

LR 7/2009 - VII

RELAZIONI DEL COMITATO PER LA LEGISLAZIONE, IL CONTROLLO E LA VALUTAZIONE

(Relatori **Bolzonello** e **Liguori**)

sulla

**RELAZIONE SULL'ANDAMENTO DEI TEMPI D'ATTESA PER PRESTAZIONI SANITARIE
LEGGE REGIONALE N. 7/2009**

**<<DISPOSIZIONI IN MATERIA DI CONTENIMENTO DEI TEMPI D'ATTESA DELLE PRESTAZIONI
SANITARIE NELL'AMBITO DEL SERVIZIO SANITARIO REGIONALE>>**

ANNO 2023

(ai sensi della clausola valutativa di cui all'articolo 15 della legge regionale 26 marzo 2009, n. 7)

Presentata dalla Giunta regionale il 17 luglio 2024

Signor Presidente, Colleghe e Colleghi,

la legge regionale 26 marzo 2009, n. 7 (Disposizioni in materia di contenimento dei tempi di attesa delle prestazioni sanitarie nell'ambito del Servizio sanitario regionale), all'articolo 15, dispone che entro il mese di febbraio di ogni anno, l'assessore con delega alla sanità presenta al Consiglio regionale una relazione che documenta lo stato di attuazione della legge e ne illustra i risultati ottenuti in termini di contenimento dei tempi di attesa per la fruizione delle prestazioni sanitarie.

Lo scorso 19 novembre, il Comitato per la legislazione, il controllo e la valutazione, allargato ai componenti della III Commissione, ha esaminato i contenuti della relazione sull'andamento dei tempi di attesa relativa all'anno 2023, predisposta dall'Azienda regionale di coordinamento per la salute.

La relazione rappresenta l'analisi generale del sistema degli accessi sanitari nell'anno 2023, fornendo un quadro comparativo sugli andamenti dei trend regionali, con particolare riferimento ai seguenti aspetti:

- volumi totali di prestazioni di specialistica ambulatoriale erogate nel 2023 in regime di attività istituzionale, con evidenza dell'andamento delle prestazioni prescritte per codice di priorità e dei volumi di prestazioni erogate comparate con il prescritto;
- tempi di attesa delle prestazioni ambulatoriali cosiddette traccianti incluse nel paniere del Piano Nazionale di Governo delle Liste di attesa;
- volumi dell'attività libero professionale intramuraria (ALPI) e il rapporto con l'attività istituzionale;
- tempi di attesa per i ricoveri con intervento chirurgico;
- funzionamento del sistema regionale di prenotazione delle prestazioni sanitarie.

Complessivamente la relazione evidenzia rispetto all'attività ambulatoriale dell'anno 2023 una conferma del trend già rilevato nel 2022 in termini di crescita del numero di prescrizioni, di crescita del numero di prestazioni erogate e di percentuali di prestazioni erogate nei tempi previsti.

Il trend dell'andamento prescrittivo evidenzia un lento ma progressivo allontanamento tra entità del prescritto e dell'erogato, viceversa non risultano particolarmente cambiati percentualmente i codici di priorità delle impegnative.

Nel documento si sottolinea la presenza di criticità relativamente ai tempi di attesa per alcune branche, come diagnostica per immagini, cardiologia, oculistica.

Nelle considerazioni conclusive che accompagnano la relazione, per affrontare in modo completo e corretto la dimensione dei tempi di attesa, soprattutto per la componente ambulatoriale, viene indicato come necessario procedere con le seguenti considerazioni/azioni:

- valutazione sulla correttezza/appropriatezza della domanda, intesa sia come censimento delle patologie principali da trattare ma anche dei pattern prescrittivi e della loro appropriatezza;
- verifica dell'offerta potenziale e disponibile e della sua adeguata distribuzione sul territorio;
- verifica dell'appropriatezza delle condizioni di accesso, ossia della presenza di colli di bottiglia amministrativi in fase di prenotazione delle prestazioni o di presa in carico successiva da parte delle strutture.

