

Dati informativi concernenti la legge regionale 7 febbraio 2014, n. 2

Il presente elaborato ha carattere meramente informativo, per cui è sprovvisto di qualsiasi valenza vincolante o di carattere interpretativo. Pertanto, si declina ogni responsabilità conseguente a eventuali errori od omissioni.

Per comodità del lettore sono qui di seguito pubblicati:

- 1 - Procedimento di formazione
- 2 - Relazione al Consiglio regionale
- 3 - Struttura di riferimento

1. Procedimento di formazione

- La proposta di legge è stata presentata al Consiglio regionale in data 27 marzo 2013, dove ha acquisito il n. 339 del registro dei progetti di legge su iniziativa del Consigliere Leonardo Padrin;
- Il progetto di legge è stato assegnato alla Quinta Commissione consiliare;
- La Quinta Commissione consiliare ha espresso parere sul progetto di legge in data 7 novembre 2013;
- Il Consiglio regionale, su relazione della Quinta Commissione consiliare, relatore il Presidente della stessa, consigliere Leonardo Padrin, e su relazione di minoranza della Quinta Commissione consiliare, relatore il Vicepresidente della stessa, consigliere Claudio Sinigaglia, ha esaminato e approvato il progetto di legge con deliberazione legislativa 28 gennaio 2014, n. 1.

2. Relazione al Consiglio regionale

- Relazione della Quinta Commissione consiliare, relatore il Presidente della stessa, consigliere Leonardo Padrin, nel testo che segue:

“Signor Presidente, colleghi consiglieri,

con il Piano socio-sanitario regionale 2012-2016 (legge regionale 23/2012), la Regione ha confermato tra i suoi obiettivi strategici quello dell’innalzamento del livello qualitativo dell’offerta sanitaria, socio-sanitaria e sociale, che si raggiunge anche uniformando l’offerta delle prestazioni e garantendo il rispetto dei tempi di attesa standard, che la Regione si è posta in ossequio ai piani nazionali e regionali, nel rispetto del contenimento della spesa pubblica.

L’uniformità delle prestazioni e il rispetto dei tempi di attesa standard si realizzano anche con la valorizzazione degli erogatori sanitari privati già presenti sul territorio regionale.

Peraltro, è noto che la diffusione sul territorio regionale degli erogatori privati accreditati non sia omogenea: in alcune zone non sono presenti erogatori privati accreditati, in altre sono presenti in numero limitato.

Con la presente legge si intende, pertanto, intervenire sulla vigente legislazione regionale e, al fine di garantire all’utenza l’omogeneità sul territorio regionale nell’offerta delle prestazioni sanitarie, vengono definiti i criteri ai quali si attengono i Direttori generali delle Aziende ULSS territorialmente competenti per acquistare prestazioni dalla platea degli erogatori privati accreditati, favorendo, quindi, anche il rispetto delle liste d’attesa.

La presente legge definisce anche una scansione temporale con la quale si vuole conferire certezza alla procedura di accreditamento.

Nell’ottica di garantire omogeneità, qualità e sicurezza delle prestazioni erogate, nonché per conseguire le maggiori economie di scala, si prevede, inoltre, l’adozione del modello “a rete” (anche in attuazione di quanto previsto dall’Accordo tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano, sul documento recante “Criteri per la riorganizzazione delle reti di offerta di diagnostica di laboratorio” n. 61/CSR del 23 marzo 2011, di cui la Regione ha preso atto con deliberazione n. 2530 dell’11 dicembre 2012 pubblicata nel Bollettino Ufficiale della Regione del Veneto n. 107 del 24 dicembre 2012), per organizzare la diagnostica di laboratorio sul territorio regionale.

La Quinta Commissione ha ultimato l’esame del progetto di legge nella seduta n. 113 del 7 novembre 2013 esprimendo a maggioranza (favorevoli: Liga Veneta Lega Nord Padania e Popolo della Libertà; astenuto Partito Democratico Veneto; contraria Federazione della Sinistra Veneta; non hanno partecipato al voto: Futuro Popolare e Italia dei Valori) parere favorevole in ordine alla sua approvazione da parte del Consiglio regionale.”;

- Relazione di minoranza della Quinta Commissione consiliare, relatore il Vicepresidente della stessa, consigliere Claudio Sinigaglia, nel testo che segue:

“Signor Presidente, colleghi consiglieri,

il primo PDL 339 è stato presentato a marzo 2013, a distanza di dieci mesi arriviamo con un testo dopo che la stessa Aula ha rispedito in Commissione il 31 ottobre 2013 il PDL 339 diverso rispetto a quello che l’Aula esamina oggi.

