

24/159/CR05/C7

**DOCUMENTO SUL DISEGNO DI LEGGE S. 1241 RECANTE MISURE DI GARANZIA
PER L'EROGAZIONE DELLE PRESTAZIONI SANITARIE E ALTRE DISPOSIZIONI IN
MATERIA SANITARIA**

In premessa occorre far rilevare che il disegno di legge di iniziativa governativa recante “Misure di garanzia per l'erogazione delle prestazioni sanitarie e altre disposizioni in materia sanitaria”, approvato dal Consiglio dei Ministri il 4 giugno 2024 e oggi all'esame del Senato, non è stato sottoposto alle valutazioni della Conferenza Stato-Regioni pur incidendo direttamente sulle prerogative costituzionali delle Regioni in materia di tutela della salute e organizzazione dei servizi sanitari. Né tantomeno si è realizzato sul testo del disegno di legge quel confronto che il Ministro della Salute aveva annunciato alle Regioni in sede di approvazione del disegno di legge di conversione del Decreto-Legge n.73 del 2024 in materia di liste di attesa per condividere meglio le misure e gli interventi previsti con l'obiettivo di rendere più semplice la concreta attuazione delle norme.

L'elaborato di cui si tratta si propone di disporre nuovamente in ordine ad una problematica costantemente all'attenzione delle autorità sanitarie di questo Paese, quale quella della necessità di adoperarsi per la riduzione dei tempi di attesa di erogazione delle prestazioni sanitarie, trattando altresì temi di materia sanitaria quale quella sul personale, sulla riorganizzazione della rete dei laboratori e ruolo della cosiddetta farmacia dei servizi e ancora sulla salute mentale, sull'istituzione della Scuola Nazionale dell'Alta Amministrazione Sanitaria e sui bilanci degli ordini professionali. Ciò quando in tempi recentissimi il decreto-legge 7 giugno 2024, n. 73 convertito in legge 107/2024 (cosiddetto Decreto Liste d'attesa), avendo già affrontato la questione, resta tutt'ora in attesa di manifestare una efficacia reale attraverso l'applicazione dei decreti governativi attuativi, in corso di elaborazione.

Alla luce della sopra evidenziata situazione, ed in considerazione della numerosità dei provvedimenti che si sono succeduti nel corso degli anni sulla materia, va evidenziata in primo luogo la necessità di operare un riordino sistematico ed una sintesi razionale delle misure che si ritiene utile adottare, perché una continua azione secondo logica emergenziale, del tutto priva di una strategia di lungo periodo percepibile, che non offre una pianificazione completa e strutturata riferita alla soluzione di problematiche condivise con tutti gli attori coinvolti, infarcita inoltre di disposizioni una tantum che non si ricollegano allo scopo generale dichiarato nella titolazione della norma e delle quali peraltro non si comprende l'origine e lo scopo, non parrebbe significativamente utile ad agire efficacemente sulla importante problematica che affronta. Ciò anche per definire in via definitiva il sistema degli organismi consultivi e tecnici utili a supportare il governo della materia, stabilendone razionalmente competenze e composizioni.

In secondo luogo, spiace la rinnovata percezione della tentazione di cogliere la soluzione di una delle questioni più complesse, multifattoriali, delicate e annose che il Servizio Sanitario Nazionale è chiamato ad affrontare attraverso semplici logiche premiali/punitive che, laddove efficaci di per se, lo sarebbero certamente già state, in quanto inserite, in molteplici diverse sfaccettature e da anni, nei

piani degli obiettivi che le Regioni/PA pongono ai propri direttori generali di aziende sanitarie e ospedaliere. Resta peraltro da segnalare che tali aspetti, da considerarsi legittimi quando disposti dalle Regioni/PA per la propria alta dirigenza, al contrario se proposti dallo Stato confliggono con l'autonomia regionale in materia di valutazione dei propri dirigenti regionali (OIV, Giunta Regionale, CCNL) ed aziendali (OIV, Direttore Generale, CCNL)

Quanto appena detto conduce al terzo aspetto che inevitabilmente non può farsi a meno di constatare già alla prima rapida lettura del documento, improntato sulla logica della quasi totale centralizzazione della gestione della problematica, come se la mancata soluzione potesse essere dipesa fino ad oggi da una mancanza di visione/competenza/volontà da parte delle amministrazioni locali (i cui tecnici si prevede potranno essere opportunamente formati infatti finalmente grazie all'istituzione di una nuova struttura formativa governativa). Come a dire che i percorsi di formazione manageriale per l'alta dirigenza sanitaria di questo Paese, esistenti e gestiti dalle Regioni/PA, obbligatori peraltro per l'accesso alle funzioni di alta direzione, che vantano anni di egregio funzionamento e le migliori docenze, siano da ritenersi non idonei e concausa della suggerita impreparazione della dirigenza sanitaria.

In conclusione, ogni previsione del provvedimento in esame pare disporsi a circondare il cuore dalla problematica senza mai però azzardarsi a toccarlo, senza mai voler prendere atto che è l'intero impianto del sistema sanitario che si sta sgretolando, sotto l'effetto della carenza di risorse umane ed economiche. Come emerso anche dal recentissimo rapporto del Cnel (ottobre 2024), la spesa pubblica, benché in risalita a partire dal 2020, è ancora tra le più basse d'Europa mentre la spesa privata dei cittadini continua a crescere (+ 5% solo nell'ultimo anno), a fronte di liste di attesa per l'accesso ai servizi spesso insostenibili e contrarie al principio del diritto alla salute.

Come già segnalato dalle Regioni e Province Autonome nell'esprimere parere sul DL 73/2024, nell'attuare le misure previste dal Disegno di Legge non sarebbe possibile evitare l'incremento della spesa per l'acquisto di prestazioni sanitarie da parte di soggetti privati accreditati, per il ricorso all'attività libero professionale intramuraria, per l'utilizzo delle prestazioni aggiuntive del personale, per assicurare l'attività in orario notturno, prefestivo e festivo, per l'assunzione di personale

Pertanto, ogni intervento di potenziamento dell'offerta è necessario sia successivo alla valutazione della disponibilità di congrue risorse finanziarie e di un'adeguata dotazione di personale ed è necessario procedere alla quantificazione dei maggiori oneri attesi, all'esplicitazione delle risorse disponibili a legislazione vigente ed al reperimento delle risorse eventualmente mancanti.

Il ricorso al privato accreditato oppure all'attività professionale intramuraria deve rimanere coerente con i principi della programmazione nazionale e regionale e deve avvenire nel rispetto dei budget assegnati, dei tetti di spesa definiti, dell'appropriatezza prescrittiva, dei percorsi diagnostico terapeutici assistenziali e delle misure organizzative regionali, in quanto le Regioni devono continuare a svolgere il proprio ruolo di soggetto committente. L'attività del personale e del privato accreditato deve essere coerente con le scelte ed i fabbisogni individuati dalla programmazione regionale per assicurare la complessiva sostenibilità economica ed un'offerta di servizi commisurati ai bisogni appropriati dei cittadini sotto il profilo prescrittivo, organizzativo ed erogativo.

Con riferimento alle disposizioni in materia di personale è necessario che con molta chiarezza vengano superati i tetti di spesa esistenti in materia di personale e che tale incremento sia svincolato dal rispetto dell'equilibrio economico-finanziario del SSR che molte Regioni già adesso faticano a mantenere.

Vista che la carenza di alcune figure professionali rappresenta una criticità è necessario fidelizzare il personale del sistema sanitario pubblico, anche attraverso delle ulteriori modalità concertate con le Organizzazioni sindacali per aumentare la retribuzione dei professionisti della sanità che allo stato attuale risulta essere tra le più basse in Europa seppur parametrata al costo della vita.

Infine, si evidenzia nuovamente la necessità di coordinare e di armonizzare le numerose norme, indicazioni, linee guida che oggi insistono in materia di governo delle liste di attesa, allo scopo di evitare un ridondante sistema di adempimenti burocratici e di definire delle procedure chiare ed uniformi.