La presentazione dei contenuti della relazione svolta dal direttore generale dell'Azienda regionale di coordinamento per salute, ha evidenziato complessivamente, anche tenendo conto dell'andamento dei primi trimestri del 2024, un significativo miglioramento delle tempistiche di risposta ai cittadini, sia sui dati dell'attività di ricovero, in particolare per gli interventi chirurgici oncologici, che per l'attività di specialistica ambulatoriale.

Non si tratta di una situazione stabilizzata, ma è sicuramente evidente il positivo del trend erogativo delle prestazioni e delle tempistiche.

Ogni azienda sanitaria nella sua autonomia gestionale sta mettendo in campo diverse modalità operative, attraverso azioni intraprese tanto sul lato della domanda, che su quello dell'offerta.

Tra queste vi è la gestione dinamica delle agende, in cui rientra la gestione delle agende dell'attività di ricovero, che deve essere mantenuta coerente con l'attualità dell'indicazione chirurgica per il paziente.

Sempre sul versante della domanda, si è affermato l'utilizzo da parte delle aziende sanitarie del Manuale RAO (Raggruppamenti di attesa omogenei), elaborato da AGENAS, che rappresenta uno strumento fortemente sollecitato nella sua applicazione perché di significativa importanza per l'accesso appropriato e prioritario alle prestazioni specialistiche, un tassello fondamentale per il corretto governo delle liste di attesa, così come previsto dal Piano Nazionale di Governo delle Liste di attesa 2019-2021.

Sul piano dell'offerta, le aziende hanno incrementato l'attività potendo mettere in atto diverse modalità operative, come le prestazioni aggiuntive, l'attività libero professionale e l'acquisto di prestazioni dai privati accreditati titolari di accordi tra pubblico e privato.

Rispetto al cosiddetto diritto di garanzia, ovvero il diritto dell'assistito del Servizio sanitario regionale di accedere a prestazioni ambulatoriali di primo accesso entro i tempi massimi di attesa stabiliti dalla classe di priorità, nell'ambito territoriale dell'azienda sanitaria di residenza, grazie ad una volontà dell'Amministrazione che ha richiesto procedure certe ed omogenee per tutto il territorio regionale, si è progressivamente strutturato un sistema che nel 2024 darà i primi veri risultati a favore dei cittadini.

Non a caso l'Azienda regionale di coordinamento per la salute dopo diversi tavoli di lavori con le aziende sanitarie ha definito linee guida poi applicate dalle aziende sanitarie nei propri regolamenti in cui vengono definiti e chiariti i criteri, gli strumenti e i percorsi per garantire il diritto del cittadino.

Il tema era stato espressamente previsto nelle Linee annuali per la gestione del Servizio sanitario regionale per l'anno 2024 e la sua applicazione sta dando i primi positivi risultati. Dalle rilevazioni dell'Azienda regionale di coordinamento per la salute risultano numeri in crescita di cittadini che fanno ricorso a questo strumento, con le aziende che si sono organizzate per fornire comunque una risposta, con modalità diverse, individuando soluzioni percorribili internamente in regime istituzionale o presso il privato accreditato in regime convenzionale.

È quindi un percorso che è partito in modo formale, che è stato istituzionalizzato e che viene monitorato e seguito nel tempo.

Nella discussione in Comitato è stato evidenziato l'argomento del contesto, ovvero degli elementi che hanno condizionato e tuttora condizionano la possibilità dell'Amministrazione e dei diversi attori del sistema di governare la partita dei tempi di attesa.

Non possiamo dimenticare cosa ha significato la pandemia da Covid-19, con la situazione di stallo che ne è conseguita, e non possiamo non tener conto delle criticità, che permangono, riguardo al personale del Servizio sanitario, che è la forza motrice del sistema, e alla difficoltà di attrarre e mantenere i professionisti all'interno del Sistema pubblico, una condizione di cui è partecipe tutto il Paese.

