

Analisi L. 107/2024
di conversione decreto legge n. 73/2024 liste di attesa
a cura del Dipartimento Sanità

All'art. 1 viene confermata l'istituzione della **Piattaforma nazionale delle Liste di Attesa presso l'Agenas** (Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali), con l'obiettivo di governare le liste di attesa delle prestazioni sanitarie e di cui si avvale il Ministero della Salute, finalizzata a realizzare la lettura e la trasmissione dei dati (interoperabilità) con le piattaforme per le liste di attesa relative a ciascuna regione e provincia autonoma.

Per la realizzazione della piattaforma, entro 60 gg. dalla data di entrata in vigore della legge, con decreto del Ministero della Salute, dovranno essere adottate specifiche linee guida che definiscono i criteri di realizzazione e di funzionamento della piattaforma e i criteri di interoperabilità tra la medesima piattaforma e le piattaforme regionali.

Sono state modificate, in sede di conversione in Legge, i punti su cui la Piattaforma effettuerà il monitoraggio di livello nazionale:

- misurazione delle prestazioni in lista di attesa sul territorio nazionale;
- disponibilità di agende sia per il sistema pubblico che per gli erogatori privati accreditati;
- verifica **dei percorsi di tutela previsti dal Piano nazionale di governo delle liste di attesa**;
- modulazione dei tempi di attesa in relazione alle classi di priorità;
- attuazione decreto del Ministro della salute 23 maggio 2022, n. 77;
- appropriatezza nell'accesso alle prestazioni, anche utilizzando piattaforme di intelligenza artificiale;

Sono resi disponibili, al Ministero della Salute e ad Agenas, i dati in chiaro del flusso informativo relativo alla Tessera Sanitaria, con particolare riferimento alle prescrizioni del SSN, i dati pseudonimizzati riferiti alla spesa sanitaria che confluiscono nella dichiarazione dei redditi precompilata (730), nonché i dati relativi alle prenotazioni resi disponibili dai CUP regionali, previo protocollo approvato dal MEF, dal Ministero della Salute d'intesa con la Conferenza Stato – Regioni e delle Province autonome di Trento e Bolzano, sentito il garante per la protezione dei dati personali.

Viene confermato che **a fronte di inefficienze o anomalie** emerse a seguito del controllo delle agende di prenotazione, **Agenas può attuare meccanismi di *audit*** nei confronti delle regioni nei cui territori insistono le aziende sanitarie titolari delle suddette agende, con finalità di verifica del corretto funzionamento del sistema di gestione delle liste di attesa, **previa acquisizione del parere preventivo sui meccanismi di audit della Conferenza Stato-Regioni, non previsto inizialmente nel testo del decreto legge.**

L'attuazione della piattaforma avviene senza nuovi o maggiori oneri per la finanza pubblica ed Agenas vi provvede con le risorse umane, strumentali e finanziarie disponibili a legislazione vigente.

L'art. 2, durante i lavori della X Commissione del Senato, **è stato interamente riformulato, accogliendo diverse criticità segnalate anche dalla Cisl in sede di audizione, riscrivendo interamente il sistema di verifica e controllo dell'assistenza sanitaria.**

Si conferma l'obiettivo di rafforzare il Sistema Nazionale di verifica e controllo sull'assistenza sanitaria (SIVeAS) prevedendo l'istituzione, presso il Ministero della Salute e alle dirette dipendenze del

Ministro della Salute, **di un “Organismo”** che, oltre a svolgere **parte delle** precedenti attività attribuite al SIVeAS, **può esercitare il potere di accesso presso le aziende e gli Enti del SSN, le aziende ospedaliere universitarie e policlinici universitari, presso gli erogatori privati accreditati nonché presso tutti gli istituti di ricovero e cura a carattere scientifico, anche se trasformati in fondazioni, per verificare e analizzare le disfunzioni emergenti a seguito del controllo delle agende di prenotazione con la potestà di verifica dell’effettiva erogazione, secondo criteri di efficienza ed appropriatezza, dei livelli essenziali di assistenza (LEA).**

Le attività dell’Organismo sono realizzate con programmi annuali, anche con il supporto del Comando Carabinieri per la tutela della salute.