In conclusione, al di là della continua istituzione di nuovi organismi e nuovi sistemi di monitoraggio, si ritiene, laddove si manifesti una reale volontà di perseguire con serietà l'obiettivo della riduzione dei tempi di attesa per l'erogazione delle prestazioni sanitarie ai cittadini, le tematiche da affrontare oggi attengano all'appropriatezza prescrittiva (cui il provvedimento fa un rapidissimo cenno demandando ad altra norma), sulla quale, nel rispetto del compito dei professionisti di agire in scienza e coscienza, risulta di importanza vitale lavorare con competenza, il reperimento e la fidelizzazione del personale, l'adeguato finanziamento del sistema, la stretta e continuativa collaborazione con le Regioni e le Province Autonome perché, se è vero che la competenza sulla garanzia della erogazione dei lea spetta allo Stato, è altrettanto vero che la erogazione vera e propria è compito delle Regioni e delle Province Autonome, le quali pertanto possiedono giocoforza le professionalità che sanno differenziare adeguatamente ciò che è teoria dal se e come può tradursi in pratica utile, essendo in grado di evidenziare le innumerevoli problematiche che si celano dietro ad ogni aspetto tecnico o programmatico.

Ciò nel rispetto del principio di leale collaborazione ex art. 120 Cost., come esteso nelle pronunce della Corte Costituzionale a principio di portata generale (es. sent. n. 19 e n. 242 del 1997), che pare venga costantemente disatteso dalla mancanza di confronto preventivo e dal continuo debordare verso l'allusione di responsabilità colpose a carico di Regioni/PA, pratica che certamente può, ma solo in apparenza, risultare più cosmetica e semplice rispetto all'avvio di un serio e professionale lavoro di analisi congiunto che consenta alle amministrazioni centrali e locali di lavorare insieme, portando le rispettive alte professionalità ad individuare le soluzioni più idonee per affrontare e risolvere una problematica che preoccupa seriamente la popolazione del nostro Paese.

Roma, 28 novembre 2024

Prime proposte emendative

Articolo aggiuntivo

(Appropriatezza prescrittiva)

1. Al fine di garantire l'operatività del presente disegno di legge, il Ministero della Salute, in collaborazione con l'AGENAS, l'ISS, e d'intesa con le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano, elabora con cadenza triennale un Piano Nazionale di Governo delle liste di attesa
 2. Entro sessanta giorni dalla data di entrata in vigore del presente disegno di legge, Il Ministro della Salute adotta, d'intesa con la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano, adotta il Piano Nazionale di Governo delle liste di attesa di cui al comma 1, relativo al primo triennio di vigenza del presente decreto
 3. Il Piano Nazionale di Governo delle liste di attesa di cui al comma 1 del definisce le azioni e gli strumenti finalizzati alla riduzione dei tempi di attesa delle prestazioni sanitarie di cui al presente disegno di legge, in particolare:
 - a) Sul versante della domanda, vengono individuate metodologie per la definizione di condizioni cliniche appropriate per ciascuna classe di priorità che siano coerenti con il bisogno di salute del cittadino. Per l'applicazione di tali condizioni, sistemi di prescrizione guidata facilitano il prescrittore al momento della richiesta di prestazioni.
 - b) Sul versante dell'offerta, vengono definite metodologie per lo studio del fabbisogno di supporto alla programmazione delle prestazioni sanitarie da rendere disponibili nei sistemi informativi aziendali. Rispetto all'assistenza specialistica ambulatoriale, l'intera offerta prestazionale deve essere resa disponibile nel sistema CUP e la prenotabilità delle prestazioni deve essere garantita in modo continuativo, per tutte le strutture sanitarie pubbliche e private accreditate.
 - c) Sul versante dei monitoraggi dei tempi di attesa, per la specialistica ambulatoriale e per l'assistenza ospedaliera viene aggiornato l'elenco delle prestazioni da monitorare sulla base di criticità riscontrate dai flussi nazionali e vengono definite le modalità e le cadenze delle rilevazioni.
- Rispetto all'assistenza specialistica ambulatoriale si istituisce un nuovo flusso informativo nazionale di raccolta dei dati di prenotazione.

Relazione illustrativa

L'articolo aggiuntivo prevede l'implementazione e l'adozione del Nuovo Piano Nazionale di Governo delle Liste di Attesa (PNGLA). Riteniamo indispensabile, in un disegno di legge che si vuole occupare di liste di attesa, il riferimento a questo strumento che per il triennio 2024-2026 è in fase di redazione con il contributo tecnico delle Regioni. Il PNGLA introduce importanti innovazioni in materia di governo della domanda e dell'offerta con nuovi flussi informatici, revisioni di linee di guida per il corretto accesso ai sistemi di prenotazione delle prestazioni sanitarie, nonché strumenti di monitoraggio aggiornati per la quantificazione della domanda di prestazioni ambulatoriali e di ricovero. A questi si affianca un piano aggiornato dei controlli di appropriatezza prescrittiva e di assegnazione delle priorità di accesso alle strutture sanitarie. Così come un piano di comunicazione al fruitore dei servizi. È importante un inserimento in questo Disegno di legge per rafforzare gli strumenti previsti dal Piano così gli obiettivi assegnati annualmente e le necessarie risorse da assegnare per la sua implementazione.

Articolo aggiuntivo

(Incremento del Fondo Sanitario Nazionale)

Allo scopo di consentire alle Regioni e alle Province Autonome di Trento e Bolzano di attivare misure tese al superamento delle liste di attesa, le risorse di cui all'articolo 1, comma 232 della Legge 30 dicembre 2023, n. 213 sono incrementate di 500 mln per l'anno 2024, 500 mln per l'anno 2025 e 1 mld per l'anno 2026.

Relazione illustrativa

Le risorse previste al comma 232, di per sé largamente insufficienti, sono già state in gran parte utilizzate e/o impegnate nelle azioni regionali per l'abbattimento delle liste di attesa. Pertanto, in assenza di risorse aggiuntive quanto previsto dal presente disegno di legge resterebbe inattuabile. Le norme presenti in finanziaria 2024 pongono inoltre un tetto economico alle risorse che le Regioni possono utilizzare, al quale contribuiscono e competono sia le risorse utilizzate per mantenere le attività di servizio (turni) sia le risorse destinabili al recupero delle liste di attesa.

Articolo aggiuntivo

(Disposizioni in materia di spesa per l'assunzione di personale sanitario)

All'articolo 5 del decreto-legge 7 giugno 2024, n.73, convertito con modificazioni dalla legge 29 luglio 2024, n.107 sono apportate le seguenti modificazioni:

- a) nella rubrica la parola “sanitario” è sostituita dalle seguenti: “del servizio sanitario nazionale”.
- b) al comma 1, primo periodo, le parole “e fino alla data di adozione dei decreti di cui al comma 2” sono soppresse;
- c) il comma 2 è sostituito dal seguente: “Per consentire alle Regioni e alle Province autonome di indirizzare e coordinare la spesa dei propri enti del servizio sanitario e al fine, in particolare, di garantire l'applicazione di standard minimi di personale omogenei presso tutte le strutture del Servizio sanitario nazionale, con 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 di Bolzano, 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. I piani dei fabbisogni triennali per il servizio sanitario regionale predisposti dalle aziende ed enti del SSN sono approvati dalle Regioni e dalle Province autonome di Trento e Bolzano in conformità alla predetta metodologia”;
- d) al comma 3 dell'articolo 5 le parole da “Fino all'adozione” a “al comma 2” sono soppresse.

Relazione illustrativa

La modifica di cui alla lettera a) è proposta per rendere la rubrica coerente con i contenuti dell'articolo, che fanno riferimento alla determinazione della spesa di tutto il personale del SSN e non solo di quello del ruolo sanitario.

