

Verbale n. **12**
Seduta del **19 novembre 2024**

Consigliere	Presente	Sostituito da
CONFICONI Nicola	Sì	
LIGUORI Simona	Sì	
Igor TRELEANI		Stefano BALLOCH
SPAGNOLO Maddalena	Sì	
BOLZONELLO Carlo	Sì	
COSOLINI Roberto	Sì	
HONSELL Furio	Sì	
LIRUTTI Moreno	Sì	
LOBIANCO Michele	Sì	
POZZO Massimiliano	Sì	

Ordine del giorno

Convocazione alle ore: 14.30

1. Esame della relazione prevista dall'articolo 15 (Clausola valutativa) della legge regionale 26 marzo 2009, n. 7 (*Disposizioni in materia di contenimento dei tempi d'attesa delle prestazioni sanitarie nell'ambito del Servizio sanitario regionale*)

Sono presenti

L'Assessore regionale alla salute, politiche sociali e disabilità, delegato alla Protezione civile, Riccardo Riccardi

Il Direttore generale dell'Azienda Regionale di Coordinamento per la Salute (ARCS), Joseph Polimeni

Il Direttore centrale salute, politiche sociali e disabilità, Gianna Zamaro

Il Direttore del Servizio affari giuridici e legislativi della direzione e politiche per il terzo settore, Raoul Bubbi

I consiglieri: BUNA, CELOTTI, FASIOLO, GHERSINIC, MARTINES e PELLEGRINO

Lavori

Inizio lavori: 14.30

Nell'Aula del Consiglio regionale si riunisce il Comitato per la legislazione, il controllo e la valutazione

(Presiede il PRESIDENTE CONFICONI)

Il PRESIDENTE, verificata la sussistenza del numero legale, dichiara aperta la seduta e comunica che è a disposizione dei consiglieri il verbale della seduta n. 11 del 9 ottobre 2024. Se non saranno sollevate obiezioni nel corso della seduta, il verbale sarà considerato approvato.

Punto n. 1 all'ordine del giorno

Il PRESIDENTE passa quindi al punto 1 all'ordine del giorno relativo all'esame della relazione prevista dall'articolo 15 (Clausola valutativa) della legge regionale 26 marzo 2009, n. 7 (*Disposizioni in materia di contenimento dei tempi d'attesa delle prestazioni sanitarie nell'ambito del Servizio sanitario regionale*).

Ringrazia l'Assessore e i funzionari per la disponibilità e passa loro la parola.

Il dott. POLIMENI premette che i tempi di attesa possono essere monitorati *ex ante* (al momento della prenotazione) o *ex post* (al momento dell'effettiva erogazione) e che si farà riferimento ai tempi monitorati *ex ante*, indicando il tempo prospettato all'utente al momento della prenotazione. Ricorda che, per le prestazioni ambulatoriali, le classi di priorità previste sono la U (Urgente), da eseguire entro 72 ore, la B (Breve), entro 10 giorni, la D (Differibile), da eseguire entro 30 giorni per le visite e entro 60 giorni per gli accertamenti diagnostici e la P (Programmata), da eseguire entro 120 giorni, mentre per le prestazioni di ricovero le classi di priorità sono la A, ricovero entro 30 giorni,

