



# Newsletter Aris

n° 632 - 18.07.2024

## Verso la conversione in legge del DL Liste d'attesa

Si conclude oggi, giovedì 18 luglio, in Commissione Affari Sociali del Senato, l'esame degli emendamenti presentati dal Relatore al **DL Liste d'attesa**. Come c'era da aspettarsi è stato tra l'altro approvato un nuovo testo per l'art. 2, relativo all'Organismo di verifica e controllo sull'assistenza sanitaria. Il nuovo testo dell'articolo prevede l'istituzione di un meccanismo di verifica e controllo su due livelli: il primo nazionale affidato al Min Sal, e il secondo Regionale affidato al RUAS, Responsabile unico regionale dell'assistenza sanitaria.

L'Organismo di verifica e controllo dell'assistenza sanitaria del Min Sal dovrebbe avere 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 IRCCS (anche se trasformati in fondazioni), per verificare e analizzare - avvalendosi anche del supporto del Comando Carabinieri per la tutela della salute - le disfunzioni emergenti a seguito del controllo delle agende di prenotazione. Le eventuali criticità sarebbero segnalate direttamente al RUAS. (Commi 1 e 2)

Il RUAS, che ogni Regione dovrà individuare tramite l'Unità centrale di gestione dell'assistenza sanitaria e dei tempi e delle liste di attesa. Si tratterebbe di una commissione di esperti presieduta dall'Assessore alla Salute, che dovrebbe vigilare sul rispetto dei piani di abbattimento delle liste d'attesa e del rispetto delle tempistiche per l'erogazione delle prestazioni. Nel dettaglio, i compiti del RUAS dovrebbero essere:

- Verifica dei volumi, dei tempi di attesa e di ogni altro dato necessario al monitoraggio e segnalare le strutture che non rispettano i termini per l'abbattimento delle liste d'attesa in tema di regolazione contrattuale degli erogatori;
- Ogni tre mesi, dovrebbe redigere e inviare all'Organismo del Min Sal un rapporto di monitoraggio delle prestazioni critiche e delle liste d'attesa in ambito aziendale, segnalando le eventuali criticità e indicando le azioni correttive eventualmente poste in essere;
- Procedere alla definizione di interventi formativi che garantiscano che l'accoglienza dei pazienti e la comunicazione sulla permanenza nelle liste d'attesa siano gestite con competenze adeguate da parte degli operatori incaricati. (Comma 5)

Nel caso di inadempienza da parte delle Regioni o di mancata individuazione del RUAS nei tempi previsti, il Ministero potrebbe attuare poteri di verifica sulle strutture sia pubbliche che private (Comma 6).

Sono poi stati approvati diversi altri emendamenti. D'interesse segnaliamo ulteriori misure in caso di superamento dei tempi massimi di attesa. Ai fini dell'attuazione delle disposizioni del comma 10 dell'articolato, anche allo scopo di esplicitare le modalità applicative degli interventi e nel limite di spesa delle risorse dell'incremento del DL 95 previsto nella scorsa Legge di Bilancio e del c.d. 0,4%, le misure da adottare in caso di superamento dei tempi massimi stabiliti, senza oneri aggiuntivi a carico degli assistiti, se non quelli dovuti come eventuale quota per la compartecipazione alla spesa sanitaria, possono consistere in:

- ridefinizione quali-quantitativa dei volumi di attività e della tipologia delle prestazioni delle strutture pubbliche e private accreditate mediante rivisitazione dell'accordo contrattuale (articolo 8 quinquies D.Lgs 502/1992);
- riprogrammazione delle ore di medicina specialistica ambulatoriale interna;
- richiesta di prestazioni, in via eccezionale e temporanea, ad integrazione dell'attività istituzionale, dalle aziende ai propri dirigenti allo scopo di ridurre le liste di attesa o di acquisire prestazioni aggiuntive, soprattutto in presenza di carenza di organico e impossibilità anche momentanea di coprire i relativi posti con personale in possesso dei requisiti di legge, in accordo con le équipes interessate;
- incremento delle ore a specialisti ambulatoriali interni già in servizio o attivando nuove ore di specialistica ambulatoriale interna con stipula di rapporti convenzionali finalizzati alla riduzione dei tempi di attesa;  
Rispetto alla formulazione originaria, è stato aggiunto il riferimento al limite di spesa e sono stati soppressi:
- applicazione della norma per cui in caso di mancato rispetto dei tempi di attesa, l'assistito può chiedere che la prestazione venga resa nell'ambito dell'attività libero-professionale intramuraria, ponendo a carico dell'azienda unità sanitaria locale di appartenenza e dell'azienda unità sanitaria locale nel cui ambito è richiesta la prestazione, in misura eguale, la differenza tra la somma versata a titolo di partecipazione al costo della prestazione e l'effettivo costo di quest'ultima, sulla scorta delle tariffe vigenti. Nel caso l'assistito sia esente dalla predetta partecipazione l'azienda unità sanitaria locale di appartenenza e l'azienda unità sanitaria locale nei cui ambito è richiesta la prestazione corrispondono, in misura eguale, l'intero costo della prestazione;
- acquisto di prestazioni da operatori accreditati esterni per le branche di riferimento, in extra budget rispetto agli accordi contrattuali vigenti.

