

Roma, 21 ottobre 2024

***Audizione CIMO presso la Commissione Affari sociali, sanità, lavoro pubblico e privato, previdenza sociale del Senato della Repubblica***

**Ddl n. 1241 “Misure di garanzia per l’erogazione delle prestazioni sanitarie e altre disposizioni in materia sanitaria”**

Con il ddl 1241, di iniziativa governativa, si introducono nuove misure volte a garantire l’accesso ai Livelli Essenziali di Assistenza (LEA) a tutti i cittadini, in maniera omogenea e unitaria e indipendentemente dalla regione di residenza. Sebbene l’intento di intervenire sul problema delle liste d’attesa sia certamente apprezzabile, il sindacato dei medici CIMO ritiene che per garantire realmente il rispetto del diritto alla salute occorra un intervento legislativo più organico, che affronti le vere cause irrisolte degli attuali lunghi tempi di attesa e, quindi, della difficoltà di accesso alle cure, che sta portando ad un aumento esponenziale della spesa sanitaria out of pocket e alla rinuncia alle cure da parte delle fasce più povere della popolazione.

Tra le cause dell’allungamento dei tempi di attesa per l’accesso ai LEA figurano senza dubbio i tagli effettuati negli ultimi venti anni alla spesa sanitaria - e, quindi, all’offerta di prestazioni sanitarie - che hanno comportato una riduzione consistente di servizi e di personale: carenza di medici e professionisti sanitari, taglio di oltre 38.500 posti letto per acuti, riduzione di oltre 78 milioni di prestazioni sanitarie ambulatoriali, chiusura di migliaia di ambulatori specialistici. Se non si interviene in maniera organica e strutturale su questi aspetti, ogni altro intervento volto a ridurre le liste d’attesa rischia, secondo la CIMO, di non risultare efficace.

L’obiettivo principale di tutti gli interventi finalizzati alla riduzione dei tempi di attesa deve essere quindi quello di coniugare le risorse strumentali, strutturali e umane con le prestazioni sanitarie da erogare attraverso i LEA, in coerenza con i principi e i criteri indicati dalla legge n. 833 del 23 dicembre 1978 e dal decreto legislativo n. 502 del 30 dicembre 1992.

Passando all’analisi del testo proposto si osserva quanto segue:

Gli obiettivi indicati dall’**art.1** sono condivisibili perché ribadiscono il ruolo e le responsabilità del medico - cui, in esclusiva, competono diagnosi, prognosi e terapia - nelle prescrizioni specialistiche ambulatoriali e nella presa in carico del paziente. Tali obiettivi sono perseguibili anche attraverso l’introduzione di importanti procedure, quali la ricetta dematerializzata, nonché il sistema tessera sanitaria, la telemedicina e il teleconsulto. Tuttavia, occorre assicurare che la presa in carico del paziente da parte del medico in ambito di assistenza ambulatoriale per successive visite e follow up, e l’assunzione del ruolo di gatekeeper, non determinino un allungamento dei tempi medi della prestazione sanitaria o, in alternativa, ad una riduzione dei tempi di approfondimento clinico rispetto ai già previsti 20 minuti medi per ciascuna visita specialistica. Da qui la necessità di un forte supporto organizzativo e amministrativo che consenta una gestione più rapida delle apposite Agende dedicate alle visite/esami successivi al primo accesso.

In questo contesto è importante porre attenzione alla valutazione del rapporto tra domanda ed offerta sanitaria, per la predisposizione dei Piani strategici annuali regionali e aziendali. In caso di carenza di personale medico, pur utilizzando le risorse professionali di cui agli artt. 4 e 5, i direttori generali delle Aziende, esposti a possibili misure sanzionatorie per mancato rispetto dei tempi di attesa, si troverebbero nelle condizioni di ridurre o riconvertire altri settori specialistici dell’Azienda a favore dei nuovi piani di lavoro facendo venir meno parte della precedente offerta sanitaria.

Si concorda (**art.2**) sulla *“Istituzione del Sistema Nazionale di Governo delle Liste di Attesa (SINGLA)”*, il cui obiettivo è quello di definire le linee di indirizzo per le Regioni e le province autonome utili ad allineare la domanda e l’offerta delle prestazioni attraverso standard nazionali. Certamente la misurazione uniforme dei tempi di attesa, il supporto alla programmazione sanitaria e la comunicazione trasparente dei dati rappresentano elementi qualificanti, e la definizione di standard nazionali di natura organizzativa, tecnologica e infrastrutturale garantisce l’accesso alle cure per tutti i cittadini su tutto il territorio nazionale. In questa logica, non si condivide la composizione della Cabina di Regia (comma 2) che non prevede la rappresentanza dei professionisti, veri attori “sul campo” nella erogazione delle prestazioni LEA: difficile fare a meno della loro funzione di sentinella che deriva dalla quotidiana frequentazione di ambiti, corsie e ambulatori, dove le carenze e le difficoltà si sperimentano sulla pelle dell’utenza.

Analogo discorso (**art.3**) interessa *“l’Istituzione del registro delle segnalazioni e la funzionalità dell’Osservatorio nazionale delle liste di attesa”* a cui è consentito l’accesso ai cittadini per le eventuali segnalazioni di disservizi derivanti dal mancato rispetto dei tempi di attesa. In questo caso, alle figure istituzionali nazionali e regionali è aggiunta la partecipazione di rappresentanti delle organizzazioni civiche di tutela della salute, con lo scopo di raccogliere e analizzare le segnalazioni pervenute e le problematiche più rilevanti, ma senza alcuna rappresentanza dei professionisti sanitari. Una modalità, questa, non imparziale e discriminante.

Relativamente all’**art.4** - *Disposizioni relative agli specialisti ambulatoriali interni* – l’incremento della tariffa oraria delle prestazioni aggiuntive, fino a 100 euro lordi, non può prescindere dal carico di lavoro legato ai piani giornalieri che dovranno essere oggetto di costanti recall. L’utilizzo, peraltro *“a richiesta degli stessi”*, degli *“specialisti ambulatoriali interni”* deve necessariamente coordinarsi con la pianificazione dell’attività quotidiana della struttura di afferenza cui, in ogni caso, deve essere attribuita la responsabilità organizzativa.

Da ultimo si rileva come il finanziamento di tale misura, fino a 100 milioni di euro per gli anni 2025 e 2026, non sia aggiuntivo ma attinga alle risorse già stanziare dalla Legge 213 del 30 dicembre 2023 (art. 1 comma 220), risorse destinate all’incremento della tariffa per le prestazioni aggiuntive dei dirigenti medici dipendenti del SSN (comma 218). È il caso di ricordare come la legge 213 abbia inteso destinare tali risorse *“... al fine di far fronte alla carenza di personale sanitario nelle aziende e negli enti del Servizio sanitario nazionale (SSN) nonché di ridurre le liste d’attesa e il ricorso alle esternalizzazioni”*. Ridurre, quindi, del 50% le risorse già destinate in via esclusiva al personale medico dirigente del SSN per remunerare le stesse prestazioni svolte dagli specialisti ambulatoriali interni vanifica tutti gli sforzi compiuti fino ad oggi per rendere più attrattivo il lavoro negli ospedali.

Un coordinamento con la pianificazione dell’attività quotidiana risulta necessario anche in merito alle disposizioni di cui all’**art.5** - *Disposizioni relative al conferimento di incarichi libero-professionali ai medici in formazione specialistica* – se svolte su base volontaria, fuori orario di servizio ed in forma anche di consulenza. Nel caso specifico occorre inoltre evidenziare come non siano previsti nuovi oneri a carico della finanza pubblica.

Non si conviene sulle disposizioni relative al reclutamento del personale sanitario, di cui all’**art.6**. È certamente importante contrastare il fenomeno dei cosiddetti gettonisti per ridurre le liste di attesa, ma il reclutamento di personale sanitario attraverso contratti di collaborazione coordinata e continuativa inficia le assunzioni a tempo indeterminato, precarizza il lavoro, facilita il clientelismo nella scelta dei professionisti e certamente non stabilizza le strutture nella pianificazione delle attività. Anche in questo caso non sono previsti nuovi oneri a carico della finanza pubblica.