la B, entro 60 giorni, la C, entro 180 giorni e la D, entro 365 giorni. Sottolineando come si tratti di un tema estremamente complesso, riferisce che l'Amministrazione sta mettendo in campo una serie di azioni che, evidentemente, hanno bisogno di un po' di tempo per avere effetto, ma informa che, soprattutto con riferimento ai ricoveri oncologici, ma anche a quelli non oncologici e alla specialistica ambulatoriale, nelle ultime rilevazioni trimestrali riferite al 2024 si sta registrando un netto miglioramento. Vi sono, certo, delle variazioni nelle diverse prestazioni e nei diversi periodi dell'anno, ma i dati macro evidenziano un *trend* positivo. Non si può sicuramente parlare di una situazione ottimale ma i risultati sono a suo avviso molto incoraggianti e ogni Azienda, nella sua autonomia gestionale, sta mettendo in campo diverse modalità operative. Sul fronte della domanda comincia a essere progressivamente utilizzato il manuale RAO, cioè il manuale dei raggruppamenti di attesa omogenei, e ciò significa che, anche dal punto di vista del momento prescrittivo, cominciano a essere introdotti elementi di appropriatezza. Sottolinea inoltre che le agende vengono gestite in modo dinamico, facendo anche azioni di pulizia e sono state introdotte nuove modalità organizzative, come l'*overbooking*. Sul fronte dell'offerta le aziende hanno incrementato l'attività ricorrendo a modalità diverse, ad esempio implementando l'attività aggiuntiva o targettizzando il privato accreditato e utilizzandolo in un'ottica di *partnership*. A tale proposito evidenzia come il privato accreditato faccia comunque parte dell'offerta pubblica, in quanto si tratta di prestazioni che vengono erogate per nome e per conto del servizio sanitario regionale. Una percentuale rilevante della mobilità passiva, cioè dei residenti in regione che trovano una risposta ai loro problemi di salute in altre regioni, è proprio erogata dal privato accreditato del Veneto e ritiene che tale componente non vada quindi demonizzata ma piuttosto utilizzata al meglio. Con riferimento al diritto di garanzia, cioè ai percorsi di tutela che garantiscono al cittadino il diritto a ricevere la prestazione nei termini prescritti, informa che ARCS ha emanato le relative Linee guida e le Aziende hanno predisposto i Regolamenti. A fronte dei cittadini che hanno esercitato tale facoltà, le Aziende si sono organizzate per garantire una risposta, attraverso l'*overbooking*, con agende integrative o dirottando il paziente sul privato accreditato, mentre il rimborso è solo l'*extrema ratio* e ha riguardato infatti numeri residuali. Conclude ribadendo come si comincino a percepire degli importanti risultati sia in termini di volumi di attività, che di tempistiche di accesso, che di esercizio del diritto di garanzia.

La dott.ssa ZAMARO sottolinea come la pandemia abbia fatto emergere e aggravato criticità già presenti, come la situazione del personale, che è in gran parte migrato verso il privato accreditato, dove i turni sono maggiormente sostenibili, anche se ci sono aspetti che già si sapeva avrebbero creato problemi, come ad esempio il numero chiuso nelle specialità. Ribadisce come il piano di recupero stia dando i suoi frutti, sebbene permangano branche che sono ancora in sofferenza, anche perché caratterizzate da un'elevata domanda, come l'oculistica o la diagnostica per immagini. In altre regioni del Centro-Nord le liste d'attesa sono più brevi che in Friuli Venezia Giulia perché la cooperazione tra pubblico e privato accreditato è più elevata, mentre nella nostra regione la percentuale di privato non è più sufficiente a soddisfare la domanda di prestazioni.

Il PRESIDENTE apre la discussione.

Il consigliere HONSELL evidenzia come nell'illustrazione siano stati toccati due temi che non sono riportati nella relazione all'esame, cioè i dati relativi al miglioramento registrato nei primi trimestri del 2024 e quelli relativi al diritto di garanzia. Osserva inoltre come le situazioni, tra le varie Aziende e in riferimento alle singole prestazioni, siano estremamente diversificate e chiede quali siano le azioni che si mettono in campo per far fronte alle varie criticità.

La consigliera PELLEGRINO dissente dalle considerazioni effettuate in merito al privato accreditato, che viene pagato con soldi pubblici ma ritiene non possa essere equiparato al pubblico, Il pubblico infatti eroga servizi e prende in carico il paziente fino alla sua auspicabile guarigione mentre il privato offre una prestazione e ha come finalità quella di generare profitti. Finita la convenzione col servizio sanitario, il privato accreditato ritorna ad essere privato a tutti gli effetti e può rivolgersi al mercato più conveniente. Fa notare inoltre come il privato non disponga sempre di strumentazioni adeguate e aggiornate quanto quelle ospedaliere e che possa succedere che un esame eseguito dal privato accreditato non sia ritenuto soddisfacente dallo specialista che dispone di rifarlo presso una struttura pubblica, rappresentando così un costo doppio per il servizio sanitario. Esprimendo infine apprezzamento per le campagne di *screening* effettuate dalla Regione, fa notare come però molti cittadini rifiutino gli *screening* gratuiti preferendo rivolgersi altrove e ritiene andrebbero quindi pubblicizzati maggiormente, in quanto potrebbero aiutare ad alleggerire le liste d'attesa.

La consigliera CELOTTI condivide le osservazioni della collega in merito al privato accreditato. In riferimento al piano di recupero, tenuto conto che i ritardi possono essere considerati più o meno gravi a seconda delle patologie, chiede se e come siano state date indicazioni alle Aziende sui recuperi ritenuti prioritari per la Regione. Chiede inoltre, in merito alle prestazioni aggiuntive, quante sono le maggiori prestazioni erogate dal pubblico e quante dal privato accreditato e infine, con riferimento ai percorsi di tutela, quanti sono i cittadini che hanno esercitato il diritto di garanzia e se e quanti hanno ottenuto un rimborso.

