

**Osservazioni in merito al
progetto di riforma della sanità regionale
presentato dall'assessore alla Salute Riccardi
il 3 aprile 2025 in 3° Commissione del Consiglio Regionale**

Nel contesto della riforma della sanità regionale annunciato già l'estate scorsa, l'assessore alla Salute Riccardi ha ribadito di recente davanti alla 3° Commissione del Consiglio regionale che il sistema sanità del FVG da troppo tempo sta spendendo di più e sta rendendo di meno, a causa di un modello organizzativo frammentato e dispersivo, per cui senza interventi organizzativi strutturali la spesa continuerà a crescere mentre si ridurranno le performance dei LEA.

L'assessore Riccardi ha dichiarato che il SSR – Servizio sanitario regionale - di cui è a capo è inefficiente e che quindi bisogna mettere mano a una riforma complessiva in grado di spostare il focus dalle acuzie alle cronicità, in linea con quanto si è già iniziato a fare con la Rete oncologica, razionalizzando, concentrando e specializzando l'offerta.

Due le principali linee di azione indicate dall'assessore per efficientare il sistema:

- 1) la revisione della rete ospedaliera assegnando una vocazione specifica a ciascuna sede degli ospedali spoke;
- 2) lo sviluppo della rete territoriale iniziando con l'apertura entro il 2025 di sei Case della comunità aperte h 24 7 giorni su 7 con funzioni di risposta all'urgenza di bassa complessità.

Ma oltre a indicare gli obiettivi prefissati nulla è stato detto dall'assessore riguardo al metodo utilizzato per definire tali obiettivi e le modalità atte a raggiungerli.

E sorgono allora le prime preoccupazioni sull'esito del piano prospettato, in quanto troppo spesso quando si parla di sanità il termine razionalizzare è sinonimo di tagliare, e infatti qui pare scontata una severa contrazione dei servizi ospedalieri spoke, nonostante siano proprio i LEA dell'area ospedaliera ad aver subito un calo costante dal 2020 in poi. Neppure è servita l'esperienza del Covid che ha messo in rilievo le insufficienze della rete ospedaliera nazionale e regionale, tanto che a livello ministeriale sono in discussione proprio gli standard relativi all'assistenza ospedaliera indicati dal DM 70/2015, a cui invece l'assessore Riccardi ha dichiarato di voler uniformarsi.

Per inciso va ricordato che l'aumento delle cronicità non significa diminuzione delle acuzie, anzi le riacutizzazioni delle patologie croniche in soggetti anziani e fragili causano una rilevante quota di ricoveri nelle strutture ospedaliere.

Relativamente alla rete territoriale nulla di chiaro e credibile è apparso sulla questione di come attuare il DM 77/2022 (standard per il rilancio dell'assistenza territoriale), tanto più che si sono impoveriti ed indeboliti i Distretti, che dovrebbero essere il perno del governo dell'assistenza territoriale e primo centro di riferimento per le comunità locali. Comunque, l'assessore non spiega in qual modo si troveranno i medici e gli infermieri necessari ad attivare entro l'anno sei Case di comunità aperte h24 7 giorni su 7, che peraltro possono coprire appena un quarto della popolazione residente in FVG, visto che la norma sopra citata prevede una Casa ogni tra 40-50mila abitanti.

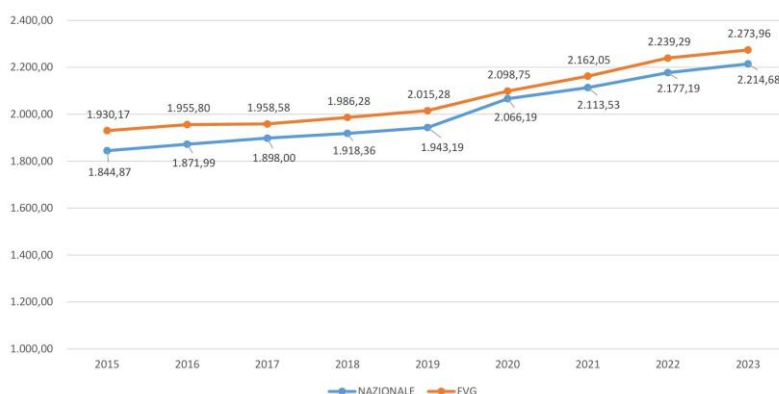
A supporto delle parole dell'assessore l'ARCS ha presentato una lunga sequenza di tabelle con dati che però non sembrano sufficienti a dare una rappresentazione puntuale ed esaustiva dello stato della sanità in FVG, indispensabile per elaborare una pianificazione di tale portata. Non solo, ma dall'esame di tali dati risulta che diversi di questi risultano difforni dai dati prodotti dal MEF - Ministero dell'Economia e Finanze - e dalla Corte dei Conti.

Diapositive 2-4

La **spesa sanitaria pro-capite** in FVG è superiore alla media nazionale, come si vede dalla slide che descrive l'andamento della spesa sanitaria pro-capite nel periodo 2015 – 2023. La slide indica che nel 2022 la spesa pro capite in FVG è stata di 2.239 euro contro una media italiana di 2.177, quindi +62 euro.



Andamento del finanziamento pro-capite trend 2015-2023



Ma i dati presentati dalla Regione non risultano coerenti con i dati pubblicati dalla Corte dei Conti, infatti, la tabella “La Spesa pro capite – anni 2019 – 2022” riportata nel “Rapporto 2023 sul coordinamento della finanza pubblica” della Corte dei Conti (pag. 236 tabella 4) riporta riguardo all’anno 2022 una spesa pro capite in FVG di 2.414 euro contro la media italiana di 2.241, quindi +173 euro, quasi il triplo della somma indicata dalla Regione.

TAVOLA 4

LA SPESA PRO CAPITALE - ANNI 2019 -2022
(per regioni in Piano e non - per aree territoriali - valori assoluti in euro)

	Totale per residenti			
	2019	2020	2021	2022
PIEMONTE	2.020	2.114	2.208	2.224
VALLE D'AOSTA	2.150	2.405	2.588	2.705
LOMBARDIA	1.967	2.077	2.149	2.223
P. A. BOLZANO	2.458	2.706	2.844	2.836
P. A. TRENTO	2.291	2.433	2.472	2.710
VENETO	1.960	2.125	2.207	2.290
FRIULI V G	2.180	2.244	2.351	2.414
LIGURIA	2.209	2.272	2.372	2.462
EMILIA ROMAGNA	2.057	2.246	2.258	2.334
TOSCANA	2.051	2.216	2.285	2.281
UMBRIA	2.019	2.143	2.233	2.333
MARCHE	1.978	2.070	2.165	2.190
LAZIO	1.944	2.068	2.122	2.181
ABRUZZO	2.011	2.096	2.155	2.185
MOLISE	2.399	2.207	2.373	2.345
CAMPANIA	1.896	2.009	2.103	2.115
PUGLIA	1.960	2.036	2.145	2.169
BASILICATA	2.016	2.116	2.219	2.286
CALABRIA	2.051	2.098	2.087	2.041
SICILIA	1.955	2.048	2.143	2.183
SARDEGNA	2.121	2.185	2.338	2.413
Totale	2.001	2.116	2.194	2.241
Piano	1.955	2.050	2.128	2.155
NoPiano	2.032	2.160	2.237	2.298
Totale	2.001	2.116	2.194	2.241
RSO	1.989	2.107	2.179	2.224
RSO Nord	2.005	2.134	2.203	2.270
RSO Centro	1.987	2.120	2.187	2.225
RSO Sud	1.963	2.046	2.128	2.139
RSS	2.069	2.167	2.275	2.335
RSS Nord	2.265	2.397	2.500	2.590
RSS Sud	1.997	2.082	2.191	2.240

Fonte: elaborazione Corte dei conti su dati NSIS

La tabella presentata dalla Regione non indica la fonte di provenienza, mentre quella pubblicata dalla Corte dei Conti indica “Fonte: elaborazione Corte dei conti su dati NSIS”.

Ma quali sono i dati giusti? quelli presentati dall’assessore alla Salute Riccardi al Consiglio regionale o i dati pubblicati dalla Corte dei Conti?

Spesa sanitaria pro capite in Friuli Venezia Giulia				
	2019	2020	2021	2022
ARCS	2015	2098	2162	2239
Corte dei Conti	2180	2244	2351	2414
Delta	-165	-146	-189	-175

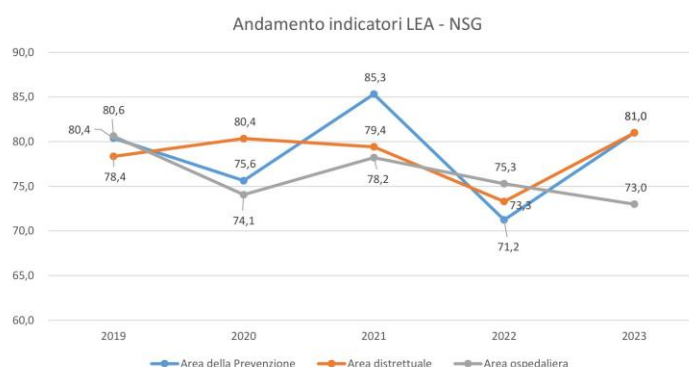
Spesa sanitaria pro capite in Italia				
	2019	2020	2021	2022
ARCS	1943	2066	2113	2177
Corte dei Conti	2001	2116	2194	2241
Delta	-58	-50	-81	-64

Diapositive 5-6

La **tabella relativa ai LEA** mette sì in evidenza l'andamento complessivamente negativo dei LEA in FVG, ma evita il confronto con le altre regioni italiane, mentre il confronto c'è per la spesa media pro-capite, perché?



Andamento indicatori LEA 2019-2023



A questo proposito riportiamo la tabella presentata da AGENAS al Consiglio regionale FVG il 3 marzo 2024, che mette a confronto le regioni, da cui risulta che rispetto a regioni limitrofe spendiamo di più per fare di meno.

I punteggi LEA tra il 2019 ed il 2021

AGENAS, Consiglio regionale FVG
6 marzo 2024

Regione	2021			2020			2019		
	Area Prevenzione	Area Distrettuale	Area Ospedaliera	Area Prevenzione	Area Distrettuale	Area Ospedaliera	Area Prevenzione	Area Distrettuale	Area Ospedaliera
PIEMONTE	86,05	84,47	81,36	76,08	91,26	74,92	91,72	88,83	85,78
VALLE D'AOSTA	45,31	49,31	52,59	74,06	56,58	57,35	72,16	48,09	62,59
LOMBARDIA	86,84	93,09	85,33	62,02	95,02	75,21	91,95	89,98	86,01
PROV. AUTON. BOLZANO	51,97	68,05	80,75	51,90	57,43	62,64	53,78	50,89	72,79
PROV. AUTON. TRENTO	92,55	79,33	96,52	88,42	78,07	90,09	78,63	75,06	96,98
VENETO	84,63	95,60	84,65	80,74	98,37	78,77	94,13	97,64	86,66
FRIULI VENEZIA GIULIA	85,32	79,42	78,22	75,63	80,35	73,52	80,39	78,35	80,62
LIGURIA	73,05	85,92	73,60	50,85	83,12	63,31	82,09	85,48	75,99
EMILIA ROMAGNA	90,73	95,96	94,50	89,08	95,16	88,03	94,41	94,51	94,66
TOSCANA	91,37	95,02	88,07	88,13	92,94	80,00	90,67	88,50	91,39
UMBRIA	91,97	73,64	82,31	89,64	68,55	69,82	95,65	69,29	87,97
MARCHE	82,62	89,38	85,90	79,01	91,68	75,05	89,45	85,58	82,79
LAZIO	80,78	77,61	77,12	74,46	80,19	70,72	86,23	73,51	72,44
ABRUZZO	77,74	68,46	69,25	54,03	76,94	63,47	82,39	79,04	73,84
MOLISE	82,99	65,40	48,55	64,21	67,12	41,94	76,25	67,91	48,73
CAMPANIA	78,37	57,52	62,68	61,53	57,14	59,08	78,88	63,04	60,40
PUGLIA	67,85	61,66	79,83	66,83	68,13	71,73	81,59	76,53	72,22
BASILICATA	79,63	64,22	63,69	57,07	62,85	51,90	76,93	50,23	77,52
CALABRIA	52,96	48,51	58,52	32,73	48,18	48,44	59,90	55,50	47,43
SICILIA	45,53	62,19	75,29	43,44	62,06	69,26	58,18	75,20	70,47
SARDEGNA	61,63	49,34	58,71	70,79	48,95	57,75	78,30	61,70	66,21

punteggi LEA sopra la media italiana ma inferiori a Regioni limitrofe, in lieve diminuzione per l'ospedaliera ed in aumento per la prevenzione

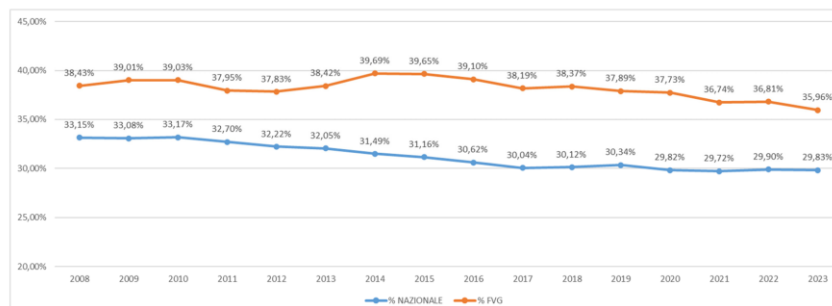
3

Diapositive 7-12

In ordine alla spesa l'assessore Riccardi dichiara che la spesa per il personale è tra le più alte d'Italia, ma allora perché le paghe che a fine mese vanno in tasca a medici e infermieri sono tra le più basse in Italia, come certificato dal MEF?



Incidenza % costo del personale su spesa sanitaria corrente 2008-2023



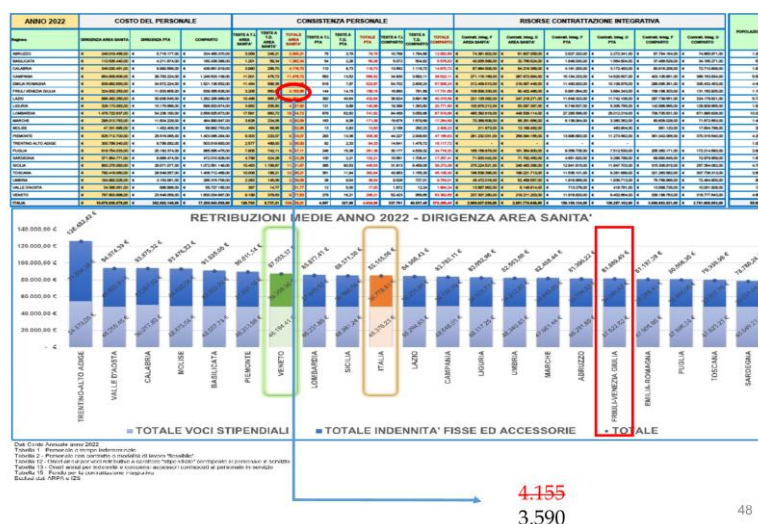
+ 6%

Fonte:
MEF: Il monitoraggio della spesa sanitaria - anno 2019 (TAB.1.9)
MEF: Il monitoraggio della spesa sanitaria - anno 2024 (TAB.1.8)

A questo proposito l'assessore presenta una diapositiva composta da due tabelle riportanti per l'anno 2022 (ultimo anno disponibile dal Conto annuale del MEF) il numero complessivo di dirigenti del SSR al fine di dimostrare che il MEF a volte riporta dati errati e, nel calcolare gli stipendi medi dei dirigenti del SSR (sanitari, professionali, tecnici e amministrativi, esclusi quindi i dipendenti dell'Università) avrebbe erroneamente riportato un numero consistentemente maggiore di dirigenti, facendo così risultare, sempre erroneamente, una retribuzione media molto più bassa. La Regione sostiene che, se il costo complessivo del personale fosse stato diviso per il numero corretto di dirigenti (3590 invece di 4155), la retribuzione media pro-capite sarebbe stata consistentemente più alta, verosimilmente fra le più alte in Italia - ha affermato la Regione.



Criticità su dati



Secondo la Regione si tratterebbe quindi di un banale errore. (Per inciso: perché mai nella tabella inferiore è evidenziato il Veneto?)

Due obiezioni.

a) I dati riportati dalla Regione sarebbero stati presi dal Conto annuale dello Stato (MEF), anche se non è citata la fonte precisa delle tabelle.

Però dal sito del Conto Annuale <https://contoannuale.rgs.mef.gov.it/> risultano dati diversi da quelli presentati da ARCS, come chiunque può verificare.

Occupazione

Selezioni effettuate: MacroCategoria: DIRIGENTI PROFESSIONALI, TECNICI E AMMINISTRATIVI, DIRIGENTI SANITARI Aggregato: SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE ANNO: 2022 Regione: FRIULI-VENEZIA GIULIA Cliccando sui filtri è possibile operare delle selezioni. Modificandone l'ordine (trascinandoli) cambieranno i dati visualizzati nella tabella.

Valori									
	Tempo Pieno Uomini	Tempo Pieno Donne	Part Time <50% Uomini	Part Time <50% Donne	Part Time >50% Uomini	Part Time >50% Donne	Tot Uomini	Tot Donne	Totale
Totale	1.380	1.959	-	1	-	29	1.380	1.989	3.369
➕ MEDICI	1.161	1.478	-	1	-	24	1.161	1.503	2.664
➕ VETERINARI	45	38	-	-	-	-	45	38	83
➕ ODONTOIATRI	6	7	-	-	-	-	6	7	13
➕ FARMACISTI	16	50	-	-	-	-	16	50	66
➕ BIOLOGI	16	78	-	-	-	-	16	78	94
➕ CHIMICI	7	2	-	-	-	-	7	2	9
➕ FISICI	11	18	-	-	-	-	11	18	29
➕ PSICOLOGI	37	181	-	-	-	5	37	186	223
➕ DIRIGENTI PROFESSIONI SANITARIE	8	23	-	-	-	-	8	23	31
➕ DIR. RUOLO PROFESSIONALE	28	13	-	-	-	-	28	13	41
➕ DIR. RUOLO TECNICO	13	12	-	-	-	-	13	12	25
➕ DIR. RUOLO AMMINISTRATIVO	32	59	-	-	-	-	32	59	91

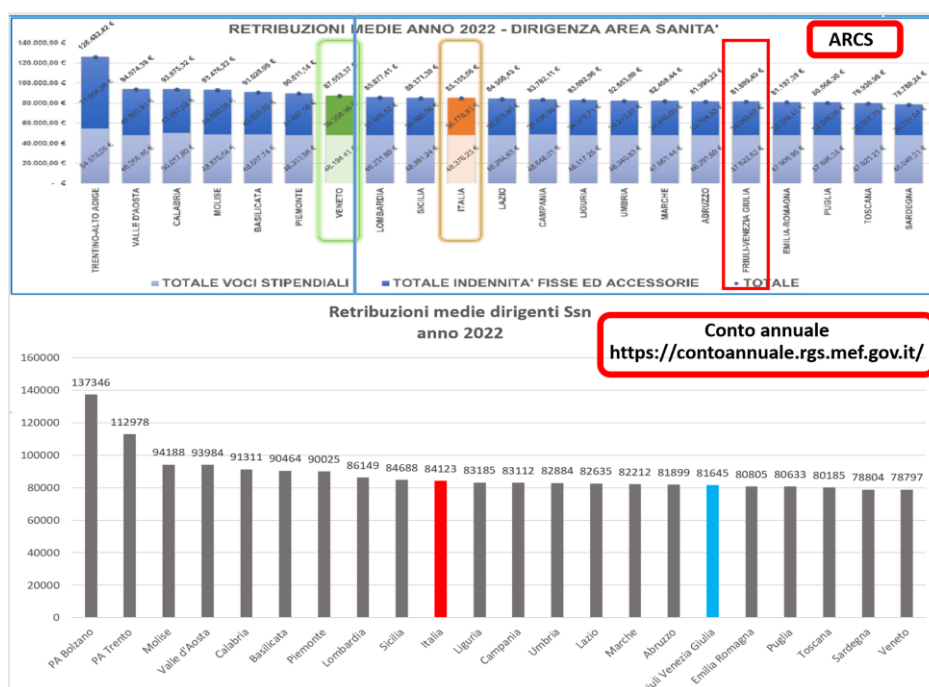
Conto annuale Ministero dell'Economia e delle Finanze

<https://contoannuale.rgs.mef.gov.it/>

Ributizione media

Selezioni effettuate: MacroCategoria: DIRIGENTI PROFESSIONALI, TECNICI E AMMINISTRATIVI, DIRIGENTI SANITARI Aggregato: SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE ANNO: 2022 Cliccando sui filtri è possibile operare delle selezioni. Modificandone l'ordine (trascinandoli) cambieranno i dati visualizzati nella tabella.

Regione			Comparto			Aggregato			Contratto			Valori		
MacroCategoria			Categoria			Tipo_Istituzione								
Istituzione			Provincia											
			Stipendio + I.I.S.	RIA/Classi e scatti/ Fasce	Differenziale Stipendiale Maturato	Tredicesima	Totale Voci Stipendiali	Straordinaria...	Fisse	Indennità Altre Accessorie	Totale Indennità fisse ed	Retribuzio...		
Totale			41.449	705	-	5.816	47.970	705	31.906	3.541	36.153	84.123		
+ ABRUZZO			41.835	727	-	5.700	48.262	973	29.412	3.252	33.637	81.899		
+ BASILICATA			41.711	786	-	5.968	48.465	1.107	36.913	3.979	41.999	90.464		
+ CALABRIA			41.769	1.226	-	6.920	49.914	987	35.595	4.814	41.396	91.311		
+ CAMPANIA			41.772	928	-	5.850	48.550	845	30.246	3.471	34.562	83.112		
+ EMILIA-ROMAGNA			41.789	377	-	5.701	47.867	625	30.071	2.241	32.937	80.805		
+ FRIULI-VENEZIA GIULIA			41.788	378	-	5.612	47.778	643	30.562	2.662	33.866	81.645		
+ LAZIO			41.866	579	-	5.851	48.297	615	30.551	3.172	34.338	82.635		
+ LIGURIA			41.723	604	-	5.781	48.108	594	31.624	2.859	35.077	83.185		
+ LOMBARDIA			41.891	512	-	5.907	48.309	745	34.459	2.636	37.840	86.149		
+ MARCHE			41.799	444	-	5.687	47.930	684	30.693	2.905	34.282	82.212		
+ MOLISE			41.780	1.215	-	5.864	48.860	1.200	40.722	3.406	45.328	94.188		
+ PIEMONTE			41.739	572	-	5.977	48.289	644	37.830	3.262	41.736	90.025		
+ PROVINCIA AUTONOMA DEL TRIESTO			41.231	11.205	-	8.557	61.202	1.000	30.710	24.424	76.052	127.246		

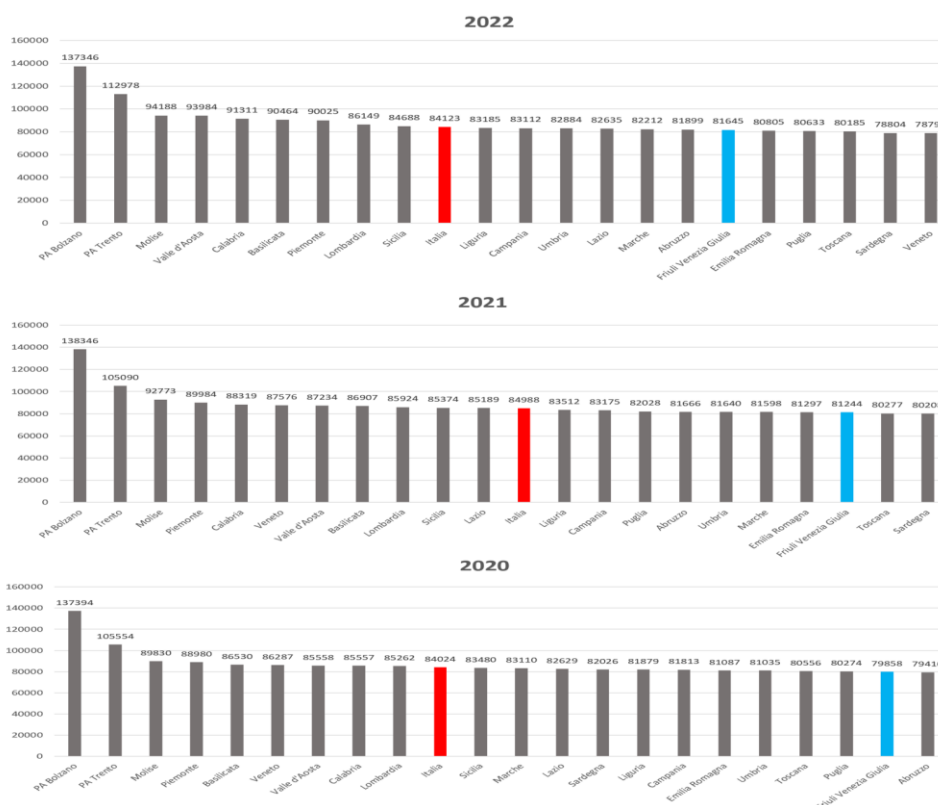


Sarà necessario un chiarimento, perché per il FVG la differenza nel numero di dirigenti non è irrilevante: il numero di questi riportato dal Conto annuale per il 2022 è addirittura inferiore di 221 unità a quello che risulta all'ARCS, quindi l'errore, se vi è stato, porterebbe a una sovrastima nel calcolo dello stipendio medio e non a una sottostima.

Dirigenti Ssn Friuli Venezia Giulia anno 2022			
	Presentazione ARCS	Conto annuale (MEF)	delta
ruolo sanitario	3422	3212	210
ruolo professionale	48	41	7
ruolo tecnico	18	25	-7
ruolo amministrativo	102	91	11
TOTALE	3590	3369	221

Retribuzione media Dirigenti Ssn in Friuli Venezia Giulia anno 2022		
Presentazione ARCS	Conto annuale (MEF)	delta
81889	81645	244

b) Che ci sia un errore del MEF, come denunciato dalla Regione, sembra poco probabile, perché se così fosse si sarebbe dovuta riscontrare un'improvvisa riduzione degli stipendi medi nel 2022, mentre invece dal Conto annuale risulta un aumento: dal penultimo posto fra le regioni nel 2020 siamo passati al sestultimo nel 2022. C'è stato senza dubbio un miglioramento, almeno relativo, però restiamo sempre ben sotto la media italiana e al sedicesimo posto fra le regioni, non certo fra i primi.



Diapositiva 13

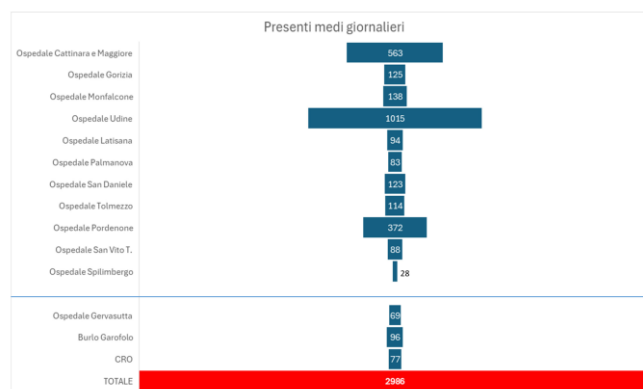
L'assessore Riccardi attribuisce buona parte dell'inefficienza del SSR alla frammentazione dell'offerta e presenta una tabella dove è riportato il numero dei **“Presenti medi giornalieri negli stabilimenti ospedalieri- anno 2024”**, dove è riportato solo il numero assoluto di pazienti ricoverati nei diversi ospedali, ma non il numero complessivo di posti letto e la percentuale di occupazione dei posti letto disponibili.

Pare evidente che un'analisi seria sull'efficienza non può prescindere oltre che dal numero di presenze almeno dal numero di posti letto suddiviso per discipline e intensità di cure.

E mancano anche i dati relativi alle degenze nel privato accreditato.



Presenti medi giornalieri negli stabilimenti ospedalieri- anno 2024



Diapositiva 14

Riguardo ai MMG – Medici di medicina generale - viene presentata una tabella che indica il **“Costo medio per MMG (voce bilancio BA0430) - confronto con alcune regioni Trend 2019-2023”**, da cui si evince che il FVG spende per ciascun medico di più delle regioni prese a confronto.

Ma questo è un dato che non dice niente, anzi può essere addirittura fuorviante, poiché non indica il numero medio di pazienti in carico ai medici. E va anche tenuto presente che il costo del MMG è significativamente crescente in base all’anzianità lavorativa del professionista.

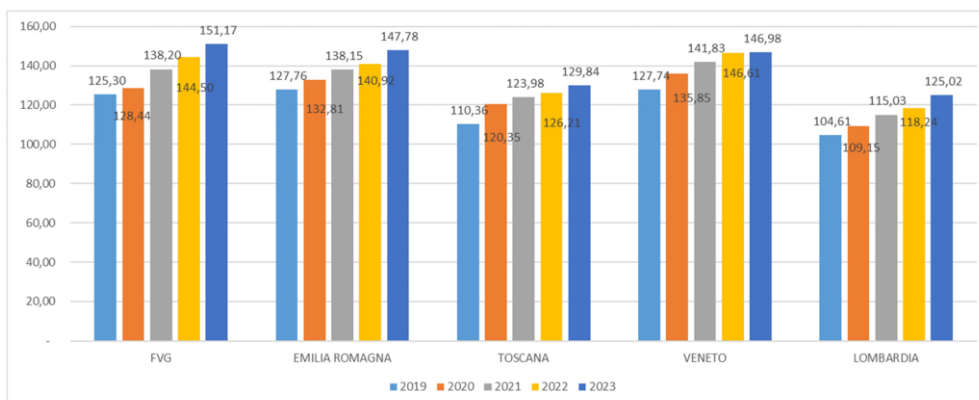
Pare evidente che se una regione ha pochi medici, ma con molti assistiti per ciascun medico il costo medio è più elevato in confronto ad una regione che ha molti medici con meno assistiti per ciascuno, e se ha molti medici anziani (come in FVG) ovviamente il costo sarà più elevato che in regioni dove quella quota è inferiore.

Questo confronto è di difficile interpretazione, ma pare ipotizzabile che le regioni con costo medio per MMG più elevato, quindi con più pazienti a carico di ciascun medico, avranno verosimilmente una più bassa qualità di assistenza.

Resta problematico il fatto che attualmente circa 200.000 cittadini del FVG sono privi di un proprio medico di medicina generale, con le intuibili ricadute in termini di accesso alle cure gratuite, di “filtro” di appropriatezza per gli accessi al Pronto Soccorso e alla medicina specialistica. Un danno incommensurabile per la salute individuale e per il “benessere” del sistema.



Costo medio per MMG (voce bilancio BA0430) - confronto con alcune regioni
Trend 2019-2023
valori in migliaia di €



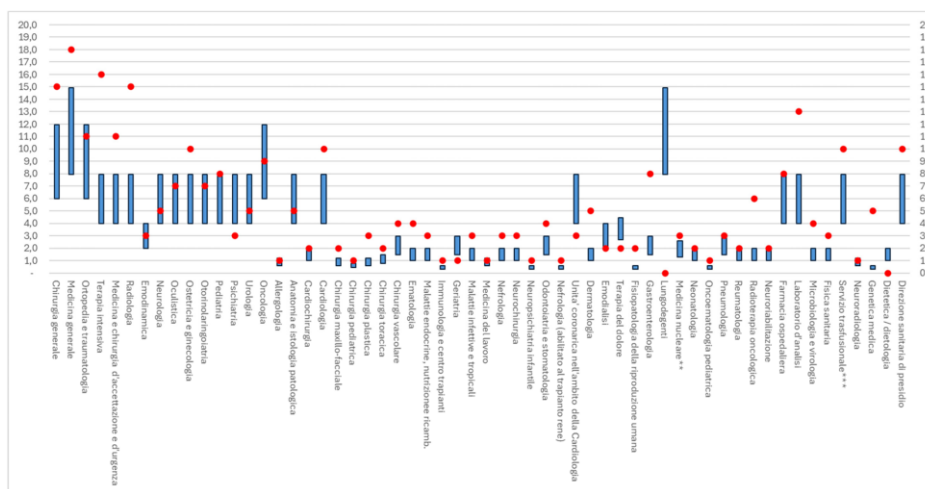
Fonte: MMG: SISAC rilevazione deleghe sindacali al 1° Gennaio di ogni anno

Diapositiva 15

La Regione sembra voler insistere sul fatto che avremmo troppi reparti e servizi ospedalieri, verosimilmente per preparare un'altra stagione di tagli negli ospedali.



Confronto delle SC e SSD aziendali con gli standard previsti dal DM 70/2015



Si continua a confrontare il numero di reparti ospedalieri con quanto previsto dal DM 70 del 2015 quindi in era pre-Covid. La pandemia ha dimostrato che reparti e posti letto ospedalieri erano largamente insufficienti per le necessità di cura, tanto che lo stesso Ministero si propone di rivedere gli standard di questo provvedimento.

Però qui c'è dell'altro.

Una noiosa ma necessaria premessa: una SC, Struttura Complessa, è un reparto o un servizio diretto da un "primario" nominato con una procedura concorsuale; una SSD, Struttura Semplice Dipartimentale è un reparto o servizio di minore complessità, con un direttore che non è un "primario", quindi di livello per così dire inferiore.

Gli standard del DM 70/2015 sono riferiti a bacini di utenza che giustificano l'esistenza di una struttura complessa; quindi, includere nel computo anche le SSD può portare a concludere erroneamente che vi sia un eccesso di strutture.

Nel computo del numero di strutture da mantenere per il DM 70/2015 vanno incluse anche le strutture private, ed è verosimile che questo sia stato fatto nella tabella di ARCS, perché per alcune specialità il numero di strutture sembra troppo alto per essere riferito solo alle strutture pubbliche. Un esempio eclatante è il laboratorio: ARCS conta ben 13 strutture quando, dai siti internet delle Aziende e degli IRCCS, ne risultano 4 o al massimo 5.

Però ARCS nel titolo della tabella scrive "SC e SSD aziendali", e questo porta a credere che l'eventuale eccesso di strutture riguardi solo il pubblico. Forse, e questo è il timore, un eccesso di strutture private potrebbe portare alla chiusura di quelle pubbliche?

Per inciso: cosa si intende con "Presidio Gorizia Monfalcone: nel rispetto DM 70/2015"?

Conclusioni

Tralasciamo le altre tabelle presentate da ARCS, oltre che per esigenza di sintesi, anche perché sembrano meno rilevanti nel contesto delle due linee di azione annunciate dall'assessore Riccardi per efficientare il sistema.

Sta di fatto che, più in generale, il messaggio della Regione sembra essere "abbiamo troppo, bisogna tagliare reparti e servizi negli ospedali pubblici".

Ma se si ammette - come ha fatto l'assessore - che i LEA calano, il problema oltre che di efficienza è prima di tutto di efficacia, in quanto i LEA rappresentano l'elemento di garanzia per i cittadini dell'osservanza dell'art. 32 della Costituzione. Dunque, una "inadempienza" nei LEA rappresenta una "sottrazione di diritto alla salute". Ecco perché sorprende che l'assessore si preoccupi della asserita inefficienza senza affiancarle una ben più profonda preoccupazione per l'efficacia del nostro Servizio sanitario regionale.

Comunque, come già rilevato in premessa, in 3° Commissione non è stato presentato alcun documento programmatico, si sono sentiti solo annunci astratti che denotano la mancanza di un approccio tecnico valutativo che partendo dall'analisi dei dati arrivi a definire obiettivi raggiungibili e misurabili.

Pianificare significa produrre un documento programmatico che non sia una dichiarazione del "dover essere", ma che abbia le caratteristiche di fattibilità e che simuli e preveda l'impatto organizzativo, componendo una scala di priorità. In tale contesto vanno definiti ex ante gli obiettivi/risultati attesi negli anni e misurabili nell'esito, nonché indicate le risorse del SSR e delle singole Aziende per l'anno cui si riferiscono e per i livelli di avanzamento che si intendono

raggiungere. Una siffatta “pianificazione” è prerequisite indispensabile per il successivo sviluppo attuativo, poiché solo in tal modo può esserci una univoca e coerente definizione ex ante degli obiettivi/risultati attesi e la conseguente corretta valutazione ex post, utile anche alla riprogettazione pianificatoria.

Ricordiamo che la precedente legge di riforma sanitaria, la LR 22/2019 tuttora vigente in FVG, fu approvata cinque anni fa su proposta dell’assessore Riccardi. In tale occasione fu scritto: “Serviva una pianificazione che individuasse analiticamente in una scala di priorità gli obiettivi e la loro fattibilità, le azioni e le risorse necessarie, gli strumenti di verifica e misurazione dei risultati.”

Allora come ora.

Trieste, 13 maggio 2024

Laura Stabile