Al fine di supportare l’attività dell’Organismo viene costituito, presso il Ministero della Salute, una specifica Direzione Generale, con 4 uffici di livello dirigenziale e la possibilità di assumere 20 unità di personale nell’area dei funzionari del CCNL Comparto Funzioni Centrali, a tempo indeterminato, in deroga alle ordinarie facoltà assunzionali, mediante procedure di passaggio diretto di personale tra amministrazioni pubbliche (art. 30 D.Lgs. 165/2001), scorrimento di vigenti graduatorie di concorsi pubblici o avvio di nuove procedure concorsuali pubbliche.

Nelle more delle procedure di assunzione a tempo indeterminato il Ministero della Salute si avvale di un contingente fino a un massimo di 20 unità di personale non dirigenziale, scelto tra il personale delle amministrazioni pubbliche e collocato in posizione di comando, distacco o fuori ruolo o altro analogo istituto previsto dai rispettivi ordinamenti (art. 17, c. 14, L. 127/1997).

Le risultanze dei controlli dell’Organismo sono comunicate alla nuova figura del Responsabile unico regionale dell’assistenza sanitaria (RUAS), che provvede a valutare i conseguenti interventi.

Entro 60 gg. dalla data di entrata in vigore della Legge, **le Regioni e le Province autonome** di Trento e Bolzano **istituiscono**, con specifica disposizione regionale, **l’Unità centrale di gestione dell’assistenza sanitaria e dei tempi e delle liste di attesa**, presieduta e coordinata dall’assessore alla sanità e composta da professionisti di area sanitaria e amministrativa coinvolti nella funzione.

Entro 90 gg. dalla data di entrata in vigore della Legge, l’Unità centrale di gestione dell’assistenza sanitaria e dei tempi e delle liste di attesa **individua il Responsabile unico regionale dell’assistenza sanitaria (RUAS) a cui sono attribuite le funzioni e gli obiettivi tematici e temporali in termini di efficacia ed efficienza dell’assistenza sanitaria e quelli contenuti nel Piano regionale sulle liste di attesa, da adottare con validità annuale.**

Il RUAS è responsabile in ordine al rispetto:

- dei criteri di efficienza nell’erogazione dei servizi e delle prestazioni sanitarie;
- sul corretto funzionamento del sistema di gestione delle liste di attesa e dei piani operativi per il recupero delle liste medesime;
- dell’attuazione e del raggiungimento degli obiettivi contenuti nel Piano regionale sulle liste di attesa e provvede al controllo sull’avvenuto adempimento.

Il RUAS verifica i volumi, i tempi di attesa e ogni altro dato necessario al monitoraggio da effettuare e segnala le strutture che non rispettano i predetti termini per le finalità di efficienza ed efficacia dell'assistenza sanitaria, in tema di regolazione contrattuale degli erogatori.

Con cadenza trimestrale, il RUAS redige e invia all'Organismo nazionale un rapporto di monitoraggio delle prestazioni critiche e delle liste di attesa in ambito aziendale, segnalando le eventuali criticità e indicando le azioni correttive eventualmente poste in essere.

Il RUAS procede alla definizione di interventi formativi che garantiscono che l'accoglienza dei pazienti e la comunicazione sulla permanenza nelle liste di attesa siano gestite con competenze adeguate da parte degli operatori incaricati.

In caso di mancata individuazione da parte delle Regioni della nuova figura del Responsabile unico regionale dell'assistenza sanitaria (RUAS) nei tempi previsti dalla norma, o in caso di ripetute inadempienze rispetto agli obiettivi di garanzia dell'erogazione delle prestazioni sanitarie, di contenimento dei tempi di attesa e di quanto previsto nel decreto oggetto della presente legge di conversione, l'Organismo potrà esercitare i poteri sostitutivi in relazione ai compiti affidati alle Regioni e al RUAS.

L'esercizio dei poteri sostitutivi da parte dell'Organismo avviene previo contraddittorio e con le modalità e le procedure individuate con decreto del Presidente del Consiglio dei ministri, da adottare, previa intesa in conferenza Stato-Regioni, entro 30 gg. dalla data di entrata in vigore della legge di conversione del decreto.

In caso l'Organismo eserciti i poteri sostitutivi, oltre alla possibilità di svolgere le verifiche già previste di cui sopra, verifica anche il rispetto dei criteri di efficienza e di appropriatezza nell'erogazione dei servizi e delle prestazioni sanitarie, il corretto funzionamento dei sistemi di gestione delle liste di attesa e dei piani operativi per il recupero delle liste medesime.