Dall'Assessore abbiamo ascoltato che il problema non è risolvibile con le sole politiche di assunzione, che non hanno capacità di espansione. Per questo l'Amministrazione ha iniziato a mettere in campo misure che prevedono modelli di riconoscimento anche retributivo, elementi di variabilità di remunerazione e di premialità. Mi riferisco in particolare a quanto è stato previsto da ultimo nella legge di stabilità 2025 compresa la modifica sull'utilizzo e la ripartizione delle Risorse aggiuntive regionale sui fondi del comparto e della dirigenza (RAR).

Il ricorso al privato accreditato è un altro tema che è stato parte della discussione. Dagli interlocutori di ARCS e della Direzione centrale salute è stato ricordato che il privato accreditato è offerta pubblica, le prestazioni che esso eroga sono prestazioni in nome e per conto (leggasi di governo) del Servizio sanitario regionale. L'accreditamento viene dato dal sistema di governo regionale pubblico e le convenzioni sono stipulate in base alle condizioni di bisogno, valutando volumi e tipologia delle prestazioni stabilite, e non potrebbe essere altrimenti, dalla Direzione Centrale Salute attraverso le articolazioni aziendali.

Tuttavia è noto che una percentuale rilevante della mobilità passiva di questa Regione viene erogata dal privato accreditato del Veneto, quindi appare logico pensare che il privato accreditato deve e va visto e utilizzato in un'ottica di partnership, secondo i bisogni e le priorità del sistema pubblico.

La relazione di ARCS, nelle considerazioni conclusive ha parlato anche di appropriatezza della domanda.

I dati AGENAS danno conto di un incremento delle prescrizioni in Italia, dal 2019, del 44% ponendo il problema dell'equilibrio tra domanda e offerta di prestazioni anche rispetto alla possibilità/opportunità che il sistema di offerta sia rimodellato in adeguamento alla domanda.

Se guardiamo le linee per la gestione del Servizio sanitario regionale del 2025 troviamo il tema specifico di governo della domanda e di appropriatezza. In esse troviamo la richiesta alle aziende sanitarie di far rispettare l'obbligo di operare la corretta attribuzione dei codici di priorità per le prestazioni specialistiche, nel rispetto dei criteri clinici per l'accesso appropriato e prioritario definiti nel Manuale RAO, e per quanto riguarda la medicina convenzionata, si indica alla Delegazione trattante di Parte pubblica l'obiettivo di prevedere l'utilizzo del sistema RAO per mezzo di supporto informatico al fine di migliorare l'appropriatezza prescrittiva. Analogo obiettivo viene indicato anche relativamente agli accordi da stipulare con gli Specialisti ambulatoriali interni.

È poi evidente che il governo dei tempi di attesa inevitabilmente intercetta il tema della riorganizzazione delle strutture, più volte evidenziato nell'ottica della qualità dei percorsi di cura, dell'equità nell'opportunità di accesso per i pazienti e della sostenibilità del sistema. Obiettivi che risulta difficile perseguire con un modello di organizzazione frammentato e rispetto ai quali si pone l'urgenza di scelte innovative di programmazione, che troppe volte nel tempo sono state rimandate e non più procrastinabili.

Collegata all'organizzazione è anche la gestione della patologia cronica e degenerativa, in crescita per l'attuale composizione del quadro demografico. Occuparsene implica una logica di presa in carico su cui il sistema è impegnato attraverso la costruzione di reti cliniche e l'elaborazione di percorsi diagnostico terapeutici, e che fa parte della riorganizzazione dell'assistenza territoriale che è in corso di implementazione.

Temi che obbligheranno la componente politica a continuare a prendersi la responsabilità delle scelte, anche difficili sapendo che l'impatto sul sistema della salute da troppi anni vive su una organizzazione sanitaria basata su un'ambiente demografico, di sviluppo scientifico, di professionalità e di risorse economiche necessarie profondamente cambiato.

