

Il DL sulle liste di attesa e un Ddl a firma del Governo

di Ettore Jorio

Le condizioni erogative in cui è ridotta in moltissime regioni l'assistenza sociosanitaria suscitano il più amaro dei sentimenti. Il diritto alla salute è, in lacune aree del Paese, impossibile da percepire utilmente, nonostante l'unico che la Costituzione riconosce come fondamentale. La recente ricerca dell'Istat sulla condizione di percezione della Nazione dei diritti sociali mette a nudo – come oramai solito e naturale che avvenga da decenni, con tendenza al peggioramento – un Paese non malandato nella erogazione dei diritti sociali, con tante Regioni che determinano quotidianamente rischi vitali alla loro quota di nazione alla ricerca spasmodica di assistenza, che però non trovano.

Un ventennio privo delle regole occorrenti

A fronte di ciò, è da circa venticinque anni che si tentano aggiustamenti legislativi spesso senza logica alcuna, aventi tuttavia la prerogativa di produrre frammentazioni normative e organizzative di troppo, tali peggiorare lo stato delle cose. In tutto questo tempo, nessuno strumento giuridico, legislativo e regolamentare – e programmatico è stato messo in piedi dallo Stato sul tema della profilassi internazionale, tanto da avere costretto la Nazione ad affrontare il Covid-19 nella totale assenza di un efficace piano anti-pandemico, atteso che quello che c'era residuava al 2006, pertanto inservibile. Stessa cosa è avvenuto con lo strumento principe dell'assistenza sociosanitaria, prova ne è stata che l'ultimo Piano Sanitario Nazionale (PSN) fu adottato anche esso nello stesso anno. Insomma, da quell'anno escluso, in cui vigeva il Governo Prodi II (ministra Turco), la sanità è andata avanti senza programmare alcunché, lasciando peraltro le Regioni economicamente più deboli senza le risorse (ex art. 20 della legge 67/88) da destinare ad investimenti infrastrutturali, tanto da metterle nella condizione di impossibilità di rimettersi in marcia dagli stessi blocchi di partenza delle altre più abbienti. Quegli strumenti, costi standard uguali per tutti e fabbisogni *standard* differenziati per Regioni con maggiori esigenze, imposti dall'allora già introdotto federalismo fiscale con la conseguente messa da parte della spesa storica.

La conseguenza di tutto questo è stata gravissima, ma lo è a tutt'oggi e in progressivo peggioramento: le persone in quanto tali, cittadini e non, hanno perso l'esigibilità

sostanziale dei diritti e svanita la dignità, di fronte ai bruschi rifiuti di ricovero davanti i pronto soccorsi e ai rinvii agli appuntamenti a tre anni per una mammografia piuttosto che per una coloscopia.

Di conseguenza, si registra ovunque, specie da parte dei ceti meno abbienti, un atteggiamento rinunciatario all'esigibilità dei diritti costituzionali. Al riguardo, diventa disumano constatare, solo per fare qualche esempio: genitori che trascurano diagnosi necessarie e cure specialistiche, anche di fronte a malattie gravi, per assicurare il dentista ai figli; i nonni maltrattati da pronto soccorsi inaccessibili e dai Cup che fissano le prestazioni non infrequentemente "post mortem". Insomma, così facendo ad attendere date fissate per accertamenti irrinunciabili si diventa vecchi, se va bene.

Tali condizioni, che tanto appaiono l'effetto di una erogazione distorta e, di fatto, dell'abbandono del territorio principalmente periferico, fanno supporre la fine del Ssn, fulcro del servizio pubblico che rappresentò nel 1978 un vanto per l'Italia in tutto il mondo.

Il Consiglio dei Ministri del 4 giugno 2024

Il Governo in carica ha dato il via ad una iniziativa apparentemente complessa mirata soprattutto a tentare un efficace rimedio alle liste di attesa difficili da sopportare nonché a riparare i disagi sociali sempre più crescenti determinati da una offerta di salute, di frequente impropriamente godibile, ove mai percepibile attraverso un inumano girovagare, fatto anche di decine di chilometri, alla ricerca di prestazioni essenziali, senza godere dei mezzi pubblici necessari.

