

## Osservazioni FIASO sul DISEGNO DI LEGGE ‘Misure di garanzia per l’erogazione delle prestazioni sanitarie e altre disposizioni in materia sanitaria’ (DDL n. 1241 – Senato - del 23 SETTEMBRE 2024)

Il tempo di attesa per le prestazioni sanitarie è certamente uno dei determinanti principali della qualità percepita dagli utenti del Servizio Sanitario Nazionale.

Attualmente, si stenta a recuperare la capacità produttiva del periodo pre-pandemico, con l’inevitabile conseguenza di un incremento del numero di cittadini inseriti nelle liste d’attesa ed una oggettiva difficoltà delle aziende sanitarie a garantirne lo smaltimento, nonostante i numerosi interventi messi in atto, con significativo assorbimento di risorse.

Le soluzioni sin qui adottate infatti, sono state generalmente orientate ad aumentare il volume delle prestazioni offerte, attraverso un impegno orario aggiuntivo del personale sanitario, in ragione della ormai cronica carenza di professionisti.

Oggi, dopo quattro anni, sembrano sempre più attuali le parole del Santo Padre in occasione dell’omelia della Pentecoste del 2020: “peggio di questa crisi, c’è solo il dramma di sprecarla”.

Dal nostro punto di vista, è infatti indispensabile introdurre significativi correttivi al sistema, ripartendo dalla centralità del paziente e iniziando a disegnare i presupposti organizzativi per tendere all’implementazione di un modello assistenziale basato sul valore della cura, recuperando il ruolo professionale dei sanitari nelle nostre organizzazioni e superando il modello orario nella gestione dei dipendenti.

Il Servizio Sanitario Nazionale è un pilastro della nostra democrazia, un patrimonio costruito giorno per giorno in quasi mezzo secolo, da migliaia di operatori. Oggi è indispensabile rinnovare il patto fondativo di solidarietà, adoperandosi per vincere la diffidenza che affligge il rapporto tra cittadini e professionisti investendo di più nella comunicazione istituzionale e utilizzando meglio i nuovi media, diventati di uso comune, anche per **incrementare la trasparenza e la fruibilità del sistema**.

In quest’ottica, avevamo proposto di integrare il documento per la definizione dei contenuti informativi delle sezioni dedicate ai tempi e alle liste di attesa dei siti web, approvato il 25 gennaio 2024 dalla Conferenza Stato-Regioni, mettendo a regime quanto già previsto al comma 20i del capitolo 2 dell’allegato A al PNGLA 2019-2021, cioè la possibilità di consultare in tempo reale l’attesa relativa a prestazioni sanitarie erogate in ciascuna Classe di priorità attraverso lo sviluppo di un **sistema di monitoraggio unico nazionale** dinamico e “real-time”.

La piattaforma nazionale delle liste di attesa, prevista dall’articolo 1 del decreto legge - ‘**Misure urgenti per la riduzione dei tempi delle liste di attesa delle prestazioni sanitarie**’ (G.U. del 7 giugno 2024, in vigore dall’8 giugno), risponde a quanto avevamo chiesto e consentirà tra l’altro di rendere evidente lo straordinario impegno quotidiano del servizio sanitario nazionale che **attualmente è già in grado di assicurare più di un milione di prestazioni specialistiche al giorno ai nostri cittadini** (dati AGENAS riferiti al 2023).

È necessario, tuttavia, essere consapevoli che in sanità, per caratteristica specifica del settore, nonostante si aumenti l’offerta, questa viene immediatamente saturata dalla domanda, peraltro in misura tendenzialmente illimitata.

Il decreto, **accogliendo le proposte formulate da FIASO**, prescrive che la piattaforma nazionale, oltre alla misurazione delle prestazioni in lista di attesa, deve consentire di valutare la produttività e il tasso di saturazione delle risorse umane e tecnologiche, nonché l'appropriatezza nell'accesso alle prestazioni.

