

	REGIONE AUTONOMA FRIULI VENEZIA GIULIA
DIREZIONE CENTRALE SALUTE, POLITICHE SOCIALI e DISABILITÀ	
tel + 39 040 377 5551 fax + 39 040 377 5523	salute@certregione.fvg.it salute@regione.fvg.it I - 34124 Trieste, riva Nazario Sauro 8

ALLEGATO D

PIANO OPERATIVO REGIONALE PER IL RECUPERO DELLE LISTE DI ATTESA

ex art. 29 del d.l. n. 104/2020

– rimodulazione per l'anno 2022 ex art. 1, c. 276, della l. n. 234/2021 -

SOMMARIO

1. Premessa e contesto operativo sanitario generale e nel Friuli Venezia Giulia	3
2. Prestazioni sanitarie erogate nel periodo pandemico: confronto pluriennale 2019-2021 per un esame dei volumi e delle tipologie delle prestazioni erogate	5
3. Le misure straordinarie statali approvate per la riduzione delle liste di attesa nel periodo pandemico da SARS-Cov-2	9
3.1. Il decreto-legge n. 104/2020	9
3.2. Il decreto-legge n. 73/2021	9
3.3. La legge n. 234 del 2021	10
4. Modelli organizzativi e strumenti aziendali utilizzabili per il recupero delle liste di attesa.....	11
4.1. In applicazione dell'art. 1, comma 276, della l. 234/2021 e prorogato comma 1 dell'art. 26 del d.l. n. 73/2021	11
4.2. In applicazione dell'art. 1, comma 277, della l. 234/2021 e prorogato comma 2 dell'art. 26 del d.l. n. 73/2021	11
5. Utilizzo del finanziamento reso disponibile alla Regione Friuli Venezia Giulia dall'art. 1, comma 278, della l. 234/2021, assegnazione agli Enti delle quote di finanziamento e determinazione della quota massima destinabile al coinvolgimento delle Strutture private accreditate nelle attività di recupero delle prestazioni sanitarie non erogate	12
6. Direttive impartite agli enti in relazione alla selezione delle tipologie di prestazioni sanitarie oggetto dell'attività di recupero delle liste di attesa.....	14
6.1. Prestazioni sanitarie erogabili nell'anno 2022 in applicazione dell'art. 1, commi 276 e 277, della l. 234/2021 e prorogati commi 1 e 2 dell'art. 26 del d.l. n. 73/2021	14
7. Indicazione di ulteriori strumenti di recupero delle liste di attesa	16
8. Monitoraggio delle attività.....	16

1. Premessa e contesto operativo sanitario generale e nel Friuli Venezia Giulia

La persistente emergenza sanitaria conseguente all'andamento pandemico da SARS-CoV-2 pone pesanti condizionamenti alla gestione operativa degli Enti del Servizio sanitario regionale incidendo gravemente su volumi e tempi di erogazione delle prestazioni sanitarie.

Il Ministero della Salute ha registrato e governato tali critiche condizioni operative emanando, da ultimo, la circolare n. 0026081 del 18/12/2021 della Direzione generale della Programmazione Sanitaria e della Prevenzione Sanitaria, con la quale alla fine del 2021 ha raccomandato a tutte le Regioni la tempestiva attivazione di tutte le misure organizzative atte a fronteggiare l'eventuale incremento di attività sanitaria legata all'infezione da SARS-CoV-2, sia a livello territoriale che ospedaliero. In merito lo stesso Ministero ha ritenuto necessario richiamare le precedenti indicazioni organizzative applicabili contenute nelle proprie numerose precedenti circolari, a partire dalla n. 7422 del 16/03/2020 recante *Linee di indirizzo per la rimodulazione dell'attività programmata considerata differibile in corso di emergenza da COVID-19*.

Con la circolare n. 26081/2021 e le altre richiamate, preso atto delle critiche condizioni operative causate dal riacutizzarsi pandemico, al fine di rendere omogenee le eventuali iniziative di riorganizzazione delle attività ospedaliere di ricovero, diurno e ordinario, e ambulatoriali che si rendessero necessarie per soddisfare il potenziale incremento delle necessità di ricovero e di limitare i flussi di pazienti all'interno delle strutture di assistenza, si sono richiamate in applicazione le indicazioni generali per la riprogrammazione delle attività da considerare clinicamente differibili in base a valutazione del rapporto rischio-beneficio, come di seguito sintetizzate e riepilogate.