La consigliera LIGUORI chiede quali risposte si pensa di mettere in campo per quanto riguarda le visite specialistiche e gli esami diagnostici non urgenti che riguardano quella platea di quasi 5.000 persone che, nella nostra regione, sono affette da malattie cronico degenerative. Sottolinea inoltre come, nonostante si sia parlato di agende gestite in modo dinamico, si verificano ancora casi di impossibilità di prenotare alcune prestazioni perché le agende vengono temporaneamente chiuse. Con riferimento ai meccanismi di tutela per le prestazioni che eccedono i tempi massimi previsti, ravvisa dei possibili aspetti di debolezza in un eccessivo carico burocratico posto sul cittadino.

Il consigliere BOLZONELLO pone la questione dell'appropriatezza delle prescrizioni, chiedendo quali margini ci sono per agire in tal senso, in quanto ritiene fondamentale riequilibrare la domanda con l'offerta. Sottolinea come si stiano facendo grossi passi avanti, ad esempio con il fascicolo elettronico e le ricette dematerializzate, ma, pur ritenendo fondamentale agire sul fronte della riorganizzazione delle strutture, fa presente come, a livello di possibile incremento dell'offerta, ci siano dei vincoli, come ad esempio quelli contrattuali, sui quali la Regione ha un limitato margine di manovra.

Il consigliere LIRUTTI è dell'avviso che il privato accreditato sia parte integrante dell'offerta pubblica, in quanto opera a seguito di un percorso di accreditamento, in presenza quindi di determinati requisiti e in base a specifiche convenzioni ed auspica un suo ampliamento al fine di garantire una migliore risposta alla richiesta di prestazioni. Chiede inoltre quali sono le buone prassi messe in atto dalle Aziende che hanno portato a buoni risultati e qual è il margine di intervento della Regione e ritiene interessante conoscere i dati relativi all'esercizio del diritto di garanzia, il grado di informatizzazione delle agende e se sia possibile, da parte della struttura pubblica, una presa in carico complessiva di un paziente che abbia esigenze diagnostiche complesse.

Il consigliere MARTINES, in merito alla discrasia tra domanda e offerta, chiede quali siano gli interventi dedicati ai medici di medicina generale in materia di appropriatezza prescrittiva e se c'è un'analisi del diverso costo di una medesima prestazione eseguita presso il privato accreditato e nel pubblico.

La consigliera FASIOLO pur esprimendo apprezzamento per il miglioramento delle tempistiche relative all'oncologia, sottolinea come permangano delle criticità da analizzare, come evidenziato dai Direttori nella loro disamina, quali la carenza del personale, il tema delle remunerazioni, la scarsa attrattività della professione medica e infermieristica. Ritiene inoltre che, sia con riferimento al diritto di garanzia sia più in generale nell'accesso alle prestazioni, vi sia la necessità di una maggiore chiarezza e semplificazione a favore dei cittadini, che devono orientarsi in procedure complesse e spesso disomogenee.

Il PRESIDENTE, dopo avere ringraziato i funzionari e i colleghi intervenuti, riferisce di avere analizzato i file di dettaglio allegati alla relazione, con particolare riferimento alla situazione dell'Azienda sanitaria Friuli Occidentale (ASFO), da cui emerge che, tra il 2022 e il 2023, c'è stato un miglioramento dei tempi per quel che riguarda gli interventi chirurgici in priorità A, in quanto gli interventi che rispettano i tempi previsti sono passati dal 75% al 81% e per quelli in priorità B, passati dal 61,9% al 64,7%, mentre si registra un peggioramento per quel che riguarda gli interventi in priorità C, scesi dal 77,21% al 71,8% e in priorità D, scesi dal 73,23% nel 2022 al 66,97% nel 2023, ricavandone l'impressione che si dia preferenza agli interventi più urgenti rispetto a quelli meno urgenti. Chiede quindi conferma se vi sia un indirizzo trasmesso in tal senso alle Aziende e quando si potrà avere un miglioramento generalizzato di tutti i tempi di intervento. Per quel che riguarda le prestazioni ambulatoriali, per le 72 prestazioni monitorate, sempre prendendo a riferimento l'ASFO, nel 2019 ne sono state eseguite 289.000 e nel 2023 253.600, con un calo superiore al 10%, e, andando a vedere le specifiche priorità, le prestazioni in priorità B sono aumentate da 48.000 a 61.000, quelle in priorità D aumentata da 44.000 a 60.000, mentre quelle in priorità P sono scese da 174.000 a 124.000, ricavando anche qui l'impressione che si tenda a posporre le prestazioni meno urgenti per cercare di migliorare la capacità di risposta rispetto a quelle più urgenti. Nella relazione si dà poi conto di un aumento dei volumi anche delle prestazioni ambulatoriali in libera professione, passate, nel complesso del territorio regionale, da 234.197 del 2022 a 254.958 del 2023 e chiede quindi conferma che in molti casi l'attività libero professionale sia cresciuta proporzionalmente di più dell'attività istituzionale. In merito all'appropriatezza delle prescrizioni chiede che azioni si siano intraprese per aumentare la conoscenza e diffusione del manuale RAO. In merito infine alla situazione del personale, ricorda come la Regione Veneto abbia approvato un Piano regionale di contrasto alla carenza di personale del servizio sociosanitario e chiede se, anche la nostra Regione, accanto alle misure che già vengono messe in atto, intende approvare un piano straordinario.