La proposta di cui alla lettera b) è volta a definire a regime la determinazione del tetto di spesa del personale del Servizio sanitario nazionale.

Con la proposta di cui alla lettera c) si intende eliminare una norma che subordina l'adozione dei piani triennali dei fabbisogni di personale all'approvazione da parte del ministero della salute di concerto con il ministero 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. La competenza in materia, infatti, deve ritenersi esclusivamente regionale, attenendo a profili pubblicistico-organizzativi del lavoro pubblico e, quindi, secondo la costante giurisprudenza della Corte Costituzionale, riconducibili alla materia dell'organizzazione regionale. Si propone la sostituzione della norma con un'altra che da un lato connota la metodologia per la definizione del fabbisogno del personale, adottata secondo la procedura indicata nel medesimo comma 2, quale strumento per indirizzare e coordinare la spesa di personale delle aziende ed enti dei Servizi sanitari regionali, ma dall'altro riconosce alle stesse Regioni e Province autonome la competenza ad approvare i piani dei fabbisogni predisposti dagli enti del SSN che insistono sul proprio territorio.

Infine, con la proposta di cui alla lettera d) di parziale abrogazione del comma 3 dell'art. 5, in coerenza con la parziale abrogazione del primo periodo del comma 1 e con il proposto nuovo testo del comma 2, si rende stabile la determinazione del tetto di spesa come definita dal comma 1 e nel contempo si conferma che continuano ad applicarsi, in quanto compatibili, le disposizioni di cui all'articolo 11, commi 1, 2, 3 e 4 del DL 35/2019 convertito dalla L. 60/2019.

OSSERVAZIONI al Ddl

Sommario

PREMESSA	10
OSSERVAZIONI GENERALI	11
1. LISTE DI ATTESA	11
- ASA	11
- RICOVERI AMBULATORIALI	11
- RICOVERI PROGRAMMATI	11
- RICHIESTA DI AGGIUNGERE PRESTAZIONI MEDICINA PREVENTIVA	11
2. CONFRONTO CON ALTRI ATTI NORMATIVI.....	11
3. COINVOLGIMENTO E IMPATTO SU LIVELLO REGIONALE	12
- RAPPRESENTATIVITA'	12
- RISORSE	12
- REGIONI A STATUTO SPECIALE E LE PROVINCE AUTONOME	12
OSSERVAZIONI SPECIFICHE	13
CAPO I. MISURE PER LA GARANZIA DEI TEMPI DI EROGAZIONE DELLE PRE-STAZIONI SANITARIE PER LA RIDUZIONE DELLE LISTE DI ATTESA.....	13
1. ARTICOLO 1. Disposizioni in materia di prescrizione ed erogazione delle prestazioni di specialistica ambulatoriale	13
Comma 1.....	13
Comma 2.....	13
Comma 3.....	14
Comma 4.....	15
Comma 5.....	15
Comma 6.....	16
Comma 7.....	16
2. ARTICOLO 2. Istituzione e funzionamento del Sistema Nazionale di Governo delle Liste di Attesa.	17
Comma 1.....	17
Comma 2.....	18
Comma 3.....	18
Comma 4.....	18
3. ARTICOLO 3. Istituzione del registro delle segnalazioni e funzionalità dell'Osservatorio nazionale delle liste di attesa.....	18
Comma 1.....	19

Comma 2.....	19
Comma 3.....	19
4. ARTICOLO 4. Disposizioni relative agli specialisti ambulatoriali interni	19
Comma 1.....	19
Comma 2.....	20
Comma 3.....	20
5. ARTICOLO 5. Disposizioni relative al conferimento di incarichi libero-professionali ai medici in formazione specialistica.....	20
Comma 1.....	20
6. ARTICOLO 6. Disposizioni relative al reclutamento del personale sanitario	20
Comma 1.....	20
Comma 2.....	20
7. ARTICOLO 7. Disposizioni sui limiti di spesa per l'acquisto di prestazioni sanitarie da soggetti privati accreditati	21
Comma 1.....	21
Comma 2.....	21
Comma 3 dedicato al Giubileo 2025	21
8. ARTICOLO 8. Monitoraggio dei servizi erogati in farmacia	21
Comma 1.....	22
Comma 2.....	22
9. ARTICOLO 9. Riorganizzazione della rete dei laboratori del Servizio sanitario nazionale	22
Comma 1.....	22
Comma 2.....	22
10. ARTICOLO 10. Misure premiali e valutazione degli obiettivi per la riduzione delle liste di attesa 22	
Comma 1.....	22
Comma 2.....	22
Comma 3.....	23
11. ARTICOLO 11. Disposizioni per il potenziamento dei Dipartimenti di salute mentale	23
Comma 1.....	23
Comma 2.....	24
Comma 3.....	24
12. ARTICOLO 12. Istituzione della Scuola nazionale dell'alta amministrazione sanitaria.....	24
Comma 1.....	24
Comma 2.....	24

Comma 3.....	24
13. ARTICOLO 13. Misure in materia di approvazione dei bilanci degli ordini professionali	24
Comma 1.....	24
Comma 2.....	25

PREMESSA

Si riportano di seguito i commenti principali contenuti nelle osservazioni di dettaglio.

In linea di massima anche in questo DDL si ritrovano molti elementi e indicazioni già contenute in altri documenti vigenti.

A. IMPATTO ECONOMICO

- a. Incremento limite di spesa per il privato accreditato per AMB per strutture con PS ma non c'è finanziamento
- b. 100 milioni/anno per 2 anni per professionisti interni o assunzioni cococo su specializzandi

B. LIVELLI DI GOVERNO E ORGANIZZAZIONE DEL LAVORO

- a. SINGLA, CDR, OSSERVATORIO, RUAS regionali, Organismo di verifica e controllo: funzionamento singoli livelli e rapporti tra loro
- b. Piani strategici e modalità di redazione

C. APPROPRIATEZZA

D. MMG SPECIALIZZANDI CONTRATTI

- a. Delocalizzare su studi MMG parte della diagnostica ma MMG non può refertare

E. FORMAZIONE

- a. Scuola che viene spostata a livello nazionale

F. Misure premiali e valutazione degli obiettivi per la riduzione delle liste di attesa

- a. Valutazioni obbiettivi sono di competenza regionale
- b. Da attenzione comma 3 articolo 10

G. ARTICOLI NON DIRETTAMENTE PERTINENTI A GESTIONE LISTE DI ATTESA

- a. Dipartimento salute mentale
- b. Farmacie
- c. articolo 7, Comma 3 dedicato al giubileo 2025

OSSERVAZIONI GENERALI

1. LISTE DI ATTESA

- ASA

In materia di liste di attesa per la specialistica ambulatoriale non si rileva la necessità di provvedere tramite questo provvedimento normativo che nella sostanza non contiene elementi aggiuntivi rispetto a quanto già previsto dalla Legge 107/24 (*Conversione in legge, con modificazioni, del decreto-legge 7 giugno 2024, n. 73, recante misure urgenti per la riduzione dei tempi delle liste di attesa delle prestazioni sanitarie*) e dal PNGLA in corso di definizione e che su misure analoghe fornisce indicazioni non del tutto coerenti con le altre norme.

- RICOVERI AMBULATORIALI

Non è chiaro se l'oggetto del DDL in materia di liste di attesa è la sola specialistica ambulatoriale oppure se siano anche i ricoveri ambulatoriali.

- RICOVERI PROGRAMMATI

Tratta quasi esclusivamente di attese ambulatoriali, senza affrontare il tema molto più rilevante delle attese per i ricoveri programmati. Per entrambe le attività non è oggi possibile ridurre le liste di attesa senza incrementare il numero delle prestazioni, ma questo richiede finanziamenti ulteriori adeguatamente dimensionati.

