



Newsletter Aris

n° 627 - 05.07.2024

DL Liste d'Attesa: all'esame in Senato interessanti emendamenti

Prosegue al Senato l'esame della Commissione Affari Sociali degli emendamenti al DL Liste d'attesa. Diversi emendamenti riguardano i rapporti con le istituzioni private convenzionate. Ricordiamo che il DL prevede il ricorso al privato accreditato da parte delle aziende "pubbliche", oltre alle prestazioni aggiuntive e all'intramoenia (art.3, co.10). Relatore è stato designato Zullo, parlamentare di maggioranza. Tra l'altro Zullo ha proposto personalmente di modificare la contrattualizzazione con la ridefinizione quali-quantitativa dei volumi di attività e della tipologia delle prestazioni, e l'acquisto di prestazioni da privato accreditato extra budget.

Altri parlamentari della maggioranza hanno proposto di:

- Mantenere i sistemi di prenotazione degli erogatori rendendoli interoperabili con il CUP regionale ;
- Escludere il ricorso all'incremento del DL 95 per finalità diverse dall'acquisto di prestazioni da privato accreditato;
- Estendere la defiscalizzazione delle prestazioni aggiuntive al personale delle strutture private accreditate;
- Permettere alle aziende di stipulare contratti aggiuntivi con le strutture private accreditate ;
- Creazione di un nuovo sistema di regolazione contrattuale e modifiche all'attuale procedura di accreditamento.

Ricordiamo che eventuali proposte approvate entreranno in vigore con la pubblicazione della Legge di conversione, che dovrà avvenire entro il 6 agosto.

Per opportuna conoscenza proponiamo di seguito un'analisi degli emendamenti proposti di maggior interesse per noi.

CUP

Iniziamo dalla normativa che riguarda il CUP, questione che ha sollevato più di una perplessità nei diversi ambiti. Il relatore Zullo ha inteso specificare le modalità di accesso alle prestazioni tramite CUP al quale è previsto 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.

Sullo stesso argomento però sono entrati più nel dettaglio altri emendamenti proposti all'esame della Commissione. Ne diamo cenno:

- **Interoperabilità del CUP:** si intendono mantenere i sistemi di prenotazione degli erogatori pubblici e privati accreditati rendendoli interoperabili con il CUP.
- **Sistemi di prenotazione IRCCS:** si intende far mantenere ad Aziende Ospedaliere Universitarie, Policlinici Universitari e IRCCS i propri centri di prenotazione, a condizione che siano interconnessi con il CUP regionale.

- **Agende dedicate per malattie rare:** Si prevede che, come per le patologie cronico-degenerative e oncologiche, debba essere definito e garantito l'accesso alle prestazioni presenti nei percorsi diagnostico-terapeutico-assistenziali (PDTA), attraverso agende dedicate, anche per le malattie rare.
- **Soppressione "tariffa nazionale":** Si prevede che ove i tempi definiti non possano essere rispettati, le DG garantiscano l'erogazione delle prestazioni attraverso l'utilizzo dell'attività libero-professionale intramuraria, delle prestazioni aggiuntive, o del sistema privato accreditato, sulla base del pagamento del ticket, ove previsto, anziché *sulla base della tariffa nazionale*.
- **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.

Accreditamento

Sulle nuove norme per l'accREDITAMENTO è stata proposta l'adozione di un nuovo sistema contrattuale con Decreto MinSal da emanare entro 60 giorni dall'entrata in vigore della legge di conversione del provvedimento. Le finalità del nuovo sistema dovranno essere:

- L'obbligo per gli erogatori pubblici e privati a contratto di normalizzare i tempi d'attesa e assicurare le prestazioni specialistiche di supporto clinico diagnostico e di seconda opinione necessarie per gli MMG per la presa in carico degli assistiti che non richiedono ospedalizzazione;
- L'adesione di tutti gli erogatori pubblici e privati a contratto alla Rete di medicina territoriale e al sistema E-U pre-ospedaliero e ospedaliero proporzionalmente al budget;
- La verifica e il controllo dei nuovi obblighi in applicazione di un modello di riferimento che dovrà essere adottato da Agenas;
- La possibilità per le Regioni di autorizzare al 30 settembre gli erogatori che hanno raggiunto gli obiettivi negoziali a un aumento della spesa fino al 20 per cento da calcolare sulla base della spesa storica degli ultimi cinque anni.
- La definizione delle risorse per l'anno successivo in base al requisito dei nuovi obblighi che