La dott.ssa ZAMARO, in merito all'appropriatezza delle prescrizioni, precisa che il manuale RAO, che è uno strumento che fornisce indicazioni per attribuire priorità alle prestazioni sanitarie in base alla condizione clinica del paziente, è già stato introdotto nelle Aziende, ma non è applicato ancora in maniera omogenea, ma diventerà a breve obbligatorio. Fa notare come nelle Aziende in cui il RAO è già completamente applicato è emerso che le prescrizioni che arrivano dall'esterno, ad esempio dai medici di medicina generale o da specialisti, sono inappropriate dal 70% all'80%. In merito al diritto di garanzie, che va esperito quando non sono praticabili le altre soluzioni, come una diversa sede e la libera professione, riferisce che le Aziende si sono attrezzate ma va tenuto conto che erogare un rimborso per una prestazione che non è appropriata rappresenterebbe un danno. In riferimento al privato accreditato ribadisce come sia assimilabile al pubblico, in quanto lo stesso

diritto di garanzia non distingue tra pubblico e privato accreditato che vengono considerati componenti dello stesso insieme.

Il dott. POLIMENI precisa che bisogna distinguere tra l'appropriatezza di una prestazione LEA, ricompresa nei livelli essenziali di assistenza, e le prestazioni che non rientrano nei LEA e non sono quindi a carico del sistema sanitario. Ribadisce come, soprattutto nei primi trimestri del 2024, vi sia stato un miglioramento nei tempi d'attesa e, sebbene, come fatto notare nella discussione, non abbia interessato tutte le prestazioni e vi siano ancora margini di miglioramento, il trend si è sicuramente invertito e, inoltre, la riduzione dei tempi d'attesa ha riguardato quelle prestazioni, come gli interventi oncologici, che sono sicuramente da considerare come prioritari, in quanto è vero che in questa prima fase ci si è concentrati nell'aggredire le prestazioni con priorità urgenti. Anche lui sottolinea come l'offerta privata accreditata contrattualizzata è un'offerta pubblica, in presenza delle quattro A: autorizzazione alla realizzazione, autorizzazione all'esercizio, accreditamento istituzionale, accordo contrattuale. I privati vengono contrattualizzati perché soddisfano dei requisiti strutturali, tecnologici e organizzativi. In merito ai costi, il privato accreditato è remunerato attraverso una tariffa forfettaria onnicomprensiva, ma la vera sfida è far fare al privato quello che serve al pubblico, in quanto, dal punto di vista imprenditoriale, per un privato determinate prestazioni sono più remunerative di altre rispetto alla tariffa percepita. Ovviamente il privato accreditato rappresenta un'offerta integrativa, che non deve essere sostitutiva, dell'offerta pubblica, a maggior ragione a fronte di una mobilità passiva che si rivolge prevalentemente al privato accreditato. Sul diritto di garanzia, essendo il relativo percorso istituzionalizzato solo da pochi mesi, va monitorato, ma i dati mostrano come il suo utilizzo sta crescendo, a dimostrazione del fatto che i cittadini lo conoscono e lo iniziano a utilizzare. In merito a quanto sottolineato sulla presa in carico dei pazienti cronici, conviene che, se il primo accesso va prescritto dal medico di medicina generale, per un paziente che ha una patologia cronica e degenerativa, che deve essere preso in carico attraverso un sistema che lo gestisca nel tempo, le prescrizioni di secondo livello dovrebbero essere gestite direttamente dallo specialista oppure all'interno di un Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale (PDTA).

