

## **Liste d'attesa e legge 107/2024: un primo passo o un'occasione mancata?**

*di Matteo Garruto e Azzurra Santoro*

Il tema delle liste di attesa per l'accesso alle prestazioni sanitarie ha assunto i connotati di criticità sistemica, tanto da generare un insostenibile clima di emergenzialismo, con un grave vulnus a carico di chi subisce ogni genere di ritardo diagnostico, spesso vitale. Le eccessive tempistiche necessarie per accedere ad esami diagnostici, prevalentemente per immagini, e a visite specialistiche costituiscono, infatti, un ostacolo all'effettiva fruizione del diritto alla tutela della salute, riconosciuto come fondamentale (l'unico così definito nella Carta), dall'art. 32 della Costituzione. Una siffatta situazione compromette la messa a terra di un tale diritto, rendendosi così responsabile di danni incalcolabili alla persona, in termini di ritardi fatali alla sua esistenza e comunque pregiudicativi per le diagnosi e per l'efficacia delle terapie. Una valutazione negativa, sotto il profilo dell'esigibilità puntuale dei diritti sociali da parte della collettività, alla quale ne va aggiunta un'altra, pregiudicativa per il funzionamento e l'economia della sanità pubblica, che beninteso sopporta un costo fisso prescindendo dalla domanda dell'utenza: la ricaduta dell'istanza insoddisfatta sulla sanità accreditata privata. Sia su quella contrattualizzata con prestazioni a carico del Ssn che su quella semplicemente accreditata a totale carico del richiedente. Da qui, un elevato tasso di rinuncia alle cure, generalmente definite, dei cittadini meno abbienti, con particolare riferimento all'indigente al quale la Costituzione attribuisce il diritto della assoluta gratuità delle prestazioni essenziali, da tempo negato.

Una tale diffusa criticità si è così amplificata in tutte le regioni, a tal punto da registrare una condotta gestoria dei Ss.Ss.Rr. pregiudicativa dei diritti

costituzionali, ancorché in modo disomogeneo in termini di erogazione dei Lea, con punte di miglioramento concreto nelle regioni che hanno da sempre più investito nell'assistenza distrettuale.

Con il decreto-legge 7 giugno 2024, n. 73, convertito nella legge 107/2024, recante “Misure urgenti per la riduzione dei tempi delle liste di attesa delle prestazioni sanitarie”, il legislatore ha inteso porre un primo argine normativo a tale fenomeno. Lo ha fatto introducendo alcune innovazioni volte al rafforzamento dei meccanismi di monitoraggio e trasparenza delle liste di attesa, tra cui l'istituzione della Piattaforma nazionale presso Agénas e nuove forme di interoperabilità informativa tra strutture pubbliche e accreditate private.

Ciononostante, dalla lettura del provvedimento regolativo risulta evidente che il Governo, esercitando le facoltà di cui all'art. 77 della Costituzione – ad attenuazione del grave fenomeno, costituente un *vulnus* gravissimo per la salute, in quanto tale da trattare con necessità e somma urgenza -, è ricorso ad un esercizio regolatorio alquanto parziale. Ha infatti tralasciato di affrontare il dilemma delle liste d'attesa e di disciplinare la soluzione del fenomeno con interventi di carattere sistemico e, quindi, che assumessero una efficacia strutturale. Non solo. Non ha tenuto conto dell'effetto discriminante che avrà sulle diverse regioni, nettamente diseguali sia sul piano dell'organizzazione che su quello economico, atteso che sette di esse sono soggette a piani di rientro, di cui due finanche commissariate ad acta.

Tali considerazioni portano ad una riflessione, anche di valenza costituzionale sul ricorso alla decretazione d'urgenza. Ciò in quanto per la gran parte funzionali a ridisegnare le organizzazioni erogative, al punto da renderle strumentali ad un miglioramento, solo marginale, della gestione complessiva delle prestazioni connesse ai Lea.

Tra le innovazioni più rilevanti della anzidetta disciplina si presenta la Piattaforma Nazionale Liste di Attesa (PNLA), concepita come snodo

tecnologico centrale per garantire trasparenza e monitoraggio capillare dell'offerta sanitaria. Così come l'istituzione, presso il Ministero della Salute, dell'Organismo di verifica e controllo sull'assistenza sanitaria, che svolge le funzioni attribuite al SiVeAS e di cui costituisce uno strumento di supporto tecnico.