A tali fini l'Organismo si avvale anche dei dati forniti dall'Agenas, derivanti dall'utilizzo della Piattaforma nazionale sulle liste di attesa e dalle attività di audit svolte dalla stessa Agenas.

Anche l'art. 3 reca importanti novità, sia in tema di gestione delle prenotazioni, di disponibilità di prestazioni sanitarie, che in tema di personale.

Viene implementato il sistema di prenotazione a disposizione dei cittadini, prevedendo che in tutte le Regioni si costituisca un Centro Unico di Prenotazione (CUP), che deve essere unico a livello regionale o infra-regionale.

Le modifiche introdotte in sede di conversione dettagliano le modalità di accesso alle prestazioni come segue:

- a) **presa in carico della cronicità e della fragilità conseguente a malattie croniche e degenerative e a malattie rare, con programmazione diretta e senza intermediazione dell'assistito** o chi per esso degli accessi alle prestazioni coerenti con il piano personalizzato di assistenza;

- b) **prenotazione al CUP unico a valenza regionale** da parte dell'assistito o chi per esso di prestazioni necessitate da sintomi, segni ed eventi di tipo acuto che richiedono un approfondimento diagnostico o terapeutico;
- c) **accesso diretto per la malattia mentale e le dipendenze patologiche e per le prestazioni di assistenza consultoriale;**
- d) **accesso a chiamata** all'interno dei **progetti di screening** su popolazione bersaglio per la **diagnosi precoce di patologie oncologiche o di altra natura cronico-degenerativa.**

Viene confermato che deve essere garantita la piena interoperabilità fra i centri di prenotazione degli erogatori privati accreditati con i competenti CUP territoriali, che diventa condizione preliminare, a pena di nullità, per la stipula degli accordi contrattuali con i privati accreditati e come elemento di valutazione per la richiesta di accreditamento.

In sede di esame è stato inserito il comma 3 bis che prevede che le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano possono riconoscere un punteggio aggiuntivo, nelle procedure concorsuali per l'assunzione presso le predette amministrazioni, ai soggetti che abbiano partecipato allo svolgimento del servizio nazionale di supporto telefonico e telematico durante l'emergenza da Covid-19 (servizio di supporto alle persone risultate positive o interessate da un contatto con un soggetto positivo al virus).

In linea con quanto avviene già in diverse realtà regionali, tutte le Regioni e le province autonome dovranno promuovere sistemi digitali per le prenotazioni, le disdette, per il pagamento del ticket ove dovuto.

Tutti gli erogatori, pubblici e privati accreditati, sia ospedalieri che ambulatoriali, devono garantire la piena trasparenza delle agende sia delle prestazioni effettuate che per quanto riguarda la disponibilità di posti delle singole prestazioni.

Inoltre, al fine di avere sempre le liste di attesa aggiornate ed ottimizzare le modalità di prenotazione, i CUP dovranno attivare 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 in modalità da remoto.

A tal fine dovranno essere adottate, con decreto del Ministero della salute previa intesa in Conferenza Stato-Regioni e Province autonome, delle linee di indirizzo omogenee a livello nazionale, che disciplineranno anche i casi nei quali l'assistito, **anche se esente, qualora non si presenti nel giorno previsto senza aver disdetto in tempo**, salvo i casi di forza maggiore e impossibilità sopravvenuta, **è tenuto al pagamento della quota ordinaria di partecipazione al costo, vigente alla data dell'appuntamento, per la prestazione prenotata e non usufruita.**

Per quanto attiene la gestione delle patologie cronico-degenerative ed oncologiche, al fine di ottimizzare la programmazione sanitaria regionale deve essere definito e garantito l'accesso alle prestazioni presenti nei percorsi diagnostico-terapeutico-assistenziali (PDTA), attraverso agende dedicate, la cui gestione può essere effettuata direttamente dallo specialista di riferimento o dalla struttura appositamente dedicata della ASL di appartenenza.

Viene ribadito il divieto di chiusura delle agende di prenotazione prevedendo che le sanzioni possono andare da un minimo di €. 2.000 ad un massimo di €. 6.000 per i soggetti responsabili della violazione e da un minimo

di €. 10.000 ad un massimo di €. 40.000 per i direttori sanitari che non esercitano il controllo previsto dalle norme.