- RICHIESTA DI AGGIUNGERE PRESTAZIONI MEDICINA PREVENTIVA

Si ritiene sia importante che vengano incluse nel DDL le prestazioni legate alla prevenzione per evitare di creare un fenomeno di attenzione alle liste di attesa che rischia di distrarre risorse alle prestazioni di screening attivando un circolo vizioso (meno screening, aumento di domanda incontrollata, aumento di liste d'attesa) [Proposta di inserimento art 1 bis e 3. bis], con particolare riferimento a

- o le prestazioni legate agli screening oncologici sia di primo livello (es. mammografia, ricerca sangue occulto, prelievo citologico cervice uterina e HPV test) che di secondo livello (es. colonscopia, colposcopia, etc.) secondo le indicazioni definite dai LEA (DPCM 12 gennaio 2017, Allegato 1. punto F8)
- o le prestazioni legate all'offerta vaccinale prevista dal Piano di Prevenzione Vaccinale vigente (intesa Stato-Regioni 2.8.2023 e pubblicato in GU n. 194 del 21.8.2023) incluse nei LEA (DPCM 12 gennaio 2017, Allegato 1. punto A3)."

2. CONFRONTO CON ALTRI ATTI NORMATIVI

- Non è, infatti, chiaro come si correlano le indicazioni sul governo delle liste di attesa contenute nei diversi atti normativi DDL in bozza, L.107 del 2024 (*Conversione in legge, con modificazioni, del decreto-legge 7 giugno 2024, n. 73, recante misure urgenti per la riduzione dei tempi delle liste di attesa delle prestazioni sanitarie*) e PNGLA in bozza. Si rileva che la norma fornisce indicazioni per la definizione del PNGLA che appaiono tardive in considerazione del fatto che i lavori di definizione del piano sono in corso da diversi mesi ed in via di conclusione. È istituito un Sistema nazionale di gestione Liste di attesa (SINGLA) e non è invece menzionato l'organismo di verifica e controllo previsto dall'art 2 della legge 107/24 (*Conversione in legge, con modificazioni, del decreto-legge 7 giugno 2024, n. 73, recante misure urgenti per la riduzione dei tempi delle*

liste di attesa delle prestazioni sanitarie) e non vi sono riferimenti nemmeno alle disposizioni presenti negli art.2 c.5 in materia di unità centrale di gestione e Ruas regionali.

- Inoltre, preme sottolineare che non sono state rispettate le tempistiche indicate per la realizzazione di alcuni adempimenti ministeriali presenti nella L.107 (*Conversione in legge, con modificazioni, del decreto-legge 7 giugno 2024, n. 73, recante misure urgenti per la riduzione dei tempi delle liste di attesa delle prestazioni sanitarie*) come ad es. l’emanazione delle linee guida per la piattaforma TDA, la costituzione dell’Organismo di verifica e controllo sull’assistenza sanitaria e l’approvazione del DPCM per definizione modalità x poteri sostitutivi del RUAS, approvazione del decreto di individuazione dei fabbisogni, ciò si ripercuote anche sugli adempimenti previsti da questa norma.

3. COINVOLGIMENTO E IMPATTO SU LIVELLO REGIONALE

- RAPPRESENTATIVITA’

Si osserva la insufficiente rappresentatività delle Regioni (2 componenti delle Regioni) negli organi di nuova istituzione quali il SINGLA e il riformulato osservatorio TDA."

- RISORSE

Il DDL non prevede lo stanziamento di alcuna risorsa aggiuntiva per l’erogazione di prestazioni. Le uniche risorse previste vanno a beneficio del Ministero della Salute per un ulteriore sistema di monitoraggio, senza pensare che anche per le Regioni il peso delle infinite ulteriori rendicontazioni comporta costi ulteriori. Si tratta di un DDL inutile e dannoso per le Regioni, che pretende di entrare nel merito dell’organizzazione dei servizi che sono di competenza regionale, ma non prevede risorse aggiuntive a copertura dei costi legati all’incremento dei volumi erogativi, cosa che da sola ne annulla la credibilità e la possibilità di valutazione positiva.

- REGIONI A STATUTO SPECIALE E LE PROVINCE AUTONOME

SI richiede l’inserimento della seguente clausola di salvaguardia: “Le Regioni a statuto speciale e le Province autonome di Trento e di Bolzano applicano il presente decreto compatibilmente con i propri statuti di autonomia e con le relative norme di attuazione e, per le Regioni e le Province autonome, che provvedono autonomamente al finanziamento del Servizio sanitario regionale e provinciale con fondi del proprio bilancio, anche compatibilmente con le peculiarità demografiche e territoriali di riferimento nell’ambito della loro autonomia organizzativa”

OSSERVAZIONI SPECIFICHE

CAPO I. MISURE PER LA GARANZIA DEI TEMPI DI EROGAZIONE DELLE PRE-STAZIONI SANITARIE PER LA RIDUZIONE DELLE LISTE DI ATTESA

1. ARTICOLO 1. Disposizioni in materia di prescrizione ed erogazione delle prestazioni di specialistica ambulatoriale

Comma 1.

- L'inciso inserito nel comma 1 ove si precisa con riferimento alla professione medica "cui competono in via esclusiva, diagnosi, prognosi e terapia" appare eccessivamente generica. Si suggerisce di precisare che si tratta di diagnosi "medica" oppure di espungere l'inciso.
- Il testo evita di affrontare adeguatamente il tema dell'appropriatezza prescrittiva. L'utilizzo della prescrizione dematerializzata permetterebbe sia la non prenotabilità di una prescrizione che non contenga un quesito diagnostico, sia l'analisi di appropriatezza del medesimo quesito, utilizzando strumenti di machine learning, questo permetterebbe peraltro di evitare il tema della classificazione ICD del quesito, spreco inutile di tempo.
- Definizione omogenea quesito diagnostico:
 - non è chiaro come gestire tutte le prescrizioni ancora valide a quella data, ma con quesito diagnostico "vecchio".
 - è da definire quale sarà lo strumento di codifica, non essendo utile allo scopo la classificazione ICD-9-CM, applicabile a condizioni cliniche già diagnosticate. L'utilizzo di una classificazione dei quesiti diagnostici dovrà successivamente prevedere anche l'aggiornamento dei RAO.
 - anche al fine di attribuire un codice unico di classificazione internazionale delle malattie occorre chiarire meglio come si intenda procedere e se la definizione omogenea si riferisce ad un nuovo sistema di classificazione dei QD.
 - anche nell'ambito dei lavori del nuovo PNGLA si è già ragionato sulla ipotesi di codifica dei QD utilizzando sistemi di classificazione alternativi all'ICD IX che non rappresenta un sistema adatto alla individuazione di quesiti quanto piuttosto a diagnosi già definite. Esistono invece sistemi di classificazione internazionali dei quesiti quali ad es il sistema ICPC-2, che sarebbero maggiormente funzionali. L'obiettivo che si propone di perseguire è quindi quelli di individuare il sistema di classificazione più idoneo piuttosto che crearne uno ex novo.
- Dopo il comma 1. si chiede di aggiungere i seguenti commi (1-bis, 1-tris):
 - 1-bis. Rientrano nella gestione delle liste di attesa le prestazioni ambulatoriali di mammografia, sangue occulto nelle feci, colonscopia, prelievo citologico cervice uterina e HPV test e colposcopia erogate nell'ambito degli screening oncologici
 - 1-tris. Rientrano nella gestione delle liste di attesa le prestazioni di prevenzione volte a ridurre il burden di malattia infettiva, in particolare quelle previste dall'offerta vaccinale definita dal Piano di Prevenzione Vaccinale vigente (intesa Stato-Regioni 2.8.2023 e pubblicato in GU n. 194 del 21.8.2023)

Comma 2

- Non si rilevano elementi di novità rispetto a quanto già previsto dalle norme precedenti in materia di liste di attesa.