Relativamente alle attività ambulatoriali, nelle istruzioni ministeriali di cui alle circolari *supra* citate sono state indicate come non procrastinabili, e quindi indifferibili, le prestazioni specialistiche afferenti alle classi di priorità U (Urgente) e B (Breve) così come classificate dal Piano Nazionale di Governo delle Liste di Attesa (PNGLA 2019-2021) di cui all'Intesa Stato-Regioni 21.02.2019, mentre sono state valutate procrastinabili, e quindi da riprogrammare non appena possibile, le prestazioni specialistiche afferenti alle classi di priorità definite dal PNGLA 2019-2021 come D (Differibile) – da valutare singolarmente rispetto al quesito diagnostico - e come P (Programmata).

Per quanto riguarda le attività di ricovero, nelle istruzioni ministeriali di cui alle circolari *supra* citate sono state indicate come:

- non procrastinabili, e quindi indifferibili, le prestazioni di ricovero in regime di urgenza, ma anche quelle relative ai ricoveri elettivi oncologici e a quelli, non oncologici, che ricadano nella classe di priorità A come definita dal PNGLA 2019-2021 (casi clinici che potenzialmente possono aggravarsi rapidamente al punto da diventare emergenti, o comunque da recare grave pregiudizio alla prognosi);
- procrastinabili, e quindi da riprogrammare appena possibile, i ricoveri elettivi non oncologici nelle classi di priorità PNGLA 2019-2021 B e C (da valutare singolarmente dal Direttore Sanitario e dai Direttori delle Unità Operative di afferenza della lista di attesa in base alle caratteristiche cliniche) e D.

Ferme rimanendo ulteriori particolari e specifiche indicazioni ministeriali derogatorie impartite relativamente a particolari percorsi terapeutici, diagnostici e assistenziali, come nel caso di quanto disposto in ambito ostetrico-ginecologico dalla circolare Ministeriale n. 0008076-30/03/2020-DGPROGS-MDS-P (con oggetto *Chiarimenti Rif. Linee di indirizzo per la rimodulazione dell'attività programmata differibile in corso di emergenza da COVID-19*), il quadro di riferimento in merito ai criteri di azione da seguire negli Enti per la gestione delle attività di erogazione nell'attuale fase pandemica appare sufficientemente delineato, anche se suscettibile di periodica e necessaria rivalutazione della situazione epidemiologica locale e delle collegate condizioni logistiche di sicurezza, così come anche ricordato dalla circolare del Ministero della Salute 0011408-01/06/2020-DGPROGS-MDS-P (con oggetto *Linee di indirizzo per la progressiva riattivazione delle attività programmate considerate differibili in corso di emergenza da COVID-19*), adottata nel corso del 2020 in occasione di diversa fase pandemica, in corrispondenza di un

temporaneo affievolirsi della gravità dell'epidemia tale da permettere una parziale, e territorialmente limitata, ripresa delle attività di erogazione delle prestazioni sanitarie già sospese per preminenti necessità di gestione pandemica.

In relazione alla situazione attuale, si prende atto dell'andamento non positivo dell'evoluzione pandemica, come rilevato nei dati epidemiologici e di gestione delle ospedalizzazioni per COVID-19, situazione che sta determinando l'adozione di rilevanti provvedimenti da parte delle Autorità nazionali e regionali per il contenimento della crisi pandemica nel territorio del Friuli Venezia Giulia (si ricorda, da ultimo, l'ordinanza 21 gennaio 2022, recante "Ulteriori misure urgenti in materia di contenimento e gestione dell'emergenza epidemiologica da COVID-19 nelle Regioni Abruzzo, Friuli Venezia Giulia, Piemonte, Puglia, Sardegna e Sicilia, in Gazz.Uff. S.G: n. 17 del 22 gennaio 2022, con le quali si è "preso atto della sussistenza per le Regioni Abruzzo, Friuli-Venezia Giulia, Piemonte e Sicilia dei presupposti di cui all'art. 1, comma 16-septies, lettera c) del citato decreto-legge 16 maggio 2020, n. 33, con la conseguente applicazione delle misure previste per le «zone arancioni»").

Sotto un diverso profilo, le già difficili condizioni operative della gestione sanitaria pubblica registrano da ultimo anche una progressiva riduzione delle risorse umane disponibili, e ciò in ragione delle conseguenze, dirette e indirette, della pandemia e delle collegate necessità di governo e gestione complessiva. In merito va sottolineato come alla fine della seconda decade di gennaio 2022 si registri l'assenza di più di 1032 unità di personale per le diverse ragioni collegate alla pandemia: necessità di cura per patologie COVID-19, isolamento o quarantena o sospensioni o differimenti in ragione della gestione di adempimento agli obblighi vaccinali, escludendo pertanto altre ragioni di assenza quali infortuni o stati di malattia non collegati a patologie COVID-19 correlate.