Qualora le prestazioni non possano essere erogate nei tempi previsti dalle attuali classi di priorità previste dal Piano Nazionale di governo delle liste di attesa per il triennio 2019-2021:

- **U** (Urgente) da eseguire nel più breve tempo possibile e, comunque, entro 72 ore;
- **B** (Breve) da eseguire entro 10 gg;
- **D** (Differibile) da eseguire entro 30 gg per le visite ed entro 60 gg per gli accertamenti diagnostici

le Direzioni Generali aziendali garantiscono l'erogazione delle prestazioni attraverso l'utilizzo delle prestazioni aggiuntive del proprio personale o dell'acquisto di prestazioni dal sistema privato accreditato, nei limiti delle risorse destinate dalle leggi finanziarie, sulla base della tariffa nazionale vigente.

Il comma 10 bis, inserito in sede di esame, disciplina gli strumenti a disposizione delle Regioni e della Aziende **per garantire le prestazioni sanitarie, in caso di superamento dei tempi massimi** stabiliti dal Piano Nazionale di governo delle liste di attesa 2019-2021 e nello specifico:

- a) ridefinizione qualitativa e quantitativa dei volumi di attività e della tipologia delle prestazioni delle strutture pubbliche e private accreditate, mediante rivisitazione dell'accordo contrattuale (art. 8-quinquies D.Lgs. 502/92);
- b) riprogrammazione delle ore di medicina specialistica ambulatoriale interna;
- c) richiesta di prestazioni ad integrazione dell'attività istituzionale e/o di prestazioni aggiuntive al proprio personale, in accordo con le equipe interessate;
- d) incremento delle ore di specialistica ambulatoriale interna o a proprio personale già in servizio o attraverso l'attivazione di nuovi rapporti convenzionali.

Viene specificato che le risorse destinate all'abbattimento delle liste di attesa non possono essere impiegate in altro modo e, per questo, il Ministero della Salute provvederà, alla data del 30 giugno 2024, al monitoraggio delle risorse utilizzate, stabilendo il loro accantonamento nei bilanci del Servizio sanitario nazionale per attuare le misure di recupero delle liste di attesa attraverso piani operativi regionali da redigere secondo criteri e direttive **convenute** con specifico protocollo d'intesa fra Ministero della Salute, di concerto con il MEF, con la Conferenza Stato-Regioni e province autonome.

(Ricordiamo che trattasi delle risorse già rese disponibili dalla Legge di Bilancio 2024 in misura non superiore allo 0,4% del finanziamento indistinto del SSN, pari a oltre 500 mln per l'anno 2024, a cui si aggiungono le ulteriori risorse previste per l'acquisto delle prestazioni aggiuntive da proprio personale pari a complessivi 280 mln per ciascuno degli anni 2024-2025-2026.

A queste andranno, inoltre, aggiunte le ulteriori risorse che la legge di bilancio 2024 ha già destinato all'incremento dell'acquisto di prestazioni da privato accreditato con un aumento, calcolato sulla spesa consuntiva 2011, di 1% per il 2024, 3% per il 2025, 4% per il 2026, fermo restando il rispetto dell'equilibrio economico finanziario del servizio sanitario regionale).

Il comma 11 bis, inserito in sede di esame, è rivolto specificatamente alle aziende ospedaliere costituite in seguito alla trasformazione dei policlinici universitari a gestione diretta, denominate aziende ospedaliere

universitarie integrate con il Servizio sanitario nazionale (tipo A); con la modifica introdotta si prevede che le stesse possano assumere dirigenti medici e sanitari, nel rispetto delle vigenti disposizioni in materia di spesa di personale, delle norme previste dal D.Lgs. 502/1992 e del CCNL Area Sanità, superando il precedente limite che prevedeva contratti di lavoro a tempo determinato di durata non superiore a 4 anni e non rinnovabili. Inoltre viene previsto che detto personale non sia più assoggettato alla disciplina sul rapporto di esclusività.

L'art. 4 conferma che, per **potenziare l'offerta delle prestazioni**, nel limite delle risorse stanziare, le visite diagnostiche e specialistiche sono effettuate anche nei giorni di sabato e domenica e la fascia oraria per l'erogazione di queste prestazioni può essere prolungata.

E' stata inserita, al fine di garantire l'autosufficienza per il fabbisogno di sangue e di plasma, la stessa possibilità, sempre nel limite delle risorse stanziare, anche per i centri trasfusionali, anche con il supporto delle associazioni e delle federazioni di donatori convenzionate.