Altro emendamento approvato che suscita interesse è quello relativo al CUP unico. Sono state definite le modalità di accesso alle prestazioni tramite CUP al quale è previsto – all'art.3 del provvedimento - che afferiscano gli erogatori pubblici e privati:

- Programmazione diretta degli accessi alle prestazioni coerenti con il piano personalizzato di assistenza per la presa in carico della cronicità e della fragilità da malattie croniche e degenerative e malattie rare;
  - Prenotazione CUP per sintomi, segni ed eventi di tipo acuto che richiedono approfondimento diagnostico o terapeutico;
  - Accesso diretto per la malattia mentale e da dipendenza patologiche e per le prestazioni di assistenza consultoriale;
  - Accesso a chiamata all'interno di progetti di screening su popolazione target.
- **Sostituzione della rubrica articolo su adeguamento CUP:** si sostituisce la rubrica dell'art. 3 con “Disposizioni per l'adeguamento del sistema di prenotazione delle prestazioni sanitarie” – *in luogo di “Disposizione per l'implementazione del sistema di prenotazione delle prestazioni sanitarie”*.
  - **Trasparenza delle agende:** gli erogatori pubblici e gli erogatori privati accreditati ospedalieri e ambulatoriali devono garantire la piena trasparenza delle agende in ordine alle prenotazioni effettuate e ai relativi posti a disposizione per le singole prestazioni sanitarie. Tale adempimento costituisce elemento contrattuale qualificante.
  - **Punteggi aggiuntivi concorsi per personale CUP:** Prevede che, nelle procedure concorsuali per l'assunzione di personale presso le amministrazioni coinvolte nel potenziamento dell'operatività del CUP, le Regioni possano riconoscere un punteggio aggiuntivo al personale che ha prestato servizio per le attività del servizio nazionale di risposta telefonica per la sorveglianza sanitaria (art. 20 DL 137/2020).

Quanto all'erogazione delle prestazioni per esami diagnostici nel weekend: si prevede che, al fine di garantire il rispetto della tempistica di erogazione delle prestazioni sanitarie, anche evitando le degenze prolungate dovute alla mancanza di disponibilità per gli esami diagnostici nel limite massimo delle risorse disponibili di cui al comma 3 (ovvero quelle stanziare dal comma 232 della Legge di Bilancio 2024), le visite diagnostiche e specialistiche sono effettuate anche nei giorni di sabato e domenica e la fascia oraria per l'erogazione di tali prestazioni può essere prolungata

Ritoccate anche le disposizioni riguardo alla Defiscalizzazione personale- E' previsto infatti uno spostamento delle coperture economiche previste per il finanziamento della detassazione delle prestazioni aggiuntive:

- per € 5 milioni (*anziché i € 12 milioni attualmente previsti*) si fa fronte attraverso i residui passivi perenti eliminati dal Ministero della Salute (art. 34-ter, comma 5 della L. 196/2009),
- per € 32 milioni (*anziché i € 25 milioni attualmente previsti*) si fa fronte con una riduzione del fondo per le transazioni da stipulare con soggetti talassemici, affetti da altre emoglobinopatie o da anemie ereditarie, emofilici ed emotrasfusi occasionali danneggiati da trasfusione con sangue infetto o da somministrazione di emoderivati infetti e con soggetti danneggiati da vaccinazioni obbligatorie che hanno instaurato azioni di risarcimento (art. 2, comma 361, della L. 244/2007)

Infine a proposito delle misure volte al potenziamento dell'offerta assistenziale, si aggiunge il riferimento ai professori e ricercatori universitari inseriti in assistenza presso le aziende sanitarie e ospedaliere rispetto all'equilibrio da garantire tra attività istituzionale e attività libero-professionale. In particolare, si prevede che in ogni azienda sanitaria e ospedaliera, deve essere assicurato in ogni caso il corretto ed equilibrato rapporto tra attività istituzionale e corrispondente attività libero-professionale, con il divieto che l'attività libero-professionale possa comportare un volume di prestazione superiore a quello assicurato per i compiti istituzionali non solo per ciascun dipendente, ma anche per ciascun professore e ricercatore universitario.

Concluso il lavoro della Commissione si deve attendere l'esito della votazione finale prevista entro oggi, giovedì 18 luglio. Il termine per la conversione in legge del provvedimento è fissato al 6 agosto.

**Cordiali saluti**  
**Ufficio Comunicazione**