Nelle condizioni operative al momento esistenti in Friuli Venezia Giulia, è di tutta evidenza la necessità di dare adeguata applicazione nel Sistema sanitario regionale alle corrette e utili indicazioni già impartite dal Ministero della Salute con la circolare n. 0026081 del 18/12/2021 e con le precedenti circolari richiamate in tale ultimo atto delle Direzioni generali della Programmazione Sanitaria e della Prevenzione Sanitaria del Ministero della Salute, indicazioni alle quali gli Enti sanitari pubblici regionali si sono conformati nel periodo compreso tra la fine di dicembre 2021 e il mese di gennaio 2022.

Nel contesto operativo sopra delineato va declinata e adeguatamente valorizzata l'opportunità di rafforzamento e recupero delle attività di erogazione delle prestazioni sanitarie, nonché di contenimento dei tempi di attesa, offerta dalla legge 30 dicembre 2021, n. 234. Tale legge, ai commi dal 276 al 278 del suo articolo 1, nel rendere nuovamente disponibili gli strumenti operativi straordinari già offerti dai commi 1 e 2 dell'articolo 26 del d.l. n. 73/2021, li accompagna con un nuovo finanziamento di Euro 10.368.081 destinato alle finalità di recupero delle prestazioni non erogate in ragione della pandemia da COVID-19, con contenimento dei tempi di attesa, perseguite dal Piano operativo regionale per il recupero delle liste di attesa (di seguito, anche indicato per brevità come PIANO) già adottato, modificato e rimodulato per il suo utilizzo nel biennio 2020 e 2021 da questa Regione (con d.g.r. nn. 1565 del 23 ottobre 2020, 1673 del 13 novembre 2020, 1036 del 2 luglio 2021 e n. 1891 del 10 dicembre 2021), e che la legge 234 chiede di riattivare in modo rimodulato per il 2022, adattandolo a contesto ed esigenze operative attualmente esistenti.

In relazione all'attività di rimodulazione di questo PIANO e in stretta prossimità temporale rispetto alla sua approvazione - vincolata peraltro nella sua tempistica di adozione dalla sua dovuta presentazione ai Ministeri della Salute e dell'Economia e finanze entro la data del 31.01.2022, così come disposto dal comma 276 dell'art. 1 della l. 234- è pervenuta la nota del Ministero della Salute prot. n. 0001356-21/01/2022-DGPROGS-MDS-P del 21 gennaio 2022, con oggetto "Adempimenti di cui all'articolo 1, commi 276 e 279, della legge 30 dicembre 2021, n. 234. Richiesta di trasmissione del Piano di recupero per le liste d'attesa, rimodulato ai sensi della vigente normativa, e di relazione sul recupero prestazioni". Con tale nota è stato, in particolare, trasmesso anche il documento intitolato "Linee di indirizzo per il recupero delle prestazioni sanitarie non erogate in ragione dell'epidemia da SARS-COV-2", peraltro modificato e integrato poi dalla successiva nota del Ministero della Salute del 24 gennaio 2022 num. prot. 0001525-24/01/2022-DGPROGS-P. In tale ultima nota ministeriale si chiarisce

che “Le linee di indirizzo sono state messe a punto dal Gruppo di lavoro per l’analisi delle problematiche connesse al recupero delle prestazioni non erogate a causa della pandemia da SARS-CoV-2, istituito il 17 settembre 2021 con decreto del Capo di Gabinetto del Ministero della Salute con il compito di valutare le prestazioni sanitarie non erogate a causa dell’emergenza pandemica, di esaminare i Piani Operativi Regionali per il recupero delle liste di attesa e di effettuare un monitoraggio trimestrale per la verifica dei risultati regionali. Il citato documento contiene analisi di contesto a livello nazionale, valutazioni di carattere strategico e indicazioni metodologiche per la gestione delle liste di attesa e vuole fornire un utile strumento per l’inquadramento complessivo della problematica e per garantire la redazione univoca e la confrontabilità dei Piani di recupero che andranno sottoposti ai Ministeri competenti.” Nella richiamata nota ministeriale si sottolinea, quindi, il ruolo di supporto metodologico delle *Linee* per la redazione del PIANO e la loro primaria funzionalità in relazione all’esame dei PIANI predisposti dalle regioni, in un’ottica di comparazione, integrazione e periodico monitoraggio tesa, tuttavia, a diffondere articolati metodi e approccio di gestione delle liste di attesa che appaiono mutuati da una o più esperienze regionali, caratterizzate da una struttura di governo sanitario apparentemente fortemente centralizzata e notevolmente consolidata nel tempo, e che quindi si presentano solo in minima misura replicabili direttamente e in tempi adeguati rispetto ad altre realtà sanitarie regionali, dove le necessità di sviluppo organizzativo e informativo si presentino rilevanti e da programarsi su tempistiche non brevi.