Ospedalità

Riferendosi all'attività ospedaliera e in relazione alle Risorse del DL 95, è **stato proposto** che per l'erogazione delle prestazioni in attività libero-professionale intramuraria, delle prestazioni aggiuntive, o del ricorso al privato accreditato, si escluda il ricorso alle risorse previste dal comma 233 della Legge di Bilancio 2024, ovvero all'incremento del DL 95 per finalità diverse dall'acquisto di prestazioni da privato accreditato. Si è chiesto di sopprimere inoltre il termine "nazionale" con riferimento alla tariffa vigente per le suddette prestazioni. Allo stesso modo, si è chiesto di escludere le risorse stanziare per l'incremento del DL 95 (comma 233 della Legge di Bilancio 2024) da quelle oggetto di monitoraggio nel loro utilizzo e accantonamento per l'attuazione di misure di recupero delle liste di attesa attraverso specifici piani operativi regionali. Si è anche chiesto che le risorse del comma 232 non possano essere utilizzate per finalità diverse o impegnate dalla Regione entro l'entrata in vigore della legge di conversione, e siano eventualmente accantonate nei bilanci regionali. Sono state poi proposte **Ulteriori misure in caso di superamento dei tempi massimi di attesa:**

- 1) Ai fini dell'attuazione delle disposizioni del comma 10 dell'articolato, 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;
 - 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;

- 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;
 - acquisto di prestazioni da operatori accreditati esterni per le branche di riferimento, in extra budget rispetto agli accordi contrattuali vigenti.
- 2) **Contratti aggiuntivi con strutture accreditate:** Le aziende sanitarie locali, nei limiti delle risorse disponibili nell'ambito dei rispettivi bilanci per le finalità di riduzione delle liste d'attesa, possono stipulare con le strutture sanitarie accreditate contratti aggiuntivi rispetto a quelli già in essere.
- 3) **Contratti ASP con strutture accreditate:** le Aziende pubbliche di servizi alla persona (ASP), possono stipulare contratti aggiuntivi a quelli già stipulati per gli esami diagnostici, le visite diagnostiche e specialistiche con le strutture sanitarie accreditate avvalendosi delle risorse disponibili iscritte nei propri bilanci.
- 4) **Valutazione numero utenti per accordi contrattuali di accreditamento:** Si prevede che, ai fini della definizione degli accordi contrattuali di cui all'articolo 8-quinquies del [D.Lgs 502/1992](#), le regioni individuano criteri per assicurare la ripartizione delle risorse disponibili tra le aziende sanitarie locali in misura direttamente proporzionale al numero degli utenti del servizio sanitario nazionale iscritti, presso ciascuna azienda sanitaria locale, negli elenchi di cui all'articolo 19, terzo comma, della legge 23 dicembre 1978, n. 833. **(3.0.3 Ternullo – FI)**
- 5) **Modifiche ai criteri di accreditamento per le strutture sanitarie:** nell'individuazione dei soggetti privati ai fini della stipula degli accordi contrattuali, viene meno la necessità di previa pubblicazione da parte delle regioni di un avviso contenente criteri oggettivi di selezione.
- 6) **Erogazione visite in strutture private con rimborso dei fondi sanitari integrativi:** si prevede che, al fine di garantire il rispetto della tempistica di erogazione delle prestazioni sanitarie, su richiesta del paziente, le visite diagnostiche e specialistiche possono essere effettuate anche nelle strutture sanitarie private, anche ove la spesa della prestazione possa essere rimborsata dal Fondo sanitario integrativo e/o Ente, Cassa, società di Mutuo soccorso a cui è iscritto riducendo la pressione sulle liste di attesa.