Per concludere, va ribadito l'aspetto di una forte messa in campo di azioni per superare le criticità in essere da parte dall'Amministrazione regionale e dalle aziende sanitarie in sinergia con l'Azienda regionale di coordinamento per la salute, che, oggettivamente stanno portando a dei miglioramenti significativi, che certamente vanno monitorati e continuamente sostenuti con azioni in continua evoluzione e al passo con i tempi.

BOLZONELLO

Relazione presentata alla Presidenza il 22 gennaio 2025

Signor Presidente, colleghe Consigliere, colleghi Consiglieri,

L'andamento dei tempi d'attesa per le prestazioni sanitarie evidenzia ancora diverse problematiche che necessitano di un'analisi approfondita e di un impegno maggiore da parte delle istituzioni per migliorare l'accesso ai servizi sanitari. Sebbene il rapporto tenti di sottolineare i progressi fatti, emergono chiaramente diverse aree critiche.

Dai dati riportati, i tempi di attesa per prestazioni ambulatoriali rimangono problematici, specialmente per le prestazioni incluse nel paniere PNGLA (Piano Nazionale Governo delle Liste di Attesa). La priorità B, che dovrebbe garantire l'esecuzione delle visite entro 10 giorni, vede tassi di rispetto insufficienti, in particolare in branche cruciali come cardiologia, neurologia e diagnostica per immagini.

Le percentuali di prestazioni erogate nei tempi previsti, benché migliorate rispetto al 2022, rimangono al di sotto del 90% richiesto dalla normativa. In alcune branche come oculistica e cardiologia, il rispetto dei tempi è stato garantito solo in poco più del 70% dei casi.

Le prestazioni traccianti mostrano differenze significative tra le aziende sanitarie, evidenziando una disomogeneità territoriale che penalizza i pazienti in alcune aree. Questa disparità mina il principio di equità nell'accesso ai servizi sanitari.

Per quanto riguarda gli interventi chirurgici, i tempi di attesa per la priorità C (180 giorni) mostrano un peggioramento rispetto al 2022, con una percentuale di rispetto dei tempi scesa al 68,73%. Questo dato indica una saturazione delle strutture sanitarie, che non riescono a garantire tempi adeguati per i ricoveri programmati.

L'incremento delle prestazioni in libera professione intramoenia, pari al 9,4% delle prestazioni totali, rappresenta un segnale preoccupante. Tale incremento può suggerire una preferenza da parte dei cittadini per questa modalità a causa delle liste d'attesa troppo lunghe nel sistema istituzionale. Questo fenomeno solleva dubbi sull'equità del sistema e sulla capacità di garantire un servizio pubblico efficiente.

Il sistema di prenotazione continua a presentare criticità significative. La quota di prenotazioni online rimane marginale, evidenziando la scarsa accessibilità digitale per i cittadini. Inoltre, il numero di reclami e segnalazioni legati al sistema di prenotazione è aumentato del 36,3% rispetto all'anno precedente, dimostrando che il servizio non è ancora in grado di rispondere adeguatamente alle esigenze degli utenti.

L'aumento delle penali inflitte alle aziende esterne responsabili della gestione del servizio di call center evidenzia una gestione insufficiente delle prenotazioni. Le penali passate da 17.700€ nel 2022 a 26.900€ nel 2023 dimostrano che il problema persiste, nonostante le azioni correttive.

Inoltre, la relazione della Corte dei Conti evidenzia numerose problematiche strutturali e organizzative che continuano a caratterizzare il sistema di gestione delle liste d'attesa in Friuli Venezia Giulia, nonostante i progressi dichiarati.

Uno dei punti critici principali riguarda la programmazione regionale, che si limita a recepire le linee guida nazionali del PNGLA (Piano Nazionale di Governo delle Liste d'Attesa) senza adattarle alle specificità locali. La Corte sottolinea come il Piano Regionale di Governo delle Liste d'Attesa (PRGLA) sia carente di indicazioni operative dettagliate, necessarie per affrontare le peculiarità territoriali e demografiche della regione. Questa lacuna impedisce una pianificazione efficace e mirata.