Viene ribadito l'obbligo, già previsto dal D.Lgs 502/1992 di garanzia del corretto equilibrio fra attività istituzionale e attività libero-professionale, prevedendo il divieto che l'attività libero professionale possa comportare un volume di prestazioni superiori a quelle assicurate in attività istituzionale, **ed estendendo tale obbligo anche ai professori e ricercatori universitari inseriti in assistenza.**

In particolare, la direzione generale aziendale verifica l'attività libero-professionale, con la conseguente applicazione delle eventuali misure correttive, consistenti anche nella sospensione del diritto all'attività stessa.

L'art. 5 detta regole sul superamento del tetto di spesa per l'assunzione di personale sanitario e non reca innovazioni rispetto al testo del decreto legge pubblicato, e da noi già commentato in sede di audizione.

Il comma 1 interviene sul limite al tetto di spesa per le assunzioni di personale modificando l'attuale norma e prevedendo che, a decorrere dal 2024, e fino all'adozione della "Metodologia per la determinazione del fabbisogno del personale del SSN" di cui al comma successivo, la spesa per il personale autorizzata per l'anno 2023, viene aumentata annualmente di un 10% dell'incremento del Fondo Sanitario Regionale rispetto all'esercizio precedente.

Viene inoltre prevista la possibilità, su richiesta delle Regioni, di un ulteriore incremento fino al 5%, per un importo complessivo fino al 15% sempre calcolato sull'incremento del FSN rispetto all'esercizio precedente, fermo restando il rispetto dell'equilibrio economico finanziario del SSR e compatibilmente con la programmazione regionale in materia di assunzioni. L'ulteriore incremento fino al 5% è autorizzato previa verifica della congruità delle misure compensative della maggior spesa di personale.

Il comma 2 prevede, a decorrere dal 2025 l'adozione di una "Metodologia per la determinazione del fabbisogno del personale del SSN", per la determinazione della spesa per il personale, nell'ambito del livello di finanziamento del fabbisogno sanitario nazionale standard cui concorre lo Stato e fermo restando il rispetto dell'equilibrio economico e finanziario del Servizio sanitario regionale. Tale metodologia dovrà essere adottata attraverso uno o più decreti del Ministero della Salute di concerto con il MEF, previa intesa in Conferenza Stato-Regioni. Le Regioni, sulla base della predetta metodologia, predispongono i piani triennali

delle assunzioni, che dovranno essere approvati con decreto del Ministero della Salute di concerto con il MEF, previa intesa in Conferenza Stato-Regioni, ai fini del riscontro di congruità finanziaria.

L'art. 6, interessa 7 Regioni del Mezzogiorno destinatarie dal Programma Nazionale Equità in Salute 2021-2027, attraverso un piano d'azione, in linea con gli attuali interventi già previsti dal PNES, mirato a rafforzare la capacità di erogazione dei servizi sanitari e socio sanitari in ambito domiciliare o ambulatoriale, i Dipartimenti di Salute Mentale, le REMS, i Consultori Familiari e i punti per gli screening oncologici, da adottarsi con Decreto del Ministro della Salute di concerto con il Ministro degli Affari Europei, il Sud, le politiche di coesione e il PNRR, entro 60 gg dall'entrata in vigore della Legge di conversione del presente decreto.

Il comma 1 bis, inserito in sede di esame, autorizza la Regione Calabria, a riprogrammare la quota residua delle risorse già assegnate di edilizia sanitaria (ex art. 20 L. 67/1988) pari a €. 19.732.858,87.

L'art. 7 modifica la tassazione sui compensi per le prestazioni aggiuntive rese dal personale medico e sanitario, al fine di far fronte alla carenza di organico, di ridurre le liste di attesa e il ricorso alle esternalizzazioni, prevedendo un'aliquota unica al 15% indipendentemente dallo scaglione di reddito. La nuova imposta si applica ai compensi erogati a partire dall'entrata in vigore del presente decreto legge.

L'art. 7 bis, inserito in sede di esame, prevede la clausola di salvaguardia per le Regioni a statuto speciale e le province autonome di Trento e Bolzano, che applicheranno le misure previste dal decreto legge convertito in Legge, compatibilmente con i propri statuti di autonomia e le relative norme di attuazione, nel rispetto dei livelli essenziali di assistenza sull'intero territorio nazionale.