuito di oltre 25.000 unità ed il personale afferente al ruolo sanitario di circa 9.000 unità. Con particolare riferimento al medesimo periodo, i Dirigenti medici diminuiscono di poco meno di 2.000 unità ed il personale infermieristico di circa 4.000 unità. A decorrere dall'anno 2020, si registra tuttavia una inversione di tendenza dell'andamento

decescente dei numeri del personale SSN registrato negli anni precedenti ed il personale dipendente a tempo indeterminato del SSN torna a crescere. Tuttavia, l'incremento registrato negli ultimi tre anni (dal 2019 al 2022 si ha un aumento complessivo di 31.228 unità di personale e di 21.448 unità del personale afferente al ruolo sanitario), di fatto, riporta la consistenza di personale non molto al di sopra dei valori registrati dieci anni prima. Infatti, se al 31 dicembre 2012 erano complessivamente 656.000 circa le unità di personale a tempo indeterminato impiegate nel SSN, al 31 dicembre 2022 il medesimo personale è pari a circa 662.000 unità.

Il personale del ruolo sanitario al 31/12/2012 era pari a 463.000 e, al 31/12/2022, si attesta sulle 475.000 unità. È importante sottolineare che il dato riferito ai soli dirigenti medici pari a 107.167 unità di personale medico a tempo indeterminato al 31/12/2022, risulti ancora inferiore al dato relativo all'anno 2012 in cui erano gli stessi risultavano pari a 108.380 unità.

Elemento significativo idoneo ad incidere sensibilmente sulla carenza di personale in sanità è la scarsa attrattività del SSN, al quale si associa il fenomeno delle cosiddette "grandi dimissioni" e quello dei "gettonisti", nonché il tema dei contratti di specializzazione non coperti e delle specialità carenti.

Complessivamente la percentuale dei contratti di formazione specialistica «non occupati» è cresciuta negli ultimi anni passando dal 10% dell'anno 2021 a circa il 30% dell'anno 2023, a testimonianza dell'avvenuto superamento dell'imbuto formativo che però ha messo in luce una criticità legata alla

distribuzione dei contratti di specializzazione evidenziando una minore attrattività di alcune specializzazioni (Anatomia patologica Anestesia Rianimazione, Terapia Intensiva e del dolore, Audiologia e foniatria, Chirurgia Generale, Chirurgia Toracica, Farmacologia e Tossicologia Clinica, Genetica medica, Geriatria, Igiene e medicina preventiva, Malattie Infettive e Tropicali, Medicina di comunità e delle cure primarie, Medicina d'emergenza-urgenza, Medicina e Cure Palliative, Medicina nucleare, Medicina termale, Microbiologia e virologia, Nefrologia, Patologia Clinica e Biochimica Clinica, Radioterapia). Di contro, la scelta degli specializzandi è spesso orientata verso discipline maggiormente legate all'esercizio della libera professione e meno presenti nel SSN.

Il fenomeno dei gettonisti è stato oggetto di una specifica rilevazione condotta dalla l'Autorità Nazionale Anticorruzione nel mese di settembre 2023 sugli affidamenti pubblici concernenti il servizio di fornitura di personale medico ed infermieristico al fine di verificare la diffusione del fenomeno dei "gettonisti" nell'approvvigionamento da parte delle strutture riconducibili al Sistema Sanitario Nazionale (fonte Banca Dati Nazionale dei Contratti Pubblici, BDNCP). L'analisi condotta dall'Autorità, riferita al periodo 2019-2022, mostra come per il personale medico il fenomeno sia esploso a seguito dell'emergenza sanitaria iniziata nel 2020 diversamente da quanto evidenziato per il personale infermieristico dove il fenomeno era già rilevante nel periodo pre-pandemico. Inoltre, la spesa per i servizi di fornitura del personale medico segue un trend crescente (+ 47% dal 2020 al 2022) e continua ad aumentare anche nel 2022 a differenza di quanto accade per analoga spesa riferita al personale infermieristico per il quale essa diminuisce del 73% dal 2020 al 2022.