La fase post-pandemica ha mostrato un aumento della domanda sanitaria, alimentato sia dal recupero delle prestazioni non erogate durante l'emergenza che dall'effetto del COVID-19 sulla salute della popolazione. Tale incremento, unito a una carenza strutturale di risorse umane e finanziarie, ha aggravato la situazione, con tempi di attesa ancora superiori ai limiti previsti, specialmente per le classi di priorità più basse (D e P).

La corte poi sottolinea come un altro fattore determinante sia la carenza di personale medico e sanitario, specialmente in branche specialistiche cruciali. Questa situazione si è aggravata anche a causa della competizione con il settore privato accreditato, che assorbe una parte significativa delle risorse professionali disponibili.

Nonostante l'immissione di risorse straordinarie a seguito della pandemia, l'efficacia di tali fondi è stata compromessa da una gestione non sempre ottimale e da un utilizzo limitato in alcune aziende sanitarie. Per esempio, i finanziamenti aggiuntivi regionali del 2023 sono stati utilizzati solo parzialmente, lasciando significativi residui inutilizzati.

Il settore privato accreditato gioca un ruolo sempre più centrale, ma spesso senza un'integrazione strategica con il sistema pubblico. Questo fenomeno contribuisce a una polarizzazione dell'offerta sanitaria, con un aumento della disuguaglianza nell'accesso alle cure tra le diverse aree del territorio regionale.

La Corte rileva che i percorsi di tutela, previsti per garantire ai cittadini l'accesso alle prestazioni nei tempi massimi consentiti, non sono applicati in maniera uniforme tra le varie aziende sanitarie. Questo genera disparità di trattamento e alimenta la sfiducia nei confronti del sistema.

Tutto ciò implica che sia necessaria una maggiore personalizzazione del PRGLA, con un'analisi approfondita delle esigenze locali, nonché vada potenziato il personale sanitario, attraverso politiche di assunzione mirate e incentivi per trattenere i professionisti nel settore pubblico.

Serve una maggiore semplificazione e armonizzazione dei percorsi di tutela, garantendo uniformità di trattamento per i cittadini su tutto il territorio regionale e un migliore utilizzo delle risorse disponibili, con un monitoraggio costante per evitare sprechi e residui inutilizzati.

Queste misure risultano indispensabili per affrontare in maniera strutturale e sostenibile le sfide legate alla gestione delle liste d'attesa e per garantire ai cittadini un servizio sanitario equo e di qualità.

Permangono ancora diverse problematiche relativamente l'applicazione del diritto di ottenere il rimborso delle prestazioni delle quali non è possibile ottenere il rispetto dei tempi indicati.

La normativa regionale prevede, attraverso la DGR 1815/2019 e la Legge regionale 7/2009, specifici percorsi di tutela per i cittadini che non ottengono l'erogazione delle prestazioni sanitarie di primo accesso entro i tempi massimi previsti per le classi di priorità B, D o P. In tali casi, le Aziende sanitarie sono tenute a garantire il pagamento diretto (escluso il ticket) per prestazioni effettuate presso altre strutture pubbliche o private accreditate.

Tuttavia, l'applicazione di questi strumenti di tutela stenta ad essere uniformemente conosciuta da parte degli utenti su tutto il territorio regionale, generando disparità che incidono sull'accesso ai servizi sanitari.

Pertanto, si ritiene necessario che la Regione provveda al più presto a promuovere una campagna informativa capillare per rendere edotti tutti i cittadini del loro diritto e spiegare chiaramente le procedure per ottenere il rimborso.

Questa azione non solo migliorerebbe la qualità della vita delle persone, ma anche la loro percezione dell'efficienza del sistema sanitario regionale.

LIGUORI

Relazione presentata alla Presidenza il 17 gennaio 2025