Ritenevamo pertanto necessario integrare il provvedimento, così come avevamo suggerito, in modo da rendere **obbligatori** sia **la compilazione del codice ICD9 CM**, per la codifica del quesito diagnostico nella prescrizione delle prestazioni ambulatoriali, che il **codice RAO**, almeno in tutte le prescrizioni delle prestazioni critiche (69 prestazioni ambulatoriali monitorate dal Piano nazionale di governo delle liste di attesa 2019-2021).

Mettendo in atto questi semplici interventi, senza alcun onere aggiuntivo per la finanza pubblica, sarebbe possibile verificare con facilità l'appropriatezza della prescrizione attraverso l'analisi automatica della coerenza tra i diversi codici inseriti e laddove i criteri RAO non fossero soddisfatti, potrebbe essere inibito l'accesso alla prenotazione.

Inoltre, la codifica ICD9 CM della diagnosi, consentirebbe l'analisi del flusso delle prescrizioni, per le prestazioni ambulatoriali ed anche per i farmaci, ottenendo informazioni utili sulla base delle quali le aziende sanitarie potrebbero garantire percorsi di formazione mirata ed efficace a "cluster" di prescrittori per migliorare la performance complessiva del sistema.

Riteniamo che l'articolo 1 del Disegno di Legge in discussione, introducendo la compilazione obbligatoria a cura del prescrittore del codice unico di classificazione internazionale delle malattie e le altre misure previste dai commi 1, 2 e 3, soddisfi le nostre richieste.

Apprezziamo inoltre la specifica raccomandazione di prevedere strumenti di telemedicina per l'integrazione tra specialisti ospedalieri e medici del territorio (art. 1, comma 7) e l'istituzione della cabina di regia di cui all'Articolo 2 (Istituzione e funzionamento del Sistema Nazionale di Governo delle Liste di Attesa).

In relazione a quest'ultima previsione, desideriamo sottolineare che la nostra Federazione, che rappresenta la quasi totalità delle aziende sanitarie pubbliche, potrebbe contribuire in modo significativo al funzionamento della cabina di regia, chiediamo pertanto che la FIASO venga inserita tra i soggetti membri della cabina di regia.

Accogliamo inoltre con favore la previsione normativa dell'Articolo 6 (Disposizioni relative al reclutamento del personale sanitario). Riteniamo tuttavia che per garantire un aumento della produzione da parte del servizio sanitario pubblico, dovremmo intervenire normativamente in modo più incisivo per derogare, in via eccezionale e temporanea, a quanto previsto dall'art.89 (commi 2 e 3) del CCNL della Dirigenza sanitaria (2019-2021).

Le Aziende sanitarie potrebbero in questo modo **acquistare prestazioni effettuate fuori dall'orario di servizio dai propri medici dipendenti** con tariffe concordate come prevede l'attuale decreto, sviluppate sulla base del nomenclatore del SSN dell'assistenza specialistica ambulatoriale, come aggiornato dal Decreto 23 giugno 2023 di determinazione delle tariffe.

I medici dipendenti, il cui salario è inferiore a quello percepito dai colleghi in ambito europeo, avrebbero l'opportunità di integrare la propria attività e il proprio reddito all'interno del loro perimetro

istituzionale lavorativo, laddove la maggior parte dei professionisti non svolge libera professione in maniera significativa.

Si potrebbero inserire tra le prestazioni offerte anche quelle chirurgiche svolte in regime ambulatoriale.

Questa previsione permetterebbe di aumentare la capacità di offerta del SSN, rendendo più attrattivo il servizio, aumentando il benessere organizzativo dei professionisti e stabilendo un monitoraggio puntuale delle attività svolte dai professionisti tra attività istituzionale e attività svolta in regime libero professionale.

Per ciò che concerne l'Articolo 10 (Misure premiali e valutazione degli obiettivi per la riduzione delle liste di attesa), non possiamo non sottolineare che le aziende sanitarie hanno rappresentato un modello di successo per la sostenibilità della sanità pubblica italiana, in grado di coniugare il diritto alla tutela della salute dei cittadini e le esigenze di finanza pubblica, garantendo i migliori outcome per la popolazione in relazione alle risorse investite.