In una tale ottica, l'Esecutivo ha ideato una norma a tutela dell'immediato - sotto la forma del decreto-legge, il nr. 73 de 7 giugno scorso (G.U 132/2024) – e predisposto un Ddl, con la verosimile idea di approntare una miniriforma del sistema erogativo della salute.

Il primo è composto da otto articoli e pubblicato nella Gazzetta Ufficiale n. 132 del 7 giugno scorso, dunque vigente; il secondo è invece un testo, formato da quindici articoli, da sottoporre all'esame e al voto del Parlamento.

Entrambi saranno naturalmente destinati ad essere ingombrati, rispettivamente in sede di conversione e durante l'ordinario iter formativo legislativo del Ddl, da emendamenti e dalle corrette rivendicazioni delle relative coperture, che invero sono già carenti nel decreto-legge.

Ritenendo qui superfluo ogni approfondimento, articolo per articolo, sul contenuto specifico di entrambe le iniziative governative, è appena il caso di provare ad affrontare il tema della comprensibilità della sua *ratio* e delle sue prospettive, finanche quelle più recondite.

Il decreto-legge recante misure urgenti per la riduzione dei tempi delle liste di attesa per l'erogazione delle prestazioni sanitarie

Come detto con il decreto-legge, ma anche con quanto possa essere ridefinito più compiutamente in sede Parlamentare con la sua conversione in legge, l'Esecutivo ha inteso intervenire sulle liste di attesa, nel concreto bloccate su tutto il territorio nazionale nonostante l'esplicito divieto legislativo, ovunque disatteso. Ciò in quanto, così come sono messe oggi, sono poco suscettibili di ogni genere di miglioramento perché affetti da due vizi organizzativi difficilmente attenuabili:

- la carenza di personale e di strutture adeguate alla domanda;
- la penosa a condizione di accesso alle cure, spesso resa impossibile, attraverso liste d'attesa interminabili e dall'esito quantomai incerto.

Quanto, al problema delle liste di attesa nello specifico, il Governo ha ritenuto irrinunciabile intervenire su di esse e, con questo, individuare alcuni *step*, alcuni dei quali istitutivi di nuovi strumenti e organismi.

Siffatte previsioni hanno riguardato:

- a) l'indispensabile soccorso dei privati accreditati, in alternativa al pubblico incapiente e non rispettoso dei tempi, cui va corrisposto solo il ticket;
- b) l'intramoenia (quasi) *without limits* di orario ed estesa ai prefestivi e festivi settimanali, da esercitare in libera professione ovviamente oltre l'orario ordinario (art. 4);
- c) un incremento del 5% del tetto di spesa fissato per l'assunzione di personale dipendente che arriva per il corrente anno al 15% e che sarà del tutto abrogato dal 2025 (art. 5);
- d) il potenziamento dell'offerta di assistenza e l'auspicato rafforzamento dei dipartimenti di salute mentale (art. 6);
- e) il pagamento degli straordinari comunque prestati dagli operatori sottoposti a *flat tax* del 15% (art. 7).

Il tutto ovviamente reso sostenibile da capienti coperture economico-finanziarie che allo stato, francamente, non sono stati neppure immaginati dal legislatore.