Per quanto concerne l’**art.7** - *Disposizioni in materia di limiti di spesa per l’acquisto di prestazioni sanitarie da soggetti privati accreditati* – si concorda sulla destinazione prioritaria dell’ulteriore incremento di cui al comma 1 verso le prestazioni di ricovero e ambulatoriali erogate dalle strutture private accreditate dotate

di pronto soccorso e afferenti alle reti cliniche tempo-dipendenti. Va da sé, da un lato, che l'applicazione della disposizione comporti l'esigenza di rivedere, in termini di operatività, il contenuto degli accordi/contratti tramite i quali quelle prestazioni sono acquistate dal SSN (art. 8 quinquies comma 2 lett. e) d.lgs. 502/92 e s.m. ed i.) e, dall'altro, che gli accordi e i contratti previsti dal menzionato articolo 8-quinquies presuppongano trattamenti lavorativi della dipendenza sanitaria, in specie dei medici coinvolti, adeguati alla quantità e qualità del relativo lavoro anche in considerazione del fatto che gran parte delle strutture private accreditate non siglano contratti di lavoro, per i medici dipendenti, da circa 20 anni.

Relativamente al comma 3, considerata - in termini di organizzazione, attività e costi - l'estrema variabilità degli ospedali di riabilitazione post acuzie presenti su tutto il territorio nazionale, si ritiene che la sperimentazione relativa all'aggiornamento delle tariffe stabilite nell'allegato 2 del decreto del Ministro della salute 18.10.2012, non possa riguardare esclusivamente le strutture ospedaliere della Regione Lazio, nonostante il loro coinvolgimento nella sperimentazione per i criteri di appropriatezza dell'accesso ai ricoveri di riabilitazione e al di là dell'impatto legato al flusso di pellegrini per il Giubileo. CIMO ritiene, infatti, importante il coinvolgimento di strutture ospedaliere presenti in altre regioni per un necessario benchmarking utile ad una corretta definizione delle tariffe nazionali.

La necessaria *"riorganizzazione della rete dei laboratori del SSN"*, di cui all'**art.9**, non può prescindere dall'adeguamento dei laboratori; pertanto, si condivide la disposizione di cui al comma 1 che prevede la decadenza dall'accreditamento con il Servizio sanitario nazionale in caso di mancato adeguamento ai citati processi di riorganizzazione.

Inattuabili le norme relative alle *"misure premiali e valutazione degli obiettivi per la riduzione delle liste di attesa"* previste dall'**art.10**. Di fatto non sono contemplati nuovi oneri a carico della finanza pubblica per la premialità dei direttori generali, amministrativi e sanitari. Per i direttori di struttura complessa delle aziende, il sistema premiale è già legato all'indennità di risultato la cui attuale retribuzione media nazionale è particolarmente esigua (circa 4.000 € pro capite/anno). Singolare, poi, che si vincoli una percentuale importante della retribuzione di risultato al raggiungimento dell'obiettivo della riduzione delle liste di attesa quando esso, come reiteratamente osservato nelle precedenti note, dipenda da una serie di fattori non necessariamente vincolate alle capacità organizzative dei direttori di struttura complessa.

Qualche remora, infine, a proposito della Istituzione della Scuola nazionale dell'alta amministrazione sanitaria di cui all'**art. 12**. I piani formativi delle principali università italiane, anche private, sono opportunamente forniti di "alte scuole" di formazione in quegli ambiti che – allo stato delle risorse disponibili – sembrano più che sufficienti per colmare le aspettative di chi intenda accedervi.

In conclusione, il sindacato CIMO è del parere che al fine di ridurre i tempi di attesa per l'accesso ai LEA non occorra una legislazione di dettaglio e di complicata coniugazione, parzialmente utilizzata, ma un intervento legislativo organico, di carattere generale e di principio, che lasci alla normativa secondaria la definizione degli aspetti organizzativi, pratici e di dettaglio.

Guido QUICI  
Presidente Nazionale CIMO