In questo senso il management pubblico sanitario è ancora una volta pronto ad impegnarsi in favore dei cittadini e ad essere valutato sui risultati.

Per poter arruolare le migliori competenze è tuttavia indispensabile intervenire sul trattamento economico delle direzioni aziendali, attualmente regolato in modo anacronistico dal DPCM 319 del 31 maggio 2001, che fissa per i direttori generali un massimale addirittura ancora in Lire, pari a 300 milioni (euro 154.936,00 lordi annui).

Dal 2001 la retribuzione del Direttore generale è rimasta invariata senza aver tenuto conto dell'aumento del carico delle responsabilità, della dimensione aziendale e della sua complessità, del cambiamento nel costo reale della vita e del potere di acquisto.

A parte i rinnovi e gli adeguamenti dei contratti in tutti i settori, per analogia si prenda in considerazione la sottoscrizione dei nuovi contratti della dirigenza del Servizio Sanitario Nazionale intervenuti dal 2001.

Al contrario, la retribuzione tabellare dei dirigenti medici per i bienni economici dal 2002 al 2018 è aumentata del 126% rispetto alla retribuzione del 2001, ovvero è ben che raddoppiata. Se applicassimo questa percentuale al massimale stabilito dal DPCM 2001 la retribuzione del direttore generale avrebbe un massimale aggiornato pari a euro 350.091,00 lordi annui (Fonte: ARAN CCNL Dirigenza Sanitaria - anni 2002-2018).

Oltre a questa considerazione, il mancato aggiornamento del compenso dei Direttori delle Aziende Sanitarie ha comportato che lo stipendio annuo lordo del Responsabile di Dipartimento Medico con istituti quali la copertura previdenziale, ferie, malattie, indennità di fine rapporto spesso risulta superiore al proprio Direttore generale.

Tale situazione viola palesemente alcuni articoli della Costituzione: l'art. 36 ("Il lavoratore ha il diritto ad una retribuzione proporzionata alla quantità e qualità del suo lavoro ..."), l'art. 3 (il principio di uguaglianza comporta che siano trattate identicamente le situazioni identiche, e diversamente le situazioni diverse, e non vi è dubbio che la Direzione generale abbia all'interno dell'Azienda una situazione diversa da tutte le altre), e conseguentemente l'art. 97 relativo al principio del buon andamento della PA.

Questa situazione rischia di vanificare l'impostazione aziendalistica del SSN in cui al Direttore Generale, al vertice del sistema aziendale, viene corrisposto un compenso economico inferiore allo staff dirigenziale con il rischio fondato di delegittimare il proprio ruolo.

Per valutare la congruità della retribuzione economica di un manager della sanità che gestisce Aziende con fatturati medi oltre i 500 milioni di euro basti considerare i parametri dello studio Adami & associati che stabilisce la retribuzione totale annua lorda per un Direttore generale di una grande Azienda in euro 218.239,00.

Occorre pertanto individuare un parametro oggettivo di rivalutazione che attualizzi i compensi dei direttori generali, sanitari e amministrativi come avviene per altre categorie "non contrattualizzate" dello Stato (docenti universitari, dirigenza della carriera prefettizia e polizia, personale diplomatico, magistrati, dirigenti generali dello Stato) per i quali con appositi DPCM sono stati annualmente adeguati dal 2001 in poi i compensi, prevedendo normali automatismi evolutivi.

Si consideri, inoltre, che i Direttori generali sono titolari di un rapporto che non prevede istituti fondamentali (copertura previdenziale, ferie, malattie, indennità di fine rapporto), e quindi gli importi oggi loro riconosciuti sono a tutti gli effetti il lordo, anche della quota-parte di "rischio" insito in ogni rapporto.