Contratti per il servizio di fornitura di personale medico e infermieristico – Importo dei contratti comprensivo delle adesioni (fonte: BDNCP)

| ANNO | Medici (contratti + adesioni) | Infermieri (contratti + adesioni) | TOTALE Medici + Infermieri |
|------------------------|--------------------------------------|------------------------------------------|-----------------------------------|
| 2019 | 9.647.069 | 22.321.836 | 31.968.905 |
| 2020 | 10.355.349 | 52.849.136 | 63.204.485 |
| 2021 | 20.764.147 | 20.860.519 | 41.624.666 |
| 2022 | 21.200.065 | 14.286.837 | 35.486.902 |
| SPESA 2019-2022 | 61.966.630 | 110.318.328 | 172.284.958 |

Fonte: Autorità Nazionale Anticorruzione - Servizi di fornitura di personale medico ed infermieristico. Analisi su dati BDNCP

A quanto sopra esposto si aggiunge la sostanziale inefficacia degli strumenti a supporto del monitoraggio e del governo delle liste di attesa previsti dal Piano Nazionale Governo Liste di Attesa 2019-2021. Infatti il PNGLA 2019-2021 prevedeva in maniera distinta la gestione dei monitoraggi dei tempi di attesa delle prestazioni prenotate in attività libero professionale, che era affidata ad AGENAS (monitoraggio ALPI), e quella delle

prestazioni prenotate in attività istituzionale, di cui era responsabile direttamente il Ministero della Salute. I due monitoraggi raccoglievano dati a livelli diversi e quindi non era possibile effettuare un confronto tra gli stessi. Il monitoraggio delle prestazioni in attività libero professionale avveniva con una raccolta del dato per singola prenotazione mentre quello istituzionale con dato aggregato a livello di struttura e classe di priorità.

Il monitoraggio veniva effettuato nelle 4 settimane indice e quindi con frequenza trimestrale.

Sorge, pertanto, la necessità di definire misure straordinarie volte a garantire la tempestiva attuazione di un programma per il governo delle liste di attesa e per le prestazioni sanitarie al fine di superare le criticità connesse all'accessibilità e alla fruibilità delle prestazioni, garantendo contestualmente l'erogazione dei servizi entro tempi appropriati, rispetto alla patologia e alle necessità di cura.

Infatti, si introducono misure volte alla riduzione delle liste di attesa e al rispetto dei tempi massimi previsti per l'accesso ai livelli essenziali di assistenza (LEA), ossia alle prestazioni e ai servizi sanitari che il Servizio sanitario nazionale è tenuto a fornire a tutti i cittadini gratuitamente o dietro pagamento di una quota di partecipazione, con le risorse pubbliche raccolte attraverso la fiscalità generale.

Si rappresenta inoltre che l'assenza della pubblicazione omogenea e tempestiva su tutto il territorio nazionale dei dati sui tempi di attesa non aiuta a contrastare la diffusione di notizie contrastanti sugli stessi e a dare consapevolezza ai cittadini sui reali tempi di attesa delle prestazioni.

A conforto di quanto precede la ricerca effettuata dall'Osservatorio sulla sanità digitale del Politecnico di Milano ha evidenziato, nell'edizione 2024, come tra le informazioni più cercate e meno trovate dai cittadini vi siano i tempi di attesa per l'erogazione delle prestazioni ambulatoriali.

L'intervento normativo è volto ad avvicinare ulteriormente la sanità pubblica ai cittadini, individuando elementi di tutela e di garanzia volti ad agire come leve per incrementare il grado di efficienza e di appropriatezza di utilizzo delle risorse disponibili e costituisce un impegno comune del Governo e delle Regioni e Province Autonome, che convengono su azioni complesse e articolate, fondate sulla promozione del principio di appropriatezza nelle sue dimensioni clinica, organizzativa e prescrittiva, a garanzia dell'equità d'accesso alle prestazioni.

L'intervento normativo è volto a superare sia le criticità legate all'attuale copertura della domanda di prestazioni specialistiche e di ricovero entro i tempi richiesti dal prescrittore sia a rendere monitorabile il reale rispetto dei tempi stessi mediante strumenti accurati, standardizzabili, univoci e tempestivi.

Per quanto riguarda il primo aspetto, relativo alla copertura della domanda di prestazioni nei tempi dettati dalla classe di priorità, gli ultimi dati disponibili, riferiti all'anno 2023, evidenziano una profonda eterogeneità interregionale e, a livello nazionale, una diffusa disattenzione della soglia di copertura del 90%, per tutti i monitoraggi.

In particolare, le coperture medie nazionali dei tempi di attesa calcolate con modalità ex-post rivelano i seguenti valori:

- classe B: 83,11%
- classe D: 81,18%.

Vale a dire che, nel 2023, sul totale delle prestazioni erogate e incluse nell'analisi, quasi il 20% è stato erogato oltre il tempo massimo di attesa, corrispondente a 10 giorni per la classe B e a 30/60 giorni per la classe D.