Il provvedimento è sostanzialmente diviso in tre parti. Una parte definisce il percorso per l’accreditamento delle strutture della specialistica convenzionata ambulatoriale storica e l’accreditamento di nuovi soggetti, quindi definisce come presentare domanda di accreditamento. Ricordo che la legge n. 22 del 2002 dava tempo centoventi giorni perché la Giunta stabilisse i criteri per l’accreditamento, siamo esattamente dodici anni dopo ad affrontare il percorso. L’altra parte del PDL definisce i criteri per l’accordo contrattuale, affidato al direttore generale; questi criteri sono enumerati dall’articolo 17 bis. Poi il provvedimento definisce la rete dei

laboratori. Il provvedimento del marzo 2013 prevedeva che il numero degli esami di questa rete fosse seicentomila, il provvedimento del 31 ottobre definiva che gli esami fossero ottocentomila, questo provvedimento, invece, dice: “La Giunta stabilirà il numero degli esami per contemplare l’avvio della rete”, mi auguro che non siano i due milioni, così come previsto dal provvedimento arrivato in Commissione, perché mi sembrano veramente non solo eccessivi ma tali da poi indurre una situazione di monopolio nella nostra Regione per cui esisterebbero pochissimi, anzi, forse uno o due laboratori in grado appunto di raggiungere questi numeri.

Il PDL 339 viene portato in aula mentre è in atto un braccio di ferro che ormai dura da più di un anno tra la Regione e la specialistica convenzionata che ha avuto un riduzione di circa cinquanta milioni ne budget. Di fatto i grandi risparmi che la sanità ha conseguito nella nostra Regione, sono collegati a due fonti di spesa: la farmaceutica e appunto la specialistica ambulatoriale convenzionata.

La specialistica ambulatoriale convenzionata nella nostra Regione si stima abbia circa tremila lavoratori. I 23 milioni di extra budget poi sono diventati 9, e i direttori generali li stanno stanziando centellinandoli, mettendo quindi in sofferenza un settore che sarebbe importantissimo se vogliamo risolvere uno dei problemi atavici della sanità, che è quello delle liste d’attesa. Certo, dobbiamo attivare il controllo, dobbiamo garantire qualità ma mi sembra che un sano dialogo e una sana condivisione di questo provvedimento con i rappresentanti della specialistica ambulatoriale sarebbe stato fondamentale sin dagli inizi.

Il 31 ottobre abbiamo ritirato il vecchi PDL 339 dall’Aula e l’abbiamo riscritto recependo le osservazioni del Ministero della Salute. È chiaro che quelle osservazioni erano state sollecitate dall’ANISAP e dalle categorie che appunto rappresentano la specialistica ambulatoriale convenzionata.

L’accordo contrattuale dev’essere legato, com’è riportato al comma 1 dell’articolo 17 bis, alla programmazione regionale. Ma nell’accordo contrattuale si fa anche riferimento alla tariffa. Due sono le cose: o è un accordo contrattuale oppure diventa una gara ma siccome questo è un provvedimento legislativo che parla di accordo contrattuale, a mio giudizio, dovremmo appunto andare a togliere l’elemento tariffa dall’accordo contrattuale perché è la programmazione regionale che definisce qual è la tariffa.

Vogliamo anche allargare l’accordo contrattuale ai servizi residenziali e semiresidenziali che applicano la retta di riferimento regionale. Abbiamo preparato a tal proposito un emendamento che dice “anche nell’ambito dell’erogazione dei servizi residenziali e semiresidenziali, i CEOD per i disabili, la residenzialità dei disabili, laddove la Regione definisce la retta di riferimento, ci sia da parte del direttore generale nella propria ULSS l’accordo contrattuale”, la cosiddetta terza A. Cioè, l’autorizzazione, l’accreditamento e l’accordo contrattuale. Come entriamo nel merito della specialistica ambulatoriale e convenzionata, così entriamo nel merito anche dell’erogazione di servizi residenziali e semiresidenziali. Altro aspetto che ci preme sottolineare è la cosiddetta clausola valutativa, ovvero la Giunta è invitata annualmente a fare una relazione per capire come sta andando la procedura degli accreditamenti, dei nuovi accreditamenti, della rivelazione del fabbisogno, della risposta dei direttori generali a questo fabbisogno, in modo tale che annualmente noi possiamo verificare la bontà della legge che abbiamo scritto.”

3. Struttura di riferimento

Sezione programmazione sanitaria