A tutela del sistema così rinnovato”, è stato ritenuto indispensabile l’instaurarsi di un sistema di codifica della imposizione della regolarità e del rispetto nelle prenotazioni, attraverso le quali si arriva esclusivamente al godimento della prestazione richiesta. In proposito, viene fissato l’obbligo di perfezionarle con ricorso ad un unico CUP (art. 3), sia per il pubblico che per il privato, con un controllo sull’andamento delle liste di attesa sottoposto ad un monitoraggio, continuo e reale, attraverso una apposita piattaforma nazionale curata dall’Agenas (art. 1). Il tutto vigilato da un “Organismo di verifica e controllo sull’assistenza sanitaria” (art. 2) funzionale ad effettuare una analisi critica, quali-quantitativa, dell’andamento della assistenza sociosanitaria. Il neonato organismo, che andrà a rafforzare con i suoi compiti la *performance* ispettiva del Ministero della salute, determinerà un sensibile incremento del suo organico, sia attraverso l’istituzione di una direzione generale e di quattro non generali, tanto da prevederne una idonea copertura pari a 541.658,18 euro, per l’anno 2024, e a decorrere dal 2025 la somma di 1.083.316,35 euro per ogni anno (art. 2). Per il perseguimento dello stesso obiettivo, lo stesso dicastero potrà comunque avvalersi, per il biennio in corso, di ulteriori venti unità non dirigenziali da assumere con contratto di lavoro subordinato a tempo indeterminato, prevedendo al riguardo una procedura di acquisizione temporanea da perfezionare nelle more del perfezionamento di quelle agonistico-concorsuali definitive.

A ben vedere, nel decreto-legge si contano, almeno sul piano teorico, delle misure apprezzabili seppure verosimilmente non riconosciute affatto sufficienti. Un limite che si riscontra nella mancata previsione delle copiose risorse occorrenti e nella insufficienza degli strumenti cosiddetti di monitoraggio che nella storia della sanità italiana non hanno affatto contribuito ad guarire i mali di cui è affetta, ultimo dei quali le liste di attesa. Di un tale disagio ne sono convinte anche le Regioni, che di liste d’attesa vivono, e le loro coelttività, che le soffrono amaramente.

Il disegno di legge recante misure di garanzia per l’erogazione delle prestazioni sanitarie e altre disposizioni in materia sanitaria

Diversamente è la composizione e la *ratio* del coevo Ddl – com’è naturale che fosse - perché non destinato a produrre gli effetti nell’immediatezza della pubblicazione, nell’impellenza della intollerabilità delle liste di attesa bensì a costituire un atto preparatorio per elaborare quel tanto di più che è nelle aspettative del ministro Schillaci.

La lettura dei suoi quindici articoli - fatte eccezione per la parte (art. 2) che tende ad istituzionalizzare un Sistema Nazionale di governo delle liste di attesa - è alquanto

complessa, tanto da farla sembrare un po' orientata a generare i soliti aggiustamenti alla disciplina esistente. Così facendo diventa davvero difficile ridisegnare una organizzazione sanitaria unitaria nel Paese, specie alla luce della sperabile mutazione del sistema di finanza che lo regge: dalla spesa storica ai costi *standard*, uguali per tutti, e fabbisogni *standard* differenziati per le Regioni, con quelle deboli di gettito fiscale proprio aiutate per questo dalla quota di fondo di perequazione. Un difetto che tradisce una idea omogenea della salute nazionale, tarata sulla necessità di rendere uguale l'assistenza sociosanitaria ovunque e a chiunque, e fa sorgere più di qualche dubbio sulla sua messa a terra. Pensare poi che la medesima "idea" non è minimamente assistita da alcuna certezza finanziaria, una siffatta ipotesi legislativa è generativa di una qualche preoccupazione: di quella che fa supporre che le cose continueranno ad esse sempre così come sono, salvo facilitare la surroga del privato nell'esercizio delle funzioni assicurate bene, sino a qualche decennio fa, dal sistema pubblico. Insomma, una modalità di intervenire strutturalmente e in modo organico piuttosto che intervenire con le riforme strutturali delle quali la collettività non può fare più a meno.

Senza coperture, neppure immaginate, sarà davvero difficile rintracciarle in un bilancio statale a secco e con dodici miliardi di euro di ristrettezze imposte dal nuovo Patto di stabilità. Ciò anche perché le previsioni contenute nel testo, nella sua interezza, saranno certamente destinate ad ingigantirsi nel peggiorare il sistema che il legislatore del 4 giugno 2024 considera come permanente piuttosto che riscriverlo, cambiando le attuali priorità e estendendo il diritto alla salute di tutti, magari con la concepibile previsione anche di imporre qualche ragionevole ristrettezza, sul piano della gratuità di talune prestazioni, ai più ricchi.

Ma il punto più negativamente evidente è quello che un tale Ddl offre l'immagine di una sorta di brutta miniatura della riforma strutturale che occorrerebbe al Servizio sanitario nazionale.

Nonostante ciò, è da ritenere:

- corretta e generosa la previsione di incentivi economici, ma non identificati e coperti dalle risorse necessarie, a medici e infermieri collaborativi per la diminuzione delle liste di attesa, anche funzionali a risarcirli del super lavoro prestato durante il Covid;
- entusiasmante il coinvolgimento a pieno titolo dei giovani medici, condividendo quanto sottolineato dalla Anaa in tema di diversificazione dei siti istituzionali utili al conseguimento della specializzazione;

- giustissima la regola, ma da applicarsi davvero, della sanzione ai manager che, se incuranti delle attuali pluriennali liste di attesa, saranno soggetti alla revoca e comunque al non rinnovo dell'incarico;
- accettabile il concetto - pedissequo ripreso della legge di bilancio per il 2024 (legge 213/2023) che prevedeva un incremento per i *budget* in favore dei privati di 123 milioni sia nel 2024 che nel 2025 - di un maggiore coinvolgimento dell'erogazione privata accreditata/contrattualizzata, a mente degli artt. 8 *quater* e *quinquies* del vigente d.lgs. 502/1992.

Sul punto alcune difficoltà e una proposta

Nella aspettativa di pervenire ad una riforma strutturale complessiva del Servizio sanitario nazionale, oramai divenuto obsoleto, si avverte anche la necessità di intervenire a garanzia di una più corretta disciplina della concorrenza amministrata. Quella forma di quasi mercato che non distingue tra enti erogatori e fornitori di prestazione, tant'è che gli stessi possono svolgere entrambi i ruoli e in competizione (Giorgio Pastori, *docet*). Il tutto però da perfezionarsi attenendosi scrupolosamente alle regole che limitano la portata della concorrenza, tenuto nel dovuto della inesistenza di incompatibilità ostative.

Al riguardo, è appena il caso di sottolineare che:

- una delle leggi cui l'UE sottopone il godimento delle risorse del PNRR è quella annuale della concorrenza. Ebbene, in tal senso c'è stata quella per il 2021 (legge 118/2022), che ha sensibilmente modificato, all'art. 15, gli anzidetti artt. 8 *quater* e *quinquies* del d.lgs. 502/1992.
- dalla vigenza della predetta legge del mercato e della concorrenza 2021 si è registrata, da parte di tutte le Regioni, la mancata applicazione delle modifiche introdotte agli anzidetti articoli disciplinanti le procedure di rilascio dell'accREDITAMENTO istituzionale e quelle di selezione degli accreditati da contrattualizzare con il Ssn, tale da mettere a carico del medesimo sistema pubblico il costo delle prestazioni rese all'utenza dal contrattualizzato.

Venendo nello specifico alla ripetuta legge sulla concorrenza n. 118/2022, è da precisare che essa ha rappresentato l'occasione giusta per cambiare in meglio le leggi regionali di riferimento specifico all'accREDITAMENTO e alla stipulazione dei contratti con gli erogatori privati. Un appuntamento importante per ricercare soluzioni al disordine determinatosi a causa di una eccessiva e spesso impropria offerta di accreditati privati -

peraltro che si autogenera annualmente per lo più tacitamente ovvero con scandalose procedure che prevedono mere dichiarazioni unilaterali a firma dell'interessato alla continuazione dello suo conveniente status giuridico - e attraverso una consistente estensione dell'istituto a diverse altre attività così come con il ricorso inappropriato, per esempio, alla voltura acritica del titolo giuridico, elusivo sotto diversi profili.

Le legge per il mercato e la concorrenza per il 2021 ha cambiato tutto (sulla carta, però!) in tema di criteri di rilascio dell'accreditamento istituzionale e di stipulazione dei contratti degli accreditati con le aziende sanitarie.