Valori ancora più bassi si sono riscontrati nelle coperture medie nazionali dei tempi di attesa calcolate con modalità ex-ante:

- classe B: 72,82%
- classe D: 75,14%
- classe P: 77,37%

Dunque, sul totale delle prestazioni prenotate ed incluse nell'analisi, quasi il 30% degli assistiti riceve un appuntamento oltre il tempo massimo di attesa, corrispondente a 10 giorni per la classe B, a 30/60 giorni per la classe D e a 120 giorni per la classe P.

Una situazione analoga si riscontra nei tempi d'attesa per ricoveri per i quali la disomogeneità tra Regioni è particolarmente evidente e per alcune procedure (es. la protesi d'anca) si passa da valori prossimi al 20% di copertura dei tempi a valori del 90% e, in generale, la garanzia di erogare il ricovero urgente in 30 giorni al 90% degli assistiti è rispettata in pochissime regioni e per pochissime procedure.

Per quanto riguarda il secondo aspetto relativo alla monitorabilità dei tempi di attesa, di fatto, gli attuali strumenti di monitoraggio disponibili, per quanto utili ad identificare macroscopicamente le criticità dei sistemi di garanzia dell'accessibilità e della capacità d'offerta dei sistemi erogativi, hanno rivelato specifici limiti intrinseci, di seguito sintetizzati.

L'attuale Piano Nazionale di Governo delle liste d'attesa (PNGLA 2019-21) adottato con intesa del 21 febbraio 2019 (Repertorio Atti n.: 28/CSR) e "vigente fino alla stipula del futuro PNGLA", ha emanato, all'allegato B, le linee guida sulle modalità di trasmissione e rilevazione dei flussi per i monitoraggi dei tempi di attesa, denominati "Monitoraggi" e distinti in monitoraggi ex-ante ed ex-post per le prestazioni di specialistica ambulatoriale e monitoraggi ex-post per le prestazioni di ricovero. Tutti i monitoraggi previsti si riferiscono ad una selezione di prestazioni cosiddette "traccianti" o "sentinella", dunque ad un gruppo di prestazioni ritenute critiche ed elencate ai paragrafi 3.1 e 3.2 del vigente Piano.

Il monitoraggio dei tempi di attesa in modalità ex ante si basa su una rilevazione dei dati sui tempi di attesa per le prestazioni ambulatoriali richieste in primo accesso e indicate al paragrafo 3.1 del vigente PNGLA. Sono tenute alla rilevazione tutte le strutture pubbliche e private accreditate che erogano prestazioni per conto e a carico del SSN.

Oggetto di monitoraggio sono le prestazioni nelle Classi di priorità B, D e P. La rilevazione valuta, sul totale delle prestazioni richieste (prenotate) dall'utente, la quota per la quale è stato dato appuntamento nei tempi previsti dalla specifica classe. Vengono escluse dal monitoraggio (non da garantire) le prenotazioni per le quali l'utente ha rifiutato la prima disponibilità.

I limiti del monitoraggio ex ante possono essere così riassunti:

- Non fornisce stima dei tempi (assoluti, medi, mediani) ma delle sole percentuali di copertura del tempo previsto per la specifica classe di priorità;
- È riferito ad una sola settimana indice per ciascun trimestre;
- Tiene conto esclusivamente delle prestazioni prenotate ma non permette di quantificare le prescrizioni non prenotate per mancata risposta del CUP o per indisponibilità della offerta;
- Non permette la stima della «consistenza di lista» ai fini della programmazione dell'offerta;
- Esclude le prestazioni non soggette a garanzia (ad esempio per rifiuto del paziente della prima disponibilità);
- Si basa su dati auto dichiarati dalle Regioni

Va poi, segnalato, che in diversi casi, le prestazioni che "escono" dal monitoraggio (prestazioni non da garantire per rifiuto del paziente della prima disponibilità offerta) possono essere un indicatore di scarsa fruibilità del servizio e quindi di una necessità di revisione dei percorsi di tutela adottati dalle aziende.

Per quanto riguarda il monitoraggio dei tempi di attesa delle prestazioni ambulatoriali in modalità ex post, esso si effettua attraverso il flusso informativo ex art. 50 della legge 326/2003 che, nell'aggiornamento del comma 5 del decreto del Ministero dell'Economia e Finanze del 18 marzo 2008, è stato implementato delle informazioni necessarie al suddetto Monitoraggio. I dati raccolti sono relativi alle prestazioni traccianti, indicate al paragrafo 3.1 del PNGLA 2019-2021, erogate presso le strutture pubbliche e private accreditate. Oggetto di Monitoraggio dei tempi di attesa sono le Classi di priorità B, D, e, dal 2023, la classe P. Obiettivo del monitoraggio è verificare la quota di prestazioni erogate e richieste in primo accesso che sono state garantite entro i tempi previsti dalla rispettiva classe di priorità espresse come percentuale delle prestazioni richieste per la medesima classe di priorità.

