

CGIL



Audizione presso il Senato della Repubblica

Commissione Affari sociali, sanità, lavoro pubblico e privato, previdenza sociale

Esame del disegno di legge n. 1161 (DL 73/2024 – liste di attesa)

Il Decreto oggetto dell'audizione interviene, con carattere d'urgenza, sui tempi delle liste d'attesa delle prestazioni sanitarie, un problema noto fin dalla fine della pandemia da covid-19.

Di norma, la decretazione d'urgenza è finalizzata a emanare disposizioni soltanto "*in casi straordinari di necessità ed urgenza*" (art. 77, comma 2, Cost.), ma nulla di quanto previsto nel presente testo pare giustificare l'uso, visto che si tratta per lo più di misure di **monitoraggio** (art 1), **vigilanza e controllo** (art 2), o di misure **già previste** (art. 3) o **non vietate** e in parte **già utilizzate** (art. 4) nel nostro ordinamento, o di carattere **programmatorio** (c. 6). Si tratta di misure per altro spesso **prive di copertura economica e ricche di rinvii a futuri decreti** ministeriali, da cui si conferma l'assenza dei criteri di necessità e urgenza che giustificano l'uso del decreto-legge. Pare difficile escludere che il provvedimento sia stato approvato dal CdM del 4 giugno 2024 per puro scopo di propaganda elettorale in vista dell'appuntamento elettorale dell'8-9 giugno 2024 anche se **la promessa abrogazione delle previsioni vigenti in materia di tetto di spesa non è presente** nel testo.

Entrando nel merito il giudizio si aggrava.

Le azioni di monitoraggio, previste nel **primo articolo**, se supportate da una buona progettazione, sono sempre utili alla lettura dei diversi fenomeni. Non si comprende però come la piattaforma istituita possa permettere di realizzare tutti gli obiettivi elencati.

Il decreto prevede che entro 60 giorni si adottino linee guida per la definizione dei criteri di realizzazione, funzionamento e interoperabilità. Solo successivamente sarà possibile esprimere puntuali valutazioni.

Non essendo previste risorse aggiuntive, gli obiettivi indicati alle lettere e) *“produttività con tasso di saturazione delle risorse umane e tecnologiche”* e f) *“attuazione del regolamento di cui al decreto del Ministro della salute 23 maggio 2022, n. 77”*, paiono non realizzabili.

Le funzioni di verifica e controllo, previste dall'**articolo 2**, ad oggi sono già attribuite al SIVeAs, e l'unico elemento di novità sembra essere dato dalla costituzione di un ufficio dirigenziale di livello generale composto da quattro uffici con funzioni di polizia amministrativa e di polizia giudiziaria. Vista la recente riorganizzazione del Ministero in termini espansivi, non si ritiene responsabile e necessaria una spesa per altri 3,6 milioni di euro per la creazione di una struttura ridondante. Appare grave che tale organismo, alle dirette dipendenze del ministero e con il supporto del Comando dei Carabinieri, verificate disfunzioni emergenti a seguito del controllo delle agende di prenotazione su segnalazione del cittadino, degli enti locali e delle associazioni degli utenti possa anche revocare o non rinnovare l'incarico ai responsabili regionali o aziendali; si prefigura la possibile lesione del principio di leale collaborazione tra Stato, Regioni e Province autonome. Più utile sarebbe stato prevedere strumenti per il rafforzamento della partecipazione tra i diversi soggetti istituzionali; mancano inoltre indicazioni sulle responsabilità e sanzioni dei soggetti privati per eventuali inadempienze.

All'**articolo 3**, la disposizione non contiene elementi innovativi, dal momento che il CUP regionale o infraregionale dovrebbe già essere stato istituito (PNGLA 2019-21 - intesa Feb. 2019). Come non si ravvisano elementi di novità né sulle sanzioni da applicare all'assistito in caso di mancato preavviso (procedura in vigore da anni in diverse regioni), né per il divieto di sospendere o chiudere le cosiddette *“agende di prenotazione”* (divieto già previsto dall'articolo 1, comma 282 della legge 23 dicembre 2005, n. 266).

Quanto al percorso alternativo per il rispetto dei tempi previsti dalle classi di priorità, il provvedimento ignora che il d.lgs. 124/1998 prevedeva già il diritto ad ottenere la prestazione anche se pagando ed essere successivamente rimborsati - normativa senza ricadute apprezzabili. È plausibile ritenere che fallirà anche questa nuova disposizione che comunque impatterà negativamente sulle organizzazioni delle strutture pubbliche, sulle risorse e di conseguenza avrà un ritorno negativo per l'utenza.

Appare infine del tutto inutile la logica sanzionatoria del c.9.

L'**articolo 4** reca disposizione già presente sul vigente PRGLA e comunque **non vietata**: non se ne ravvede l'urgenza. In una situazione in cui il SSN soffre di una grande carenza di personale, non si comprende come si potranno effettuare le visite diagnostiche e

specialistiche il sabato e domenica senza aumentare i carichi di lavoro già oggi inaccettabili, e senza violare le norme in materia di limiti dell'orario di lavoro e riposi obbligatori.

Non sono previste risorse aggiuntive ma, per il solo 2024, è ribadita la possibilità per le Regioni e le province autonome di utilizzare una quota non superiore allo 0,4% del livello di finanziamento indistinto del FSN.

Si preservano, con l'**articolo 5**, gli effetti del **Decreto Calabria** fino alla piena operatività della nuova metodologia di calcolo del fabbisogno, salvaguardando così la retribuzione accessoria del personale. Per la definizione del fabbisogno di personale è prevista una **nuova metodologia** annunciata da molto tempo e rinviata al 2025 (c.2) – violando ancora il criterio di urgenza. **La promessa e declamata abrogazione delle previsioni vigenti in materia di limiti di spesa non è presente nel decreto-legge.**

Le disposizioni previste determineranno ulteriore disparità sulle dotazioni organiche tra le Regioni che hanno disponibilità finanziaria e le Regioni in sofferenza finanziaria, e dunque ulteriori disegualianze nell'accesso alle cure.

All'**articolo 6** risulta difficile commentare il rinvio a futuro decreto di una misura indicata come novità, ma già esistente. Dal 2023 ci sono tavoli di confronto istituzionali nazionali e regionali, e molti assessorati regionali sono già impegnati nei progetti per la realizzazione degli interventi previsti. Non solo non si ravvisa il criterio di urgenza, ma diventa impossibile comprendere l'impegno di risorse la cui destinazione è già nota, con bandi di gara già avviati. Il contenuto di questo articolo sembra indicare la completa assenza di dialogo tra il Ministero della salute e le sette Regioni del meridione.

La norma, all'**articolo 7**, prevede una parziale **defiscalizzazione con finalità d'incentivo**. Il ricorso alle prestazioni aggiuntive, sebbene sia una modalità temporanea prevista dai CCNL per l'abbattimento delle liste di attesa, non deve aumentare oltre i limiti delle strette necessità, distraendo risorse per l'obiettivo delle assunzioni di nuovo personale dipendente. Si tratta di un articolo "scorciatoia". **La vera soluzione non è quella di far lavorare di più chi è già in servizio, ma quella di aumentare in modo congruo gli organici**, sia per il servizio pubblico che per i soggetti privati che lavorano per il pubblico.

Urge poi una riflessione più complessiva sullo strumento, sempre più usato (e abusato), delle agevolazioni fiscali e contributive.

Non trovando copertura su quanto si sarebbe risparmiato dalla retribuzione accessoria dei medici, come previsto dalla prima bozza del D-L, le detrazioni sono finanziate tramite fondi del Ministero della Salute, del Ministero dell'Economia, riducendo di 25 milioni il fondo per i danneggiati da trasfusioni e vaccinazioni e riducendo le risorse per il perseguimento degli obiettivi sanitari di carattere prioritario e di rilievo nazionale. Conseguentemente il livello del finanziamento del fabbisogno sanitario nazionale standard cui concorre lo Stato è ridotto.

Roma 18 giugno 2024