Il titolo dell'art. 15 (*Revisione e trasparenza dell'accreditamento e del convenzionamento delle strutture private nonché monitoraggio e valutazione degli erogatori privati convenzionati*), che ha disciplinato per l'appunto le modifiche ai rispettivi artt. 8 *quater* e *quinques*, nell'ottica di mettere ordine allo stato di confusione cui si faceva (e ancora si fa!) riferimento nell'attribuire un valore economico all'accreditamento.

A leggere bene il disposto, muta molto e in meglio la disciplina, sia a garanzia della qualità di prestazioni essenziali erogate all'utenza che di velocizzazione degli ammortamenti degli investimenti tecnologici degli imprenditori impegnati, che si vedrebbero facenti parte di una categoria forse numericamente più ristretta ma più tutelata in termini di raccolta della domanda.

L'accreditamento avrebbe già dovuto essere concesso in relazione alla qualità e ai volumi da erogarsi per il soddisfacimento del fabbisogno e, quanto al rinnovo e alla sua estensione, sulla base dei risultati dell'attività svolta, da doversi quindi misurare annualmente anche in termini di qualità.

I contratti sarebbero da stipularsi, da oltre due anni, con le aziende sulla base della programmazione sanitaria regionale, che quindi andrebbe fatta bene al fine di determinare il ricorso alla erogazione privata per tipologia di prestazione. Un valore non facile da ottenersi se non sulla base di attente verifiche periodiche e minuziosi monitoraggi dell'accaduto assistenziale. Dunque, con la nuova disciplina viene insediata una salutare procedura agonistica per selezionare il soggetto da contrattualizzare.

Il tutto inteso a razionalizzare l'offerta del diritto alla salute e renderla più competitiva nella sua composizione complessiva, distinta tra quella erogata dal pubblico e quella assicurata dal privato accreditato/contrattualizzato.

Il tema dell'accreditamento/contratto ne pone in essere un altro, importantissimo: il budget e il suo indiscusso rispetto. La sentenza della Sezione regionale di controllo per

il Lazio n. 148/2023 ha infatti messo in luce, in sede di parificazione del rendiconto consolidato della Regione, quanto sia consapevolmente eluso nell'intero Paese il criterio del *budget* degli erogatori privati. Una scoperta grave dell'attento Giudice dei conti che ha fatto emergere nel consolidato della sanità regionale laziale artifici contabili per circa un miliardo di euro, dei quali la maggior parte tendenti per fare passare per crediti centinaia di milioni di indebiti da ricevere in restituzione, poi destinati ad andare a finire "per vecchiaia" in diminuzione del patrimonio netto, ma senza passare dal conto economico a titolo di insussistenza dell'attivo/sopravvenienza passiva. Perché in quanto tale, sarebbe stata generativa di un ingente perdita di esercizio. Un episodio, questo, che ha interessato e interessa la Procura della Repubblica capitolina che ha imputato ai responsabili delle Asl il falso in bilancio, così come avrà di certo interessato quella generale della Corte dei conti laziale nell'adoperarsi nei confronti delle aziende sanitarie a tutela dell'ingente danno erariale provocato serialmente dai manager del tempo.

Ed è proprio il tema dell'extrabudget, corrisposto indebitamente per anni dalla quasi totalità delle aziende sanitarie con il bene tacito delle rispettive Regioni, a suggerire una ipotesi utile a rimediare alle liste di attesa, quanto soprattutto a quelle di diagnostica chimico-clinica e per immagini nonché alle cure strumentali dedicate, nell'indispensabilità, ai pazienti oncologici ma anche di interventi di routine in regime di ricovero, anche diurno. Ebbene, l'idea sarebbe quella di destinare, quanto sino ad oggi pagato indebitamente a titolo di *extrabudget* agli erogatori - e dunque appostato, non proprio secondo i canoni della tecnica della contabilità pubblica, nei bilanci di aziende sanitarie e Regioni - a retribuzione premiale in favore di chi di loro contribuisce a diminuire concretamente i tempi di attesa dell'utenza, secondo le scansioni temporali e i risultati fissati da Governo e Regioni, sottoposte alla vigilanza dell'istituto Organismo di verifica e controllo sull'assistenza sanitaria, di cui all'art. 2 del decreto legge del 4 giugno scorso.