Pur prendendo atto della non piena rispondenza delle evidenze informative e organizzative del Sistema sanitario regionale del Friuli Venezia Giulia rispetto ai corrispettivi modelli evidenziati e perseguiti nel documento costituito dalle Linee di indirizzo allegate alla nota ministeriale, l’analisi esposta nel prosieguo del PIANO tenderà ad un adeguamento, per quanto allo stato possibile, dei contenuti rispetto a quanto richiesto in termini informativi. Sotto diverso profilo, nella definizione delle tipologie di prestazione sanitaria di cui è programmato lo svolgimento per le finalità del PIANO, le indicazioni metodologiche contenute nel citato documento, allegato da ultimo alla nota ministeriale del 24 gennaio 2022, richiedono un necessario bilanciamento e un’adeguata lettura nel rispetto dei vincoli normativi esistenti e di quelli gestionali determinati dall’attuale livello di criticità presente negli enti sanitari pubblici regionali in ragione dell’attuale fase pandemica. Peraltro la già citata circolare n.26081/2021 ha anticipatamente prefigurato tale scenario di andamento pandemico, fornendo dettagliate istruzioni sulle concrete modalità operative regionali e aziendali da adottarsi per il suo contenimento.

2. Prestazioni sanitarie erogate nel periodo pandemico: confronto pluriennale 2019-2021 per un esame dei volumi e delle tipologie delle prestazioni erogate

Ai fini dell’attività di recupero delle prestazioni sanitarie non erogate in ragione della contingente pandemia da SARS-CoV-2 è necessario riesaminare, nelle sue evidenze riassuntive, l’andamento delle prestazioni sanitarie erogate dagli Enti con riferimento all’ultimo anno pre-pandemico: il 2019, e i successivi 2020 e 2021, caratterizzati dalle difficili e note condizioni operative.

Di seguito si espongono i dati relativi al triennio 2019-2021 per le attività di ricovero, specialistico-ambulatoriali e di screening erogate dagli Enti nella loro attività di assistenza pubblica:

Tabella 1 – Enti del Servizio Sanitario Regionale del Friuli Venezia Giulia – Volumi complessivi delle prestazioni di ricovero erogate raggruppate per DRG –erogazione attività pubblica – Anni 2019, 2020 e periodo 1.1-31.10.2021

tipo erogazione	tipo D.R.G.	cod. DRG-MDC	descrizione DRG - Major Diagnostic Categories (Mdc)	2019	2020	2021
PUBBLICO					1	14
PUBBLICO	D.R.G. chirurgico	00	attribuita dal grouper	1200	1100	974
PUBBLICO	D.R.G. chirurgico	01	malattie e disturbi del sistema nervoso	2059	1477	1230
PUBBLICO	D.R.G. chirurgico	02	malattie e disturbi dell'occhio	2325	1562	1333
PUBBLICO	D.R.G. chirurgico	03	malattie e disturbi dell'orecchio, del naso, della bocca e della gola	4974	3004	2121
PUBBLICO	D.R.G. chirurgico	04	malattie e disturbi dell'apparato respiratorio	865	896	643

tipo erogazione	tipo D.R.G.	cod. DRG-MDC	descrizione DRG - Major Diagnostic Categories (Mdc)	2019	2020	2021
PUBBLICO	D.R.G. chirurgico	05	attribuita dal grouper	7632	6172	4987
PUBBLICO	D.R.G. chirurgico	06	malattie e disturbi dell'apparato digerente	7591	5531	4338
PUBBLICO	D.R.G. chirurgico	07	malattie e disturbi epatobiliari e del pancreas	2141	1639	1373
PUBBLICO	D.R.G. chirurgico	08	malattie e disturbi dell'apparato muscoscheletrico e del tessuto connettivo	15998	11787	8925
PUBBLICO	D.R.G. chirurgico	09	malattie e disturbi della pelle, del tessuto sottocutaneo e della mammella	5681	4403	3228
PUBBLICO	D.R.G. chirurgico	10	malattie e disturbi endocrini, metabolici e nutrizionali	900	764	561
PUBBLICO	D.R.G. chirurgico	11	malattie e disturbi del rene e delle vie urinarie	3020	2680	2234
PUBBLICO	D.R.G. chirurgico	12	malattie e disturbi dell'apparato riproduttivo maschile	1678	1229	954
PUBBLICO	D.R.G. chirurgico	13	malattie e disturbi dell'apparato riproduttivo femminile	5076	4339	3570
PUBBLICO	D.R.G. chirurgico	14	gravidanza, parto, puerperio	3477	3113	2138
PUBBLICO	D.R.G. chirurgico	16	malattie e disturbi del sangue e degli organi ematopoietici e disturbi del sistema immunitario	142	146	95
PUBBLICO	D.R.G. chirurgico	17	malattie e disturