



Sezione Regionale FVG

C.F. 94156650304

pec: friuliveneziagiulia@pec.snami.org

Il Presidente p.t.

cell. 328.5560373

Al Direttore Centrale Salute
Regione Aut. FVG
salute@certregione.fvg.it

e per conoscenza:

Al Sig. Assessore alla Salute Regione FVG
assessorosalute@certregione.fvg.it

Al Direttore Generale ARCS
arcs@certsanita.fvg.it

Al Sig. Presidente
OMCeO Udine
segreteria.ud@pec.omceo.it

Oggetto: Revisione DGR. 1815-2019. Allegato

Richiamate le nostre numerosissime e poliennali segnalazioni per ricordare che con la recente pec dd. 03.04.2026 (*allegata*), tuttora senza riscontro alcuno, **abbiamo chiesto di attivare al più presto il confronto con i prescrittori**, cioè in primis le rappresentanze sindacali dei MMG RUAP in Comitato regionale, per colmare le evidenti e palesi lacune e le **storture provocate negli anni dall'applicazione della DGR. 1815/2019: da molto tempo lo chiediamo** e lo abbiamo fatto anche in Delegazione trattante ex art. 15 ACN nel corso della trattativa per la definizione dell'AIR 2025 fin dal 2023, ricevendo rassicurazioni sul fatto che si sarebbe posto rimedio celermente ...

Ad oggi nessuna interlocuzione: tale **immobilismo** appare quanto mai deleterio perchè questo non voler decidere/intervenire su un atto amministrativo deficitario su diversi aspetti si traduce in **mancate tutele per i cittadini, in gran parte anziani e fragili** che trarrebbero grande giovamento da norme e atti chiari e tutelanti come anche tutti i prescrittori e gli erogatori rendendo **virtuosi i percorsi** (di salute): a quando l'obbligo per le Aziende sanitarie dell'applicazione "*vera*" dei **PDTA** cioè con il dovuto **coinvolgimento delle Strutture erogatrici del Privato convenzionato**? A quando l'effettiva **presa in carico** soprattutto dei cittadini "dirottati" nelle Strutture Erogatrici del Privato convenzionato? A quando l'individuazione da parte delle Aziende sanitarie degli **ambiti territoriali di garanzia nel rispetto del principio di prossimità e raggiungibilità**? Tutto già previsto dal PNGLA del 20.02.2019 ma ...

- **PDTA**: visto il **sempre più frequente ricorso agli Specialisti del Privato convenzionato**, alle cui prestazioni erogate su richiesta (impegnativa) rilasciata molto spesso dal MMG si accede mediante prenotazione tramite CUP (pubblico), stante quanto previsto non dal PNGLA vigente ma dalla DGR. 1815/2019 (PRGLA), **il Medico Specialista del Privato Convenzionato non potrebbe mettere in atto tutte le indicazioni previste dai PDTA** a causa di un atto amministrativo che potremmo definire irragionevole e che andrebbe al più presto emendato come chiediamo da tempo.



Quindi, i PDTA nascono con un clamoroso gap, cioè l'impossibilità degli Specialisti del Privato convenzionato di provvedere alla presa in carico, alla gestione clinica integrata dei pazienti affetti da patologie croniche e alla prescrizione di tutte le prestazioni definite negli stessi PDTA e soprattutto dei controlli e del follow-up: a chi giova? Non di certo ai pazienti ... Se non si interviene, i PDTA rimangono solo pie intenzioni, emanati solo per rispettare obiettivi e scadenze normative ma privi dell'efficacia necessaria per essere di vera utilità per i cittadini in quanto attuabili solo in parte.

- **Presa in carico** (soprattutto delle persone fragili): quando e come si è dato seguito a distanza di oltre 7 anni dalla vigenza del PNGLA 2019 - 2021 (Punto 2. lett. E.) alla seguente previsione che parrebbe vincolante "*l'organizzazione aziendale deve dotarsi di strumenti atti a garantire l'effettiva "presa in carico" del cittadino paziente, pianificando la fruibilità delle prestazioni in modo tempestivo e congruo con il decorso della patologia, anche nell'ottica di evitare il ricorso a prestazioni caratterizzate da una più elevata complessità erogativa (es. ospedalizzazione c.d. evitabile)*"? Aggiungiamo che "*... le Aziende devono prevedere idonee modalità per far sì che le prestazioni successive al primo accesso siano prenotate, se non diversamente richiesto dal paziente, contestualmente alla produzione della prescrizione da parte del medico specialista della struttura.*": ad oggi tale disposizione non è applicata dalle Strutture del Privato convenzionato contrattualizzate con le Aziende sanitarie;
- **Ambiti territoriali di garanzia**: quando e come si è dato seguito a distanza di oltre 7 anni dalla vigenza del PNGLA 2019 - 2021 (Allegato A - punto 4.) a tale disposizione?

Non possiamo però dimenticare altre indicazioni vincolanti contenute nel citato PNGLA 2019 -2021; ne elenchiamo alcune:

- "*le prestazioni successive al primo accesso devono essere prescritte dal professionista che ha preso in carico il paziente senza che questi sia rimandato al MMG/PLS per la prescrizione*": nessuna distinzione tra le Strutture erogatrici ove esso svolge la propria attività professionale in nome o per conto del SSR;
- "*Il modello RAO: i) prevede il coinvolgimento partecipativo di medici prescrittori (MMG, PLS e Specialisti) e soggetti erogatori*": ad oggi nessuno coinvolgimento delle rappresentanze, sindacali e professionali, della Medicina Generale;
- "*fondamentale per la programmazione dell'offerta che si provveda ad una accurata definizione del fabbisogno di prestazioni specialistiche ambulatoriali che tenga conto anche della mobilità passiva interregionale*": ad oggi non ci risulta alcuna applicazione di tale stringente indicazione;
- "*attivazione di modalità alternative di accesso alle prestazioni nel caso in cui al cittadino non possa essere assicurata la prestazione entro i limiti previsti dalla Regione (cosiddetti "percorsi di tutela")*": quante sono ad oggi le autorizzazioni e a quanto ammontano i "rimborsi" per il ricorso alla prestazione "privata" (ALPI) per il superamento dei tempi massimi d'attesa?

Nel rimanere in attesa di riscontri, si porgono distinti saluti.

Gonars, 3 giugno 2026

Dott. Stefano Vignando