L'Assessore RICCARDI sottolinea come negli ultimi anni si sia registrato un aumento significativo dell'attività delle prescrizioni, l'Agenzia nazionale dei servizi sanitari ha attestato che dal 2019 in Italia le prescrizioni sono aumentate del 44%. Di fronte a questo dato, o si cerca di rincorrere la domanda - opzione non fattibile non solo per una questione di risorse economico-finanziarie, ma soprattutto per un problema di disponibilità di competenze professionali – oppure bisogna concentrarsi sul reale andamento del bisogno, circoscrivendo prestazioni che devono essere coerenti con il diritto alla salute delle persone. Sul tema dell'utilizzo del RAO, che dipende dall'applicazione di disposizioni statali, si sta lavorando anche in sede di trattativa con la medicina generale sull'accordo integrativo. Ribadendo come si stia registrando un miglioramento nelle tempistiche, che ha permesso di recuperare e riposizionarsi sull'andamento pre-Covid, se è pur vero che ci sono ancora molti margini di miglioramento, è evidente che il lavoro che le Aziende stanno facendo stia producendo dei risultati. In merito al privato accreditato, riconosce che vi sia una differenza tra il concetto di prestazione e quello di servizio, ma la distinzione non può essere tagliata col coltello, in quanto vi sono casi di servizio, e quindi di attività di presa in carico, anche nel privato accreditato, non solo del pubblico. Concorde comunque con la necessità di sottrarre al privato e ricondurre al pubblico alcuni percorsi oncologici importanti. Poiché stiamo assistendo a un'attività del privato che sta mettendo in secondo piano il rapporto con l'istituzione pubblica, portando la sua attività diretta sul mercato, è necessario, attraverso accordi strutturali forti e pluriennali, condizionare il privato alle regole che il pubblico deve stabilire; lasciarlo andare in questo particolare momento storico significherebbe perdere uno strumento di risposta al bisogno di cure del

cittadino. In Friuli Venezia Giulia la percentuale di privato accreditato è tra le più basse del Paese, a fronte di una mobilità passiva elevata - determinata peraltro in buona parte dai tempi d'attesa di prestazioni non urgenti nelle tre voci di oculistica, attività protesica e diagnostica per immagini - a seguito della quale il nostro sistema sanitario sta finanziando il privato accreditato di altre regioni. E' necessario mettere in campo ulteriori azioni mirate a un riequilibrio della situazione, sebbene permangano problematiche di difficile soluzione, come quelle in materia di politiche del personale, dove, non potendo mettere in campo politiche di assunzione, che non hanno capacità di espansione, vanno portati avanti interventi di riconoscimento, anche retributivo, del personale, anche attraverso l'erogazione di risorse che introducano elementi di variabilità della remunerazione e premialità, con misure omogenee in tutto il territorio regionale. A tale proposito si sta pensando a un emendamento alla manovra finanziaria che vada a prevedere delle risorse a sostegno delle aree più esposte, come quelle dell'emergenza, in cui vanno introdotti elementi, se non di attrattività, quantomeno per contrastare la fuga.

Il PRESIDENTE ricorda che il Comitato, ai sensi dell'articolo 138 *quinquies*, comma 6, del Regolamento interno dovrà riferire all'Assemblea degli esiti dell'esame. Quali relatori vengono individuati i consiglieri BOLZONELLO, COSOLINI e LIGUORI. Il termine per il deposito delle relazioni viene fissato a venerdì 17 gennaio.

Non essendo pervenute osservazioni, il verbale n. 11 del 9 ottobre 2024 è approvato.

Esauriti i punti all'ordine del giorno, il PRESIDENTE dichiara chiusa la seduta.

Fine lavori: 17.00

IL PRESIDENTE
Nicola CONFICONI

LA CONSIGLIERA SEGRETARIA
Maddalena SPAGNOLO

LA VERBALIZZANTE
Elisabetta COSSUTTI



GRUPPO CONSILIARE REGIONALE
FRATELLI D'ITALIA
REGIONE AUTONOMA FRIULI VENEZIA GIULIA

Trieste, 19 novembre 2024

Al Presidente
del Comitato LCV
Nicola CONFICONI

Al Segretario generale

LORO SEDI

Oggetto: sostituzione seduta Comitato LCV di data 19 novembre 2024

Con la presente il sottoscritto Consigliere Igor TRELEANI delega il collega Consigliere Stefano BALLOCH, entrambi appartenenti al Gruppo Fratelli d'Italia, per la seduta del Comitato LCV di data odierna, convocata con nota prot. 0008796/P Class. 1-11-3 di data 12 novembre 2024.

Distinti saluti.

Igor TRELEANI

*ricevuto il 19/11/2024
ore 19.30*