I limiti del monitoraggio ex post possono essere così riassunti:

- Tiene conto esclusivamente dei tempi di attesa delle prestazioni garantite nei tempi, non permettendo di monitorare il tempo di attesa esperito dalle prenotazioni outlier;
- Non fornisce stima dei tempi (assoluti, medi, mediani);
- Si basa su dati parziali e tardivi del sistema Tessera Sanitaria;
- Per essere valido, è necessario che i campi dell'impegnativa siano valorizzati almeno al 90% e il tasso di prime visite sia 50/1.000 residenti

Il monitoraggio ex-post delle prestazioni di ricovero si applica alle traccianti elencate nel paragrafo 3.2 del PNGLA vigente mediante dati estratti dal flusso delle Schede di Dimissione Ospedaliera (SDO). Misura

l'indicatore: *Proporzione di ricoveri erogati nei tempi massimi di attesa per classe A.*

I principali limiti del monitoraggio dei ricoveri sono:

- È limitato alla sola classe di priorità A; sono esclusi, dunque, tutti i ricoveri richiesti con minore urgenza;
- Non considera il tempo di attesa dovuto a rinvii richiesti dal paziente creando bias sulla capacità di offerta dell'erogatore.
- Valuta esclusivamente i ricoveri avvenuti (non quantifica il drop-out per rinuncia);
- Non fornisce stima dei tempi (assoluti, medi, mediani),
- Non permette la stima della «consistenza di lista» utile ai fini della programmazione ospedaliera;
- Utilizza un flusso dati non tempestivo (flusso SDO).

Inoltre, tutti i flussi informativi attualmente gestiti non permettono di quantificare il reale bisogno di salute della popolazione assistita né il totale della domanda di salute espressa in quanto si basano esclusivamente sulla misura delle prestazioni erogate o prenotate, non essendo attualmente disponibili al Ministero della salute i dati relativi alle prescrizioni su ricettario SSN. Allo stesso modo, non è quantificabile la quota di prestazioni prescritte ed erogate con modalità alternative al sistema pubblico (privato accreditato, privato puro) mentre per le prestazioni erogate in intramoenia è disponibile per le sole traccianti un monitoraggio dei volumi annui elaborato annualmente da Agenas. In generale, il ricorso alle prestazioni private (che, secondo il 21mo rapporto annuale dell'AIOF Associazione Italiana delle Aziende Sanitarie Ospedaliere e Territoriali e delle Aziende Socio-Sanitarie Residenziali e Territoriali di diritto privato, nel 2023 ammonterebbe al 35% soprattutto verso l'intramoenia e il privato puro, in drastico peggioramento rispetto al 2019) non è correntemente quantificabile dagli attuali sistemi di rilevazione istituzionali.

Sullo stesso fronte va segnalata l'attuale indisponibilità di un sistema di classificazione del quesito clinico dal quale origina la domanda di prestazioni: di fatto, pur trattandosi di un dato obbligatorio in fase di prescrizione dell'impegnativa, il quesito clinico attualmente rappresenta un campo testuale aperto che non permette di effettuare analisi aggregate sulle patologie per le quali sono emesse le prescrizioni SSN né di valutarne l'appropriatezza prescrittiva, dunque la reale pertinenza in termini di prestazione richiesta né di priorità attribuita alla richiesta.

In generale, infine, non è disponibile un reale sistema di analisi del fabbisogno che sia in grado di dimensionare la quota di prescrizioni attese mediante strumenti di stratificazione della popolazione per classi omogenee di rischio/bisogno di salute finalizzati, in un'ottica di Population Health Management e di definizione del priority setting, alla programmazione e alla presa in carico, i quali tengano anche conto delle caratteristiche epidemiologiche, demografiche, sociali, economiche, sia individuali sia dei contesti territoriali e delle comunità di riferimento, come indicato nell'ambito del ridisegno dell'assistenza territoriale proposto dal Decreto ministeriale 23 maggio 2022, n. 77 "Regolamento recante la definizione di modelli e standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale nel Servizio sanitario nazionale" (di seguito DM 77/22).