Negli ultimi anni i processi in corso hanno provocato una netta inversione di tendenza rispetto al passato:

aumenta costantemente l'impegno richiesto per dirigere Aziende di dimensioni sempre più grandi (per estensione e fatturato) e sempre più ampi e incerti profili di responsabilità di ordine amministrativo, civile e penale. Al contempo, sono diminuite di più di un terzo le posizioni di vertice contendibili;

nonostante l'introduzione dell'albo nazionale ex d.lgs. 171/16, resta incertezza sulla reale individuazione di competenze, qualità e attitudini professionali, tanto al momento dell'entrata quanto poi nell'aggiornamento biennale dell'albo;

regioni a statuto speciale e province autonome, con l'obiettivo evidente di procurarsi i manager migliori, risultano maggiormente concorrenziali rispetto a quelle a statuto ordinario laddove possano prospettare riconoscimenti economici annuali che vanno ben al di là del limite posto dal DPCM n. 319 del 31 maggio 2001, creando di fatto un terreno di sleale concorrenza;

i tentativi, seppur talvolta giustificati, di differenziare le remunerazioni intra-regionali sulla base della complessità dell'Azienda e il massimo del compenso equiparato a Direttore amministrativo e sanitario, hanno ridotto la remunerazione annua di molti manager della sanità al di sotto del limite posto dal DPCM n. 319 del 31 maggio 2001 - bloccato al 2001 in lire - di fatto addivenendo a una situazione nella quale, non solo i direttori sanitari, ma persino alcuni direttori generali percepiscono emolumenti inferiori a quelli di molti dipendenti. In tal senso non si possono tralasciare le enormi difficoltà che si incontrano ad arruolare direttori sanitari e amministrativi, le cui retribuzioni risultano inferiori a quelle di responsabili di Struttura complessa.

Si sottolinea il rischio di delegittimazione della figura del direttore generale, che all'opposto, per poter assumere le decisioni più consone alle nuove sfide all'orizzonte (ad esempio PNRR, DM77, gestione nuovi picchi pandemici, gestione del personale sanitario), necessita più che mai di autorevolezza e

riconoscimento delle competenze: ciò è raggiungibile soltanto attraverso remunerazioni adeguate e sistemi di valutazione appropriati.

Tutti questi fattori, che modificano – innalzandolo - il livello di professionalità richiesta e introducono una forma di concorrenza per funzioni analoghe, fanno considerare nei fatti superato il limite posto da quel decreto, che era stato pensato per un contesto in cui operavano 350 aziende.

In virtù delle nuove responsabilità poste in capo ai direttori generali delle aziende sanitarie dal DDL in esame, riteniamo pertanto equo che la retribuzione minima degli stessi sia in primo luogo quantificata in euro e adeguata al tasso d'inflazione che ne ha significativamente ridotto il potere d'acquisto.

Si propone quindi di emendare il testo del disegno di Legge inserendo all'interno dell'articolo 10 la seguente norma:

*Comma 2 bis*

*Modifiche all'art. 1 del D.P.C.M. 19 luglio 1995 n. 502 come modificato dall'art. 1 D.P.C.M. 31 maggio 2001 n. 319: al comma 5 prima frase secondo alinea le parole "superiore a lire trecentomilioni" sono sostituite con le parole "inferiore a 180.000,00 euro".*

*Comma 2 ter*

*In virtù delle nuove responsabilità poste in capo ai direttori generali delle aziende sanitarie è assegnata facoltà alle Regioni, in deroga a quanto previsto dall'art. 1 comma 1 lettera c) del D.P.C.M. 31 maggio 2001, n. 319, di adeguare la retribuzione ed il trattamento accessorio dei direttori generali di azienda sanitaria, dei policlinici universitari, delle aziende in cui insistono le facoltà di medicina e delle aziende costituite ai sensi del decreto legislativo 21 dicembre 1999, n. 517, degli IRCCS pubblici, delle Aziende di coordinamento e delle Agenzie Sanitarie regionali, sino al massimo compenso previsto per i dirigenti statali.*