La vera novità è rappresentata dalla neo-previsione afferente alle competenze dei Centri Unici di Prenotazione (CUP) previsti come interagenti con gli erogatori privati accreditati/contrattualizzati. Ciò con l'obiettivo esplicito di assicurare piena trasparenza nella gestione del calendario delle prenotazioni ed esecuzioni delle prestazioni sanitarie. Un fine di alta rilevanza, in termini di garanzia pubblica per l'utenza, implementato dalla previsione legislativa di prorogare l'attività erogativa estendendo gli orari di erogazione anche ai fine settimana, con turni prolungabili. Una opzione che, se da un lato amplia le condizioni e i tempi dell'offerta, dall'altro rischia di gravare sul personale già in condizione di sovra impegno a fronte delle carenze di organico, con inevitabili ricadute sulla sostenibilità del sistema della salute. Al riguardo, viene infatti previsto un superamento del tetto di spesa per le assunzioni, modulabile secondo la condizione economica delle Regioni, così come introdotta un'imposta sostitutiva del 15%, sui compensi aggiuntivi percepiti dagli operatori sanitari che contribuiscono a ridurre le liste d'attesa.

Ed è qui che viene a porsi un interrogativo. Esso interessa la concreta e attuale effettiva applicabilità della norma nei territori sottoposti a piani di rientro, dove i vincoli finanziari permangono stringenti. Un contesto territoriale e demografico non indifferente, dal momento che sono interessate sette Regioni: Abruzzo, Calabria, Campania, Lazio, Molise, Puglia e Sicilia che contano circa 24 milioni di abitanti, rappresentativi del 40% della popolazione nazionale.

Anche a proposito, viene individuata, a sostegno delle misure da assumere, l'attivazione di un Piano d'azione per il rafforzamento dei servizi sanitari e

sociosanitari, finanziato dal Programma nazionale “Equità nella Salute” 2021–2027.

Ciò che invece non entusiasma e preoccupa della *ratio* legislativa è la sua messa a terra, per la non puntualità e precisione necessaria dei provvedimenti attuativi. Una considerazione che trova sostegno nella constatazione che - seppure la norma preveda misure importanti come quella del superamento dei tetti di spesa per l’assunzione del personale sanitario e una fiscalità agevolata per chi partecipa alla riduzione delle liste d’attesa tramite prestazioni extra - ad oggi risulta un solo decreto applicativo adottato. Più esattamente, quello attuativo del 17 febbraio 2025 (G.U. dell’11 aprile successivo), che ha cristallizzato i criteri di realizzazione e funzionamento della PNLA, fissando in 60 giorni il termine entro cui le Regioni dovranno presentare ad Agènas un progetto operativo conforme alle linee guida. Ciò, a sei mesi dalla conversione in legge del decreto e a fronte dei previsti sei decreti attuativi. La conseguenza di tutto ciò è costituita dalla paralisi dell’attuazione della norma, inclusa la piena operatività della anzidetta Piattaforma nazionale, impedita nel rendersi strumento trasparente e indispensabile per il monitoraggio delle prestazioni sanitarie.

Con tutti i suoi limiti, il decreto-legge n. 73/2024 fa comunque un passo avanti. Evidenzia e affronta le criticità senza tuttavia mettere sotto la lente di ingrandimento i veri punti caldi della crisi del sistema sanitario pubblico, primo fra tutti la crescente fuga dei medici e degli infermieri. Sul punto, la norma potrebbe infatti indurre ad un peggioramento dello status quo, in quanto ripone nella volontà di questi ultimi gli incrementi di servizio attraverso la produzione di prestazioni aggiuntive volte a smaltire le lunghe liste di attesa, con la conseguenza di generare carichi di orari di lavoro ancora più estenuanti. Il tutto con dubbi di compatibilità con i CCNL di riferimento (della dirigenza sanitaria 2019-2021) e un contestuale rischio di ripercussioni sulla qualità delle prestazioni erogate.

D'altronde, per come rilevato da diversi studi, anche internazionali (S.A. Kreindler, *Policy strategies to reduce waits for elective care: a synthesis of international evidence*, in *British Medical Bulletin*, 2010), il modo migliore per contrastare le liste d'attesa non è attuare dei finanziamenti secondo modalità non sistemiche e di breve periodo, come ad esempio la tassazione agevolata prevista *ex art. 7* della legge, bensì impegnare risorse ad incremento progressivo nel lungo periodo. In quest'ottica, occorrerebbe pertanto individuare un diverso assetto regolatorio/negoziale, attraverso l'adozione di norme e la stipulazione di contratti collettivi, entrambi organicamente tendenti ad incrementare l'attrattività del rapporto di lavoro dirigenziale medico-sanitario all'interno del Servizio Sanitario Nazionale. Una sorta di generazione di "una attrazione fatale" mediata da riconoscimenti retributivi, a tal punto da favorire una più convinta stabilizzazione delle risorse umane e di conseguenza contrastare il fenomeno della mobilità in favore del settore privato.

La norma è infatti viziata da un errore di ipotesi, consistente nella non considerazione che il sistema della salute è caratterizzato da una costante carenza di personale medico da mettere anche in relazione ad una progressiva riduzione del numero di operatori disposti a prestare servizio nel settore pubblico. A questo problema complesso nondimeno si aggiunge quello della "fuga di cervelli" e quello dell'attrazione della sanità sempre di più imprenditorializzata da grandi gruppi privati, capaci di assicurare prestazioni retributive di rilevante spessore.

La soluzione del problema delle liste di attesa, che coinvolge tutto il mondo planetario occidentale, è di una complessità tale che, per risolverlo, occorre risalire alle origini. Con questo non soffermarsi alle cause incidentali, bensì indagare su quelle divenute strutturali per un difetto di cultura. Di quella che sta via via dimenticando la persona in quanto tale e assumendo a modello il

protocollo, a primato la cessione di diagnosi e a freno la medicina difensiva. Certamente, la carenza di medici e infermieri costituisce un fattore cruciale.

Una agevolazione sociale, nel senso di supportare o quantomeno alleviare simili gravi carenze di servizio assistenziale, era stata tuttavia individuata con il d.lgs. 124/1998 (Ridefinizione del sistema di partecipazione al costo delle prestazioni sanitarie e del regime delle esenzioni, a norma dell'articolo 59, comma 50, della legge 27 dicembre 1997, n. 449), introduttivo di un meccanismo deflattivo volto a gestire i casi in cui il Ssn non fosse in grado di garantire le prestazioni sanitarie nei tempi utilmente prescritti. Con esso, è stata introdotta la previsione della possibilità di accedere all'attività intramuraria con onere a carico delle singole aziende sanitarie o di ottenere il rimborso in caso di ricorso al privato, realizzando una sorta di strumento giuridico "protesico" di tutela attiva del diritto alla salute. Tuttavia, nonostante tale previsione normativa, la situazione attuale risulta caratterizzata da cronici ritardi e insostenibili tempi di attesa, dimostrando ancora una volta l'inevitabilità di rintracciare la soluzione attraverso soluzioni radicalmente strutturali. D'altronde, in una siffatta prospettiva, la già citata legge n. 107/2024, rappresentò fattualmente una continuità giuridica del contenuto del d. lgs. n. 124 1998, nell'intento di rintracciare risorse strutturali pubbliche e private, l'interoperabilità dei CUP e di estendere gli orari delle prestazioni.

Ad aggravare il fenomeno della rarefazione degli operatori sanitari sul territorio nazionale è intervenuta una sorta di globalizzazione della chiamata al lavoro da parte dei siti esteri, soprattutto europei, incentivanti di maggiori retribuzioni e di agevolazioni complementari di facilitazione per i trasferimenti (esempi: di alloggio, di istruzione per i figli, di occupazione per i coniugi).

Un tale clima di disagio assistenziale per l'utenza generalizzata, soprattutto quella incapace di accedere alle prestazioni *cash*, si registra anche tra i

professionisti del settore. Lo dimostra lo studio *Future Health Index 2025*, detto Rapporto *Philips*, che rappresenta il risultato di una vasta indagine che ha coinvolto migliaia di utenti dei servizi pubblici e di operatori sanitari attivi. Dati che rappresentano il divario crescente tra la domanda dell'utenza e l'offerta disponibile. Circa i tre quarti della popolazione sono in attesa di accertamenti diagnostici e visite specialistiche, a causa anche dell'assenza del filtro attivo della medicina di prima istanza. Un *handicap* venutasi a generare a causa della caduta vertiginosa della pratica della semiotica medica, la "scienza" che studia il significato dei termini e delle espressioni usate nel contesto medico.

La media di 70 giorni di attesa è quella più favorevole, con picchi elevatissimi registrati nei Paesi più avanzati dell'occidente. Il peggio in Canada (131), in Spagna (128), nel Regno Unito (109), in Francia (99) e Germania (93). In Italia, i tempi di attesa sono così lunghi da registrare che, per almeno una volta, l'80% delle persone rinuncia oggi ad una prestazione sanitaria pubblica. Ciò in netto peggioramento rispetto al 2024 ove la percentuale non superava il 65%.