Con specifico riferimento alle funzionalità dei sistemi CUP e all'accessibilità degli utenti alle prestazioni sanitarie, il vigente PNGLA prevede la gestione trasparente e la totale visibilità delle agende di prenotazione delle strutture pubbliche e private accreditate, nonché quelle dell'attività istituzionale e della libera professione intramuraria, da parte dei sistemi informativi aziendali e regionali. Tutte le agende di prenotazione sopra specificate devono essere gestite dai sistemi CUP e, limitatamente a quelle di primo accesso, devono essere suddivise per classi di priorità. Lo stesso PNGLA dispone, altresì, che i sistemi CUP prevedano funzionalità atte ad intercettare eventuali prenotazioni contemporanee per una stessa prestazione da parte del medesimo utente, prevedendo appositi sistemi di sbarramento che minimizzino il rischio di prenotazioni multiple, anche di natura opportunistica.

La piena attuazione di tali funzionalità, peraltro finanziate dal decreto 20 agosto 2019 "Ripartizione tra le regioni dei fondi per la riduzione dei tempi di attesa nell'erogazione delle prestazioni sanitarie" perseguiva l'obiettivo di amplificare l'area di prenotabilità per l'utente, al quale, per la prestazione richiesta, vengono offerte idealmente tutte le disponibilità presenti nell'area di copertura del sistema sovraCUP (interaziendale o regionale).

L'intervento normativo introduce un articolato sistema nazionale di gestione e monitoraggio delle liste di attesa, che si fonda sull'istituzione della Piattaforma nazionale delle liste di attesa e sull'istituzione al livello di amministrazione centrale di un Organismo di verifica e controllo sull'assistenza sanitaria, nonché sull'introduzione di regole volte all'implementazione del sistema di prenotazione delle prestazioni sanitarie

incentrate su di un ampio coinvolgimento nel sistema dei Centri Unici di Prenotazione – CUP esteso oltre che alle strutture pubbliche anche all'intero novero delle strutture private accreditate. Specifiche previsioni normative, inoltre, sono volte all'ampliamento delle potenzialità di offerta delle prestazioni anche in periodi serali e festivi, nonché all'assegnazione di specifiche responsabilità di monitoraggio e di effettivo rispetto delle indicazioni prodotte dal sistema di governo in capo alla dirigenza apicale e non apicale all'interno dei servizi sanitari regionali. Ulteriori specifiche previsioni introdotte dal testo normativo sono volte ad ampliare le potenzialità di spesa in materia di personale del Servizio Sanitario Nazionale, nonché di relativo incentivo in merito al trattamento fiscale delle prestazioni di carattere aggiuntivo richieste nell'ambito del potenziamento dell'offerta di prestazioni a riduzione dei tempi di attesa. Analoghe finalità sono, inoltre, perseguite attraverso la previsione di uno specifico piano di azione, da adottare in sede di esecuzione del testo legislativo, volto al rafforzamento della capacità di erogazione dei servizi sanitari e all'incremento dell'utilizzo dei servizi sanitari e sociosanitari sul territorio con particolare riferimento all'area della salute mentale.

I destinatari diretti dell'intervento normativo sono: il Ministero della salute, l'Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali, le regioni e le province autonome, le aziende e gli enti del Servizio sanitario nazionale, gli erogatori privati accreditati con il Servizio sanitario nazionale, i professionisti sanitari.

Gli assistiti, invece, sono i destinatari indiretti dell'intervento i quali gioveranno delle misure adottate per l'abbattimento delle liste di attesa e per l'accesso ai servizi sanitari.

Tra gli altri destinatari indiretti, si annoverano, altresì le Aziende e gli enti del SSN, ivi inclusi gli istituti e le figure individuate dal regolamento di cui al decreto del Ministro della salute 23 maggio 2022, n. 77, gli erogatori privati accreditati, in sede di stipula degli accordi contrattuali e gli erogatori privati autorizzati, in sede di istanza per il rilascio dell'accreditamento istituzionale.

2. OBIETTIVI DELL'INTERVENTO E RELATIVI INDICATORI

2.1 Obiettivi generali e specifici

Obiettivi generali dell'intervento normativo:

- assicurare una risposta efficace del Servizio sanitario nazionale ai bisogni degli assistiti, nell'ottica di una tutela effettiva del diritto alla salute di cui all'articolo 32 della Costituzione;
- Garantire il soddisfacimento del bisogno di salute della popolazione in un'ottica di Population Health Management e promuovere la programmazione dell'offerta di prestazioni in coerenza con la domanda;
- Misurare i tempi di attesa per l'accesso alle prestazioni sanitarie e quantificare il ricorso ad erogatori privati;
- Promuovere attività di vigilanza sul rispetto delle disposizioni e degli obiettivi fissati dalle norme in materia di liste e tempi di attesa.
- implementare l'effettivo accesso all'assistenza sanitaria e socio-sanitaria degli utenti tenendo conto delle loro specifiche esigenze;
- implementare il sistema nazionale di governo e monitoraggio dei tempi di accesso alle prestazioni sanitarie attese;
- potenziare i Dipartimenti di salute mentale.

Obiettivi specifici dell'intervento normativo:

- individuare strumenti e modi di collaborazione tra tutti gli attori del sistema, sia quelli operanti sul versante prescrittivo sia quelli di tutela del cittadino per una concreta presa in carico dei pazienti;
- aumento dell'offerta di prestazioni sanitarie intervenendo sia sul potenziamento della capacità erogativa (personale) sia su un utilizzo più efficiente delle risorse disponibili, prevedendo che le visite diagnostiche e specialistiche siano effettuate anche nei giorni di sabato e domenica e che la fascia oraria per l'erogazione di tali prestazioni possa essere prolungata;

- Aumento dell'accessibilità al sistema di prenotazione;
- implementare i Centri unici di prenotazione di livello regionale o infra-regionale cui afferiscono gli erogatori pubblici e gli erogatori privati accreditati ospedalieri e ambulatoriali;
- Verifica del rispetto del divieto di sospensione o di chiusura delle attività di prenotazione;
- Analisi della domanda di prestazioni attraverso i dati del flusso informativo «Tessera Sanitaria - TS» di cui all'articolo 50 del decreto-legge 30 settembre 2003, n. 269, convertito, con modificazioni, dalla legge 24 novembre 2003, n. 326, da rendere disponibili al Ministero della salute e all'AGENAS, secondo le modalità da stabilire con il protocollo di cui al comma 10 del medesimo articolo 50, con particolare riferimento ai dati della ricetta SSN dematerializzata e ai dati di spesa sanitaria che confluiscono nella dichiarazione dei redditi precompilata (modello 730), nonché ai dati relativi alle prenotazioni resi disponibili dai centri unici di prenotazione (CUP) regionali;
- Misura e controllo della appropriatezza prescrittiva nell'accesso alle prestazioni, in coerenza con i criteri Raggruppamenti Omogenei di Attesa (RAO) e con le raccomandazioni previste nelle linee guida e suggerite nelle buone pratiche clinico-assistenziali;
- potenziare l'offerta assistenziale attraverso il reclutamento di un maggior numero di professionisti sanitari da dedicare all'erogazione delle prestazioni sanitarie;
- incentivare il personale sanitario ad erogare le prestazioni aggiuntive attraverso un sistema di defiscalizzazione;
- rafforzare le attività di controllo del Sistema nazionale di verifica e controllo sull'assistenza sanitaria;
- realizzazione di investimenti relativi alle infrastrutture di tipo tecnologico, destinate all'erogazione di servizi sanitari o socio-sanitari e potenziamento infrastrutturale e tecnologico dei Dipartimenti di salute mentale e dei consultori familiari.

2.2 Indicatori

Indicatori di accessibilità e rispetto dei tempi di attesa per classe di priorità:

- Riduzione percentuale del tempo che intercorre tra data di prescrizione e data di contatto con il Centro di prenotazione; si tratta di un indicatore proxy della maggiore accessibilità ai sistemi di prenotazione;
- Riduzione percentuale del tempo che intercorre tra la data di contatto con il Centro di prenotazione e data di appuntamento;
- Riduzione percentuale del tempo che intercorre tra la data di contatto con il Centro di prenotazione e data di erogazione;
- Aumento percentuale del numero di agende di prenotazione delle strutture pubbliche e private accreditate, nonché quelle dell'attività istituzionale e della libera professione intramuraria, collegate ai sistemi informativi aziendali e regionali e alla Piattaforma nazionale;

Rappresentano indicatori diretti dell'efficacia delle misure di riduzione dei tempi di attesa:

- Report periodici sul tasso di sospensione delle attività di prenotazione (cd agende chiuse);
- Numero di audit effettuati rispetto alle inefficienze o anomalie emerse a seguito del controllo delle agende di prenotazione;

Indicatori di appropriatezza prescrittiva:

- Aumento percentuale delle prescrizioni effettuate in coerenza con i criteri di cui ai Raggruppamenti Omogenei di Attesa (RAO) e con le raccomandazioni previste nelle linee guida e suggerite nelle buone pratiche clinico-assistenziali;

Altri indicatori:

- aumento percentuale di unità di personale sanitario assunto;
- aumento percentuale di prestazioni aggiuntive svolte;
- aumento percentuale di prestazioni svolte il sabato e la domenica;

- aumento percentuale di verifiche svolte presso le aziende sanitarie locali e ospedaliere e presso gli erogatori privati accreditati, grazie all'attività svolta dall'Organismo di verifica e controllo sull'assistenza sanitaria;
- flusso di dati presenti nella Piattaforma nazionale delle liste di attesa;
- attuazione del Piano di azione finalizzato al rafforzamento dei Dipartimenti di salute mentale presso le regioni del Programma nazionale equità nella salute 2021-2027;
- Incremento dell'ammodernamento tecnologico dei Dipartimenti di salute mentale e delle infrastrutture di tipo tecnologico volte all'erogazione dei servizi sanitari e socio-sanitari;

3. VALUTAZIONE DELL'INTERVENTO NORMATIVO

3.1 impatti economici, sociali ed ambientali per categoria di destinatari

L'obiettivo dell'intervento normativo è assicurare una risposta efficace del Servizio sanitario nazionale ai bisogni degli assistiti, nell'ottica di una tutela effettiva del diritto alla salute di cui all'articolo 32 della Costituzione. Al riguardo, si precisa che le misure contemplate nella riforma normativa sono volte ad implementare un sistema di governo di livello centrale che superi le attuali condizioni di frammentarietà e non piena interoperabilità tra i diversi sistemi regionali di gestione delle liste di attesa per l'accesso alle prestazioni erogate nell'ambito del Servizio Sanitario Nazionale, considerando che la garanzia in termini di effettività nell'efficienza dell'offerta assistenziale e nella tempestività dell'accesso ai LEA sanitari deve considerarsi afferente alla materia di competenza statale esclusiva di cui all'articolo 117, comma 2, lettera m), della Costituzione, in quanto livelli essenziali di prestazioni concernenti i diritti civili e sociali (LEP) da assicurare in condizioni di omogeneità su tutto il territorio nazionale.

Nell'introdurre misure volte a garantire l'accesso effettivo e tempestivo ai LEA, il provvedimento legislativo in esame contribuisce a ridefinire, in maniera omogenea e unitaria a livello statale, il nucleo essenziale delle garanzie minime che assicurano la tutela del diritto alla salute a tutti i cittadini, indipendentemente dalla regione di residenza.

Simile intervento si è reso necessario a fronte dell'attuale situazione della sanità pubblica, che registra consistenti ritardi nell'accesso a visite specialistiche, esami specialistici e ricoveri, per i quali sono necessarie attese che vanno ben oltre i tempi massimi consentiti. Tale rallentamento è determinato da plurimi fattori, tra cui, senz'altro, le inefficienze dei processi di valutazione diagnostica, che incidono sulla garanzia dell'appropriatezza prescrittiva.

Con particolare riferimento ai rapporti con gli erogatori privati la riforma legislativa in esame contempla l'afferenza al CUP regionale o infra-regionale di tutti gli erogatori di prestazioni in nome e per conto del Servizio Sanitario Nazionale, dunque non solo degli erogatori pubblici ma anche degli erogatori privati accreditati ospedalieri e ambulatoriali. Nella stessa prospettiva, chiarendo peraltro un effettivo limitato impatto delle norme di nuova introduzione, si consideri che già il Piano Nazionale di Gestione delle Liste di Attesa - PNGLA 2019-21 (intesa Stato Regioni Feb. 2019) aveva previsto che *“la gestione trasparente e la totale visibilità delle Agende di prenotazione delle strutture pubbliche e private accreditate, nonché quelle dell'attività istituzionale e della libera professione intramuraria, da parte dei sistemi informativi aziendali e regionali. Tutte le Agende di prenotazione sopra specificate devono essere gestite dai sistemi CUP e devono essere suddivise per Classi di priorità”* e che le regioni e province autonome si impegnassero entro 60 giorni dalla stipula dell'Intesa affinché *“i sistemi CUP devono prevedere funzionalità atte ad intercettare eventuali prenotazioni contemporanee per una stessa prestazione da parte del medesimo utente, prevedendo appositi sistemi di sbarramento che minimizzino il rischio di prenotazioni multiple, anche di natura opportunistica; l'attivazione di servizi telematici dedicati alla disdetta delle prestazioni prenotate; l'adozione di strumenti trasparenti e condivisi per il recupero della quota di compartecipazione alla spesa in caso di prestazioni non disdette ed in caso di mancato ritiro dei referti; la totale visibilità da parte dei sistemi informativi aziendali e regionali delle Agende di prenotazione, sia per il primo accesso che per gli accessi successivi includendo sia l'attività erogata a carico del SSR sia in regime ALPP”*.

Con specifico riferimento al ruolo del privato accreditato, le previsioni normative di nuova introduzione si innestano nel solco di una già vigente disciplina volta ad implementare il coinvolgimento anche di questi erogatori nel sistema istituzionale di governo delle liste di attesa: si consideri, in tal senso che già la delibera dell'Autorità Nazionale Anticorruzione n. 831 del 3 agosto 2016, recante approvazione definitiva del Piano Nazionale Anticorruzione 2016, che aveva chiaramente assegnato agli erogatori privati accreditati l'impegno

“a collaborare con la pubblica amministrazione anche, a titolo indicativo ma non esaustivo, nel sistema di gestione dei tempi e delle liste di attesa, facendo confluire, su richiesta della regione, le proprie Agende di prenotazione delle prestazioni specialistiche ambulatoriali nel sistema unico di prenotazione a livello regionale/aziendale nonché, più in generale, nelle attività ispettive e di controllo da parte della pubblica amministrazione, pena la risoluzione del contratto”.

La riforma legislativa odierna, proprio in coerenza con le richiamate indicazioni dell'Autorità Nazionale Anticorruzione, si propone di introdurre la sanzione della nullità per violazione di legge dell'accordo contrattuale stipulato in assenza delle condizioni di collegamento ed interoperabilità delle relative agende di prenotazione con il CUP pubblico di riferimento; si introduce, altresì, ora anche a livello legislativo, una forma di premialità, rivolta agli erogatori privati meramente autorizzati e volta alla realizzazione anche da parte di questi ultimi del collegamento ed interoperabilità tra agende di prenotazione e CUP pubblici, rilevante in sede di valutazione rivolta al rilascio dell'accensione istituzionale, in coerenza con le previsioni di cui agli articoli 8-*quater* e 8-*quinqies* del d.lgs. 502 del 1992, così come modificati ad opera della legge 118/2021 e della relativa disciplina di attuazione di cui al decreto del Ministro della Salute del 19 dicembre 2022.

I cittadini potranno godere dell'implementazione dell'offerta assistenziale, derivante dal maggior numero di professionisti sanitari impiegati nell'erogazione delle prestazioni sanitarie, dal maggior impegno garantito dai medesimi mediante le prestazioni aggiuntive, dall'ampliamento dei giorni e dell'orario dedicato alle visite specialistiche e dal rafforzamento dei Dipartimenti di salute mentale.

I medesimi fattori determineranno, inoltre, una minore pressione sul Servizio sanitario nazionale e sui Servizi sanitari regionali. I professionisti sanitari potranno godere di un impatto economico positivo, in termini di defiscalizzazione dei redditi.

Inoltre, la PNLA rafforzerà l'accountability della Pubblica amministrazione in materia dei tempi di attesa dando consapevolezza ai cittadini dei reali tempi di attesa.

3.2 Impatti specifici

A. Effetti sulle PMI

Non si prevedono effetti diretti sulle PMI

B. Effetti sulla concorrenza

Non si prevedono effetti sulla concorrenza, in virtù della particolarità degli operatori economici cui si riferisce, che operano in convenzione con i vari servizi sanitari regionali, e per la peculiarità dei servizi offerti.

C. Oneri informativi

Non si ravvisano nuovi oneri informativi.

D. Rispetto dei livelli minimi di regolazione europea

I livelli minimi di regolazione europea risultano rispettati.

4. MODALITÀ DI ATTUAZIONE E MONITORAGGIO

4.1 Attuazione

Soggetti responsabili dell'attuazione del provvedimento sono, in via primaria, le regioni e le province autonome nonché gli enti e le aziende del Servizio sanitario nazionale e gli erogatori privati accreditati. L'attuazione dei sistemi di monitoraggio sulle liste di attesa e di verifica e controllo sull'assistenza sanitaria è affidata all'Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali e al Ministero della salute.

4.2 Monitoraggio

Il monitoraggio avverrà attraverso i dati confluiti nella Piattaforma nazionale di governo delle liste di attesa. Le Regioni e le Province Autonome sono tenute a rendere interoperabili le proprie piattaforme regionali con la PNLA al fine di trasmettere dati aggiornati e tempestivi sulle agende, sui dati di prima disponibilità, di prenotazione e di erogazione delle prestazioni sia in regime istituzionale che di attività libero professionale.

La PNLA costituirà uno strumento di monitoraggio e governo con dati aggiornati almeno con cadenza mensile.