A corollario sono di queste proposte emendative sono stati chiesti anche "Poteri sanzionatori dell'Agcom". Una volta accertata l'inosservanza delle comunicazioni informative rivolte al paziente l'Agcom stabilisce a carico del soggetto interessato o committente, del proprietario del mezzo o del sito di diffusione o di destinazione e degli organizzatori di manifestazioni, eventi o attività, l'applicazione di una sanzione amministrativa pecuniaria di importo pari al 20% del valore della campagna promozionale o della sponsorizzazione e, in ogni caso, non inferiore per ogni violazione, a €10.000. La contestazione e l'irrogazione della sanzione rimane di competenza dell'Agcom.

Numerose richieste emendative in materia di Defiscalizzazione:

- **Defiscalizzazione indennità di specificità medica:** prevede che l'indennità di specificità medica, a partire dal 2025, sia sottoposta ad una tassazione pari al 15% - in linea con quella prevista per le prestazioni aggiuntive del comparto Sanità. Agli oneri, quantificati in € 253.5 milioni, si provvede a valere sul FSN come rifinanziato dal Bilancio di previsione dello Stato per l'anno finanziario 2025 e bilancio pluriennale per il triennio 2025-2027.
- **Modifica coperture finanziarie defiscalizzazione:** prevede 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](#))

- **Defiscalizzazione personale strutture private accreditate:** prevede che la flat tax del 15% applicata alle prestazioni aggiuntive, prevista dall'art. 7 del DL, sia applicata anche alle equivalenti prestazioni erogate dal personale sanitario che opera nelle strutture private accreditate. Le prestazioni sono sia quelle prestate in intramoenia per il recupero delle liste d'attesa (art. 89, comma 2 del [CCNL Sanità](#)) sia per il raggiungimento degli obiettivi e programmi di lavoro concordati (art. 27, comma 8 del [CCNL Sanità](#)), nonché quelle ai sensi dell'art. 7, comma 1, lettera d) del [CCNL Comparto Sanità 2019-2021](#).

Non da ultimo l'interesse per il personale sanitario concentratosi sull'attività libero professionale dei medici per i quali si vuole consentire l'esercizio dell'attività libero professionale all'interno delle strutture private convenzionate con il SSN. Il volume delle prestazioni non può essere superiore al 50% di quelle svolte presso la struttura pubblica di cui il personale è dipendente. Ricordando poi che le aziende e gli enti del SSN possono affidare a terzi i servizi medici ed infermieristici, si prevede di sopprimere il limite temporale di 12 mesi per l'affidamento di questi servizi anche nei casi di proroga di contratti già in corso di esecuzione, ad operatori economici che si avvalgono di personale medico ed infermieristico in possesso dei requisiti di professionalità contemplati dalle disposizioni vigenti per l'accesso a posizioni equivalenti all'interno degli enti del Servizio sanitario nazionale e che dimostrano il rispetto delle disposizioni in materia d'orario di lavoro. E si prevede anche che in caso di grave carenza di organico, possano affidare a terzi i servizi medici afferenti alla specialità di anestesia e rianimazione – invece che infermieristici – per un ulteriore anno anziché in un'unica occasione e senza possibilità di proroga.

Infine tutti gli emendamenti presentati a proposito della norma che prevede l'istituzione e le funzioni dell'**Organo di verifica e controllo sull'assistenza sanitaria**, sembrano orientati a chiedere di sopprimerne l'istituzione. Ricordiamo che a questo Organo il DL attribuisce il compito di svolgere verifiche presso le aziende sanitarie e ospedaliere e le strutture private accreditate sul rispetto dei criteri di efficienza e di appropriatezza nella erogazione dei servizi e delle prestazioni sanitarie e sul corretto funzionamento del sistema di gestione delle liste di attesa e dei piani operativi per il recupero delle stesse.

Alla conclusione dell'esame della Commissione del Senato si conosceranno quali emendamenti di quelli su definiti entreranno a far parte del DL e quali invece saranno rigettati. Vi terremo comunque informati

Cordiali saluti
Ufficio Comunicazione



- Servizi di pulizia e sanificazione
- Vendita attrezzature per pulizie
- Vendita prodotti per pulizia e igiene personale
- Vendita prodotti monouso in carta, plastica e materiali ecosostenibili
- Vendita DPI e prodotti medicali