- Si chiede di prevedere che la presa in carico del medico specialista, diretta o tramite la struttura presso cui opera e fino alla completa conclusione del percorso diagnostico, comprenda anche i necessari controlli e percorsi di follow up.
- Si chiede di prevedere degli indicatori di aderenza alle logiche di appropriatezza prescrittiva e dei possibili meccanismi premianti (incremento budget/DG) o penalizzanti.
- Non è chiaro se la presa in carico da parte dello specialista si consideri per tutti i percorsi diagnostici o piuttosto per specifiche patologie (oncologici, trapiantati, scompensati, ecc..)
- Dopo il comma 2. si chiede di aggiungere il seguente comma (2-bis):
 - 2-bis. Al fine di assicurare la massima adesione ai programmi di prevenzione per la diagnosi precoce dei tumori e per la prevenzione delle malattie infettive nonché per garantire l'appropriatezza prescrittiva e dei percorsi assistenziali, le Regioni e le Province autonome adottano provvedimenti finalizzati a consentire la prescrizione e l'erogazione delle prestazioni specialistiche e diagnostiche solo per gli assistiti che pur rientrando nella categorie target previste da ciascuna programma di prevenzione, abbiano un quadro clinico o sintomatologico tale da determinare un sospetto diagnostico. A tal fine, con apposito decreto da emanarsi entro 60 giorni dalla presente legge da parte del Ministero della Salute, sentita la Conferenza delle Regioni e delle Province autonome, sono stabilite le modalità tecniche e operative per l'attuazione del presente comma.

Comma 3

- Non si rilevano elementi di novità rispetto a quanto già previsto dalle norme precedenti in materia di liste di attesa.
- È indispensabile definire che la classe di priorità P abbia un'indicazione superiore ai 120 gg (indicazione del reale tempo clinico es. follow up), altrimenti il rischio è di continuare a prescrivere in modo inappropriato controlli, utilizzando la classe P con tempistiche inadeguate.
- Si ritiene indispensabile tracciare l'indicazione del reale tempo clinico, in particolar modo per le prestazioni diagnostiche e strumentali prescritte in classe "P", la cui tempistica potrebbe essere ben oltre i 120 giorni (es. follow up oncologico), al fine anche di avere un corretto monitoraggio dei tempi medi di attesa.
- Per le prestazioni di controllo è indispensabile individuare la classe di priorità in cui si dia evidenza dei giorni reali entro cui la prestazione deve essere eseguita (180 gg, 220, gg, 365, o 2 anni).
- È auspicabile un adeguamento di moduli prescrittivi e tracciati di trasmissione e relativa tempistica per definire le informazioni del tempo clinico.
- Si ritiene necessario definire anche i tempi di validità della prescrizione per la classe di priorità (differenza data da prescritto a data prenotazione).
- lettera a) entro settantadue ore dalla data della richiesta della prestazione: è più aderente "dal momento in cui l'utente contatta la struttura"
- Dopo il comma 3. si chiede di aggiungere i seguenti commi (3-bis, 3-tris)
 - 3 bis: Ai fini dell'offerta e dell'erogazione della prestazione di specialistica ambulatoriale di screening sono di riferimento le indicazioni definite nei LEA dal DPCM 12 gennaio 2017 (allegato 1 punto F8)

- 3 tris: Ai fini dell'offerta e dell'erogazione della prestazione di specialistica ambulatoriale di prevenzione sono di riferimento le indicazioni definite nei LEA dal DPCM 12 gennaio 2017 (allegato 1 punto A3)

Comma 4

- _Non si rilevano elementi di novità rispetto a quanto già previsto dalle norme precedenti in materia di liste di attesa.
- PROPOSTA MODIFICA TESTO: Le Regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano attuano ogni utile iniziativa per garantire ai propri assistiti l'effettiva erogazione delle prestazioni sanitarie nell'ambito delle strutture pubbliche e private accreditate **con le quali siano in essere accordi contrattuali previsti dall'articolo 8-quinquies del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502.**
- Si chiede di prevedere che tra le iniziative per assicurare il rispetto dei tempi di attesa le Regioni, nelle more dell'emanazione delle linee di indirizzo nazionali di cui all'art. 3 *del decreto-legge 7 giugno 2024, n. 73, recante misure urgenti per la riduzione dei tempi delle liste di attesa delle prestazioni sanitari*), possano emanare indirizzi regionali anche per fronteggiare il fenomeno del "no show".

Comma 5

- Non si rilevano elementi di novità rispetto a quanto già previsto dalle norme precedenti in materia di liste di attesa. Si osserva che questo comma potrebbe invece contenere elementi di novità legati alla farmacia dei servizi che qui non è elencata tra le strutture che possono erogare prestazioni per alleggerire liste di attesa.
- Prevede l'erogazione delle prestazioni di specialistica ambulatoriale anche tramite l'attivazione della diagnostica di primo livello presso gli studi di medicina generale, pertanto:
 - è necessario prevedere la possibilità che le strutture erogatrici pubbliche possano prenotare direttamente prestazioni di primo livello nelle agende degli MMG pubblicate sui sistemi centrali.
 - si evince che la medicina generale è considerabile come un erogatore. È più opportuno inserire questo aspetto all'art 2, comma 2, lettera a) come diagnostica di prevalutazione propedeutica alla richiesta e strumento di appropriatezza per l'accesso agli specialisti.
 - MMG utilizzano la diagnostica di 1 livello solo come loro supporto per la diagnosi e non refertano. Pertanto, l'esame espletato da loro assume una valenza diversa rispetto all'esame svolto dallo specialista. Quell'esame rimane senza referto e, comunque, in ogni caso le Aziende non provvedono alle prestazioni di specialistica tramite l'attivazione di diagnostica presso gli studi MMG, come parrebbe dal comma in oggetto.
 - tale attività NON può configurarsi come specialistica ambulatoriale perché il MMG non è specialistica (diverso potrebbe essere per il PLS). Inoltre, una previsione di tale natura ricalca lo storico sistema delle notule previsto in era pre-SSN che ha contribuito in modo rilevante al fallimento economico del sistema mutualistico. Viene suggerito di prevedere che per le prestazioni di primo livello gli specializzandi dal terzo anno (che possono agire autonomamente se assunti a tempo determinato) possano erogare prestazioni specialistiche

firmandole autonomamente anche nelle naturali strutture formative, cioè come quota parte dell'attività formativa per la quale ricevono regolarmente specifica remunerazione.

Comma 6

- I direttori generali delle aziende sanitarie elaborano un Piano strategico annuale. È necessario chiarire la relazione tra tale adempimento e quanto previsto dal *decreto-legge 7 giugno 2024, n. 73, recante misure urgenti per la riduzione dei tempi delle liste di attesa delle prestazioni sanitarie*) art 2 comma 5 in materia di Piano regionale sulle liste di attesa.
- Si evidenzia l'opportunità di definire indicazioni uniformi per la predisposizione dei documenti regionali e aziendali
- Si chiede di specificare un termine di 40/60gg per la validazione regionale dei piani strategici annuali decorrenti dal ricevimento dell'atto e/o prevedere che la validazione possa avvenire anche sotto forma di silenzio-assenso.
- Si chiede di prevedere inoltre una relazione trimestrale da parte dei direttori generali delle aziende sanitarie locali e ospedaliere affinché i direttori regionali abbiano gli strumenti per vigilare sull'attuazione dei piani aziendali (la cadenza trimestrale si propone per coordinamento con la cadenza trimestrale del rapporto di monitoraggio delle prestazioni critiche e delle liste di attesa in ambito aziendale che il RUAS deve inviare all'Organismo di verifica e controllo sull'assistenza sanitaria ai sensi del DL 73/2024).
- **_PROPOSTA MODIFICA TESTO:** I direttori regionali della sanità, nell'ambito dei compiti di pianificazione od organizzazione dei servizi sanitari regionali, elaborano le direttive per la predisposizione, a livello aziendale, di piani strategici annuali che contengono l'analisi e la previsione relative alla domanda di prestazioni di specialistica ambulatoriale proveniente dai propri assistiti e alla corrispondente offerta aziendale, comprensiva anche di quella delle aziende ospedaliere nonché degli erogatori privati accreditati **con i quali siano in essere accordi contrattuali previsti dall'articolo 8-quinquies del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502.** I direttori generali **degli Enti del Servizio Sanitario Nazionale di ciascuna Regione e Province autonome di Trento e di Bolzano le aziende sanitarie locali** e ospedaliere elaborano i piani strategici annuali di cui al primo periodo e, ai fini della validazione, ne curano la trasmissione ai direttori regionali, cui compete la vigilanza sulla relativa esecuzione. L'attuazione dei piani strategici annuali elaborati e validati ai sensi del secondo periodo rileva ai fini della valutazione dell'attività dei direttori regionali della sanità e dei direttori generali.
- Dopo il comma 6. si chiede di aggiungere il seguente comma (6-bis)
 - 6-bis. Nei piani strategici annuali di cui al comma 6 sono individuate le modalità per assicurare il potenziamento stabile dei programmi di prevenzione per la diagnosi precoce dei tumori e dei programmi di prevenzione delle malattie infettive, al fine di incrementare l'offerta e di favorire l'appropriatezza diagnostica e dei percorsi assistenziali con riduzione progressiva delle prestazioni inappropriate erogate per assistiti facenti parte del target di popolazione coinvolta nei programmi di prevenzione.

Comma 7

- Non si rilevano elementi di novità rispetto a quanto già previsto dalle norme precedenti.
- Si evidenzia la necessità di prevedere la tariffa per le prestazioni di televisita, teleconsulto, telerefertazione

- PROPOSTA MODIFICA TESTO: *Le strutture pubbliche e private accreditate, con le quali siano in essere accordi contrattuali previsti dall'articolo 8-quinquies del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, Le aziende sanitarie locali e ospedaliere nonché gli erogatori privati accreditati* garantiscono l'utilizzo dello strumento del teleconsulto e degli altri strumenti di telemedicina nel rispetto degli indirizzi e delle linee guida adottati in materia, anche ai fini dell'appropriatezza prescrittiva, quali strumenti di integrazione tra i medici ospedalieri, i medici di medicina generale e i pediatri di libera scelta di afferenza territoriale.

2. ARTICOLO 2. Istituzione e funzionamento del Sistema Nazionale di Governo delle Liste di Attesa

Si chiede di esplicitare le modalità di accesso e le modalità di comunicazione con le Regioni e le strutture sanitarie.

In linea generale si chiede di individuare quali possano essere le azioni da percorrere nel caso in cui la Regione individua che non sono stati seguiti RAO, o PDTA, oppure nei casi di iperprescrizione

Comma 1

- le funzioni del SINGLA sono declinate in modo generico ed aspecifico
- le funzioni andrebbero assegnate e relazionate ai componenti della CdR
- sulla base di ciò, le funzioni andrebbero distinte in ruoli strategici e ruoli operativi
- tra le funzioni non vi è nessun riferimento al monitoraggio delle Liste di Attesa e relative tempistiche riguardo ai ricoveri programmati
- per il monitoraggio delle LDA dei ricoveri programmati è necessario fare riferimento alla istituzione di flussi dati specifici (LIDIA e ReOP) e all'ente che si occuperà del sistema di analisi e monitoraggio
- in che rapporto è con l'Organismo di verifica e controllo sull'assistenza sanitaria di cui all'art 2 del *decreto-legge 7 giugno 2024, n. 73, recante misure urgenti per la riduzione dei tempi delle liste di attesa delle prestazioni sanitarie.*
- in che rapporto è con l'Osservatorio nazionale per le liste d'attesa se quest'ultimo resta costituito.
- al punto a) L'accesso al fascicolo per prenotare agevola l'accesso ma non governa la domanda.
- al punto b)
 - si prevede di analizzare il fabbisogno delle prestazioni attese nelle diverse Regioni, mediante il «Modello nazionale di classificazione e stratificazione della popolazione» (MCS), a tale proposito si evidenzia che il *decreto-legge 7 giugno 2024, n. 73, recante misure urgenti per la riduzione dei tempi delle liste di attesa delle prestazioni sanitarie* prevede all'art 1 comma 4 che MCS sia reso disponibile alle Regioni e alle Province autonome di Trento e di Bolzano, secondo le modalità individuate con decreto del Ministro della salute, da adottare entro trenta giorni dalla data di entrata in vigore (tempo già trascorso). Si sottolinea, inoltre, che l'utilizzo del modello non è citato né nella relazione né nella relazione tecnica.
- al punto c) occorre chiarire in che modo la piattaforma nazionale di telemedicina si potrebbe configurare quale strumento di integrazione delle reti di offerta.

- al punto d) si ribadisce quanto previsto dal *decreto-legge 7 giugno 2024, n. 73, recante misure urgenti per la riduzione dei tempi delle liste di attesa delle prestazioni sanitarie* in merito alle linee guida per la piattaforma non ancora emanate.
- al punto f)
 - fornisce indicazioni per la definizione del PNGLA che appaiono tardive in considerazione del fatto che i lavori di definizione del piano sono in corso da diversi mesi ed in via di conclusione (vedi “ambito di garanzia per la prestazione” o governance sovra-aziendale).
 - la previsione di standard organizzativi nazionali invade le competenze costituzionalmente attribuite alle Regioni ed è pertanto da considerarsi incostituzionale

Comma 2

- la composizione della CdR risulta ampia e strategicamente elevata
- non sono chiare le articolazioni della CdR, livelli di concertazioni ed equilibri
- i rappresentanti delle Regioni sono in totale minoranza rispetto alla composizione. Quali ruoli dovranno avere?
- la composizione deve rispettare la possibilità di essere paritetica anche con adeguati livelli di rappresentatività
- la composizione deve essere coerente e relazionata con le funzioni
- poiché sono le Regioni ad avere responsabilità sull'organizzazione dell'erogazione la cabina di regia deve essere costituita da un rappresentante per ogni Regione e due rappresentanti per il Ministero, uno per ISS e la possibilità che intervengano Agenas per la presentazione dei dati.

Comma 3

- oppure è un Osservatorio di nuova istituzione
- come si relazionano CdR ed Osservatorio Nazionale?
- non è chiara la funzionalità dell'Osservatorio, è riferita alla sola istituzione del registro delle segnalazioni di cui all'art 3
- la CdR sovrintende alla elaborazione del PNGLA: Il lavoro svolto da aprile 2024 da parte dei vari sottogruppi per la redazione del PNGLA 24-26 verrà utilizzato dalla CdR? Perché solo due rappresentanti delle Regioni?

Comma 4

- non sono previsti oneri, ma il funzionamento della piattaforma nazionale è basato sulla disponibilità dei dati. Ad oggi le Regioni che non hanno un sistema unico di prenotazione devono prevedere più nodi per la trasmissione dei dati, oltre che possibili nuove logiche di integrazioni. Si chiede di prevedere risorse economiche per l'implementazione di tali attività

3. ARTICOLO 3. Istituzione del registro delle segnalazioni e funzionalità dell'Osservatorio nazionale delle liste di attesa

- CdR e Osservatorio: necessario chiarire le funzioni
- Non viene nominato l'Organismo di verifica e controllo sull'assistenza sanitaria, Art.2 del *decreto-legge 7 giugno 2024, n. 73, recante misure urgenti per la riduzione dei tempi delle liste di attesa delle prestazioni sanitarie*

Comma 1

- le segnalazioni libere dei cittadini non sempre sono chiare ed inequivocabili su disservizi e/o disfunzioni del sistema
- quali i provvedimenti a seguito delle segnalazioni?
- il sistema di segnalazione non può essere solo nazionale ma deve essere regionale e nazionale, ogni segnalazione deve giungere alla Regione e dalla Regione essere inviata al livello nazionale se non viene risolta. (in alternativa deve arrivare contestualmente alla Regione ed al livello nazionale)

Comma 2

Non si rilevano osservazioni specifiche

Comma 3

- vedi osservazioni sopra Art. 2, Comma 3

4. ARTICOLO 4. Disposizioni relative agli specialisti ambulatoriali interni

- Con riferimento al finanziamento di 100 milioni di euro per ciascuno degli anni 2025 e 2026 finalizzato alla riduzione delle liste d'attesa mediante prestazioni erogate dagli specialisti ambulatoriali interni, sarebbe utile prevedere la possibilità per le Regioni di destinare le eventuali risorse non utilizzate (per la mancanza di disponibilità da parte dei SAI) alla remunerazione aggiuntiva del personale sanitario in deroga ai regimi tariffari ordinari (remunerazione fino a 100 euro lordi onnicomprensivi, al netto degli oneri riflessi a carico dell'amministrazione, per il personale medico e fino a 60 euro lordi onnicomprensivi, al netto degli oneri riflessi a carico dell'amministrazione, per il personale del comparto sanitario)
- Non si capisce perché per gli specialisti convenzionati interni venga prevista una misura ad hoc, peraltro il contenuto dell'articolo non è congruente con i conteggi della relazione economica laddove l'art. riporta una remunerazione di 100 euro/ora invece dei 98 presenti in relazione; quindi, la quantificazione dei 100 milioni deve essere aumentata. A parte questo risulta incongruo prevedere un incremento di spesa di 100 milioni di euro senza nessuna risorsa a copertura, stante che il fabbisogno standard non è sufficiente neanche per la copertura di quanto attualmente erogato.

Comma 1

- PROPOSTA MODIFICA TESTO: Per garantire la completa attuazione dei piani operativi per il recupero delle liste d'attesa **e dei programmi di prevenzione**, le aziende e gli enti del Servizio sanitario nazionale possono avvalersi degli specialisti ambulatoriali interni, già in servizio a tempo indeterminato, su richiesta degli stessi, ai sensi di quanto previsto dall'articolo 20, comma 2, dell'Accordo collettivo nazionale per la disciplina dei rapporti con gli specialisti ambulatoriali interni, veterinari ed altre professionalità sanitarie (biologi, chimici, psicologi) ambulatoriali ai sensi dell'articolo 8 del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, di cui all'intesa sancita dalla Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano del 4 aprile 2024, anche in deroga a quanto previsto dal comma 1 del medesimo articolo 20.

Comma 2

Non si rilevano osservazioni specifiche

Comma 3

Non si rilevano osservazioni specifiche

5. ARTICOLO 5. Disposizioni relative al conferimento di incarichi libero-professionali ai medici in formazione specialistica

Comma 1

- Con la disposizione in esame si rende permanente la possibilità che era “sperimentale” e comunque fino al 31.12.2025 dell’assunzione da parte dei medici specializzandi regolarmente iscritti al relativo corso di studi, al di fuori dall’orario dedicato alla formazione, di incarichi libero-professionali, anche di Co.Co.Co. presso il SSN in deroga alle disposizioni di cui all’art. 7 del D.Lgs. 165/2001, ancorchè nei limiti di costo dell’articolo 11 del D.L. 35/2019.
- Inoltre, si eleva il numero massimo di ore settimanali effettuabili a tale titolo da otto a dieci

6. ARTICOLO 6. Disposizioni relative al reclutamento del personale sanitario

- L’art. punta decisamente sui contratti di lavoro autonomo per contrastare le esternalizzazioni e ridurre le liste d’attesa, rendendo possibile di fatto l’utilizzo di questa forma contrattuale anche per attività ordinarie.

Un più ampio utilizzo di questa tipologia di contratti deve comunque tenere conto del limite di spesa per i contratti di lavoro flessibile posto dall’articolo 9, comma 28 del DL 78/2010, che però è stato recentemente oggetto di incremento per il triennio 2024-2026, ed anche il limite di spesa in materia di personale di cui all’art. 11 del D.L. 35/2019.

Da segnalare al comma 2 la certificazione dei predetti reclutamenti da parte dei DG che deve essere trasmessa a direttori regionali della sanità per l’inoltro alle competenti direzioni del Ministero della salute.

Comma 1

Non si rilevano osservazioni specifiche

Comma 2

Non si rilevano osservazioni specifiche

7. ARTICOLO 7. Disposizioni sui limiti di spesa per l'acquisto di prestazioni sanitarie da soggetti privati accreditati

Comma 1

- È previsto l'incremento del limite di spesa per i privati di un ulteriore 0,5 % per il 2025 e di 1% per il 2026 rispetto al comma 233 della legge finanziaria 2024, ma non è chiara la destinazione prioritaria alle strutture con Ps. Si chiede di fornire ulteriori specifiche

Comma 2

- Trattandosi di una norma sulle liste di attesa non si capisce perché si debbano privilegiare le strutture con PS o DEU, che non sono attività che rilevano ai fini delle liste di attesa. Inoltre, l'incremento del tetto non ha senso se non accompagnato da un incremento del finanziamento.

Comma 3 dedicato al Giubileo 2025

- Trattandosi di argomento specifico non è chiaro la sua correlazione con il tema liste di attesa

8. ARTICOLO 8. Monitoraggio dei servizi erogati in farmacia

- Si osserva favorevolmente il contenuto di tale articolo. Fermo restando la necessità di definire le modalità di rilevazione delle attività oggi non ancora trasmesse a livello nazionale.
- Si prevede l'acquisizione combinata dei dati di consumo dei medicinali (SSN, extra SSN e parafarmaco) e dei servizi ad alta valenza sanitaria come disciplinati nell'ambito del decreto legislativo n.153 del 2009 (vaccini, test diagnostici, holter pressorio, spirometria, ECG, etc). Il flusso dovrebbe rafforzare i programmi di sorveglianza epidemiologica ed avvenire utilizzando il sistema di ricezione dei dati individuali in forma anonimizzata, di cui all'articolo 68, comma 9, della legge 23 dicembre 1998, n. 448, e all'articolo 50 del decreto-legge 30 settembre 2003, n. 269, convertito, con modificazioni, dalla legge 24 novembre 2003, n. 326. Questo monitoraggio dovrebbe avere solo finalità di sorveglianza epidemiologica, da chiarire se alcune di queste prestazioni rientreranno nella specialistica ambulatoriale, impattante anche sui TDA.
- Con riferimento all'art. 8 " Monitoraggio dei servizi erogati in farmacia" che interviene a modifica dell'art. 34, DL n. 73/2021, convertito, con modificazioni dalla L. n. 106/2021, proporremmo il rinvio ad un decreto ministeriale attuativo che definisca criteri e modalità di rilevazione dei dati di nuova introduzione per la generazione del relativo flusso (anche per il ritorno del flusso alle Regioni non direttamente individuate al comma 10-quater del citato art. 34 - è importante infatti che le Regioni possano accedere anche ai "nuovi" dati).
- Si tratta di una misura non correlata al tema delle liste di attesa e si ritiene inopportuno e non trasparente utilizzare una norma su un problema sanitario così rilevante per inserire norme con finalità non comprensibili. Inoltre, dalla lettura della relazione economica si evince che il flusso delle informazioni va direttamente dalle associazioni di categoria del settore farmaceutico a:” al Ministero della salute, al Ministero dell'economia e delle finanze, all'AIFA, all'ISTAT, all'ISS e all'AGENAS” saltando completamente le Regioni che dovrebbero invece essere le prime e principali destinatarie. Non è pertanto assentibile.

Comma 1

Non si rilevano osservazioni specifiche

Comma 2

Non si rilevano osservazioni specifiche

9. ARTICOLO 9. Riorganizzazione della rete dei laboratori del Servizio sanitario nazionale

Comma 1

- Prevede la definizione di nuovi requisiti con decreto Ministro della salute, per il raggiungimento in forma singola o associata, favorendo il ricorso a modelli di aggregazione anche contrattuali, quali in particolare i contratti di rete, motivandolo con il tema dell'accessibilità, in deroga ai requisiti previsti con art 27 del DL 73/21.

Posto che le Regioni in questi anni hanno faticato per raggiungere tale obiettivo concentrando le attività in poche strutture altamente efficienti, si evidenzia che l'accessibilità non è un tema che influenza l'attività di laboratorio; infatti, l'accessibilità è garantita attraverso la diffusione dei punti prelievo e non attraverso la parcellizzazione delle strutture di laboratorio, che processano i campioni che ricevono dai punti prelievo.

Comma 2

- Prevede la possibilità per i laboratori di erogare prestazioni di telemedicina con oneri a carico degli utenti, non è chiaro cosa si intenda per telemedicina di laboratorio.
Se si intendono le prestazioni eseguite dai "point of care" decentrati e refertati dal laboratorio centrale si tratta esclusivamente di telerefertazione e non è chiaro per quale motivo debba essere a carico degli utenti.

10. ARTICOLO 10. Misure premiali e valutazione degli obiettivi per la riduzione delle liste di attesa

- Occorre chiarire se tale incentivazione faccia riferimento ai soli obiettivi dei tda della specialistica ambulatoriale o sull'incremento del numero delle prestazioni critiche erogate.

Comma 1

- come avviene il monitoraggio sulla base del quale vengono riconosciuti o meno gli obiettivi?
- con quali flussi dati?

Comma 2

- si ritiene lesivo delle competenze regionali che sia imposto alla Regioni di assegnare uno specifico obiettivo ai propri direttori regionali.
- Non accettabile sistema di valutazione di tutta la filiera di responsabilità regionale (dai direttori generali regionali a quelli aziendali fino ai primari-che non si chiamano più così da 10 anni ma l'antichità di questo testo traspare in ogni luogo-saltando solo i direttori di dipartimento-che forse ai tempi di chi ha scritto il testo non esistevano ancora) calato dal livello nazionale che non è responsabile dell'organizzazione. Anche in questo caso si tratta di una previsione incostituzionale.

Comma 3

- Non è chiara la finalità di tale previsione che, non salvaguardando la specificità dell'organizzazione di ciascuna Regione, crea una disparità di trattamento poiché con la disposizione proposta il divieto permarrebbe solo nei confronti delle aziende sanitarie locali e quindi delle agenzie di tutela della salute per Regione Lombardia.
- Si tratta di un comma che elimina l'incompatibilità per due anni, dall'interruzione del rapporto di lavoro con una struttura privata regolata dal SSN, per la nomina a DG relativamente ad IRCCS e AOSP. Non ha niente a che fare con la norma e con l'articolo. E' inopportuno e non trasparente utilizzare una norma su un problema sanitario così rilevante per inserire norme con finalità non comprensibili.

11. ARTICOLO 11. Disposizioni per il potenziamento dei Dipartimenti di salute mentale

- i numeri proposti non sono sufficienti con il conseguente rischio di non avere alcun impatto sui Servizi.
- Si esprime parere favorevole in quanto si richiama l'importante obiettivo del potenziamento dei Dipartimenti di Salute Mentale.
- Al contempo peraltro si sottolinea l'esiguità, e quindi lo scarsissimo concreto impatto, dell'incremento di dotazione di personale all'uopo previsto nell'art. 11 del provvedimento di cui all'oggetto.
- Premesso che il tema della Salute mentale e delle dipendenze patologiche che ai DSM afferiscono, meriterebbe un intervento sistematico e non episodico come questo.

La previsione di incremento delle dotazioni dei Dipartimenti di Salute Mentale contenuta nell'articolo è ridicola se proiettata sul territorio nazionale: per le Regioni più piccole non arriva per molte figure all'unità incrementale! Inoltre, il tutto è finanziato con le risorse degli obiettivi di piano, pertanto NON aggiuntive. L'incremento del finanziamento degli obiettivi di piano previsto dalla finanziaria 2024 rivela ancora una volta la sua natura di fondo a disposizione del livello nazionale non tanto per perseguire obiettivi di rilievo nazionale, ma per finanziare interventi spot. Tutto il fondo andrebbe invece messo a disposizione delle Regioni senza alimentare un meccanismo ormai farsesco di rendicontazioni e controlli avulso dai drammatici problemi che le Regioni registrano.

Tecnicamente va detto che le 100+14 figure da scegliere fra diverse professionalità fanno riferimento a figure difficilmente reperibili sul mercato del lavoro con l'esclusione degli assistenti sociali che non sono però figure sanitarie. Sia gli educatori (immaginando si tratti degli educatori socio-sanitari e non psico pedagogici che di nuovo non sono sanitari), che i tecnici della riabilitazione psichiatrica e i terapisti occupazionali sono di difficilissimo reperimento, soprattutto nelle Regioni ove non insistano corsi di laurea specifici. Sarebbe opportuno inserire nell'elenco gli psicologi con laurea triennale, disponibili sul mercato del lavoro anche in relazione alle scarse possibilità lavorative cui la laurea triennale in psicologia dà accesso: si tratterebbe di professionalità con laurea triennale in ambito psicologico, potenzialmente più utili ai dipartimenti di altre figure, anche fra quelle citate.

Comma 1

Non si rilevano osservazioni specifiche

Comma 2

Non si rilevano osservazioni specifiche

Comma 3

Non si rilevano osservazioni specifiche

12. ARTICOLO 12. Istituzione della Scuola nazionale dell'alta amministrazione sanitaria

- Si sottolinea che in questo modo la formazione dei dirigenti in parola verrebbe di fatto sottratta alle Regioni e Province Autonome senza che le stesse possano esercitare alcun ruolo nella programmazione e gestione della istituenda scuola nazionale. Il decreto del Ministro della Salute, di concerto con MUR e MEF con il quale dovrebbero essere definiti i principi, i criteri istitutivi e i compiti della Scuola dovrebbe essere assunto quantomeno previa intesa in sede di Conferenza Stato/Regioni.
- La proposta viola i principi di trasparenza ed equità della pubblica amministrazione, oltre che quelli di leale collaborazione fra il livello centrale e le Regioni. Relativamente ai docenti la relazione economica, infatti, prevede che il 65% sia residente in Regione Lazio, nel disprezzo di ogni doverosa selezione delle migliori professionalità disponibili che non possono risiedere per il 65% in Regione Lazio, anche solo per meri aspetti statistici, a meno che non si preveda di escludere sistematicamente le Regioni. Si prevede poi di istituirla presso il Ministero della Salute con le risorse già presenti, ad eccezione dei docenti, con questo evidenziando che le risorse a disposizione del Ministero non sono attualmente utilizzate in modo efficiente. I costi per i mezzi strumentali appaiono incongrui: se chi farà da supporto ai corsi saranno figure già dipendenti dei ministeri esse saranno già dotate di strumenti di lavoro, pc in primis.

Visto che la Scuola verrà istituita presso il Ministero della Salute va esplicitato che nessuna figura del Ministero potrà essere remunerata per svolgere attività di docenza presso il corso. Relativamente alle figure di Agenas ed ISS andranno previste remunerazioni in linea con le previsioni del CCNL sanità. Va poi detto che viene esplicitata fra le finalità formative anche per la predisposizione dei piani strategici relativi alle liste d'attesa, che però dovrebbero essere redatti prima della formazione.

Comma 1

Non si rilevano osservazioni specifiche

Comma 2

Non si rilevano osservazioni specifiche

Comma 3

Non si rilevano osservazioni specifiche

13. ARTICOLO 13. Misure in materia di approvazione dei bilanci degli ordini professionali

Comma 1

Non si rilevano osservazioni specifiche

Comma 2

Non si rilevano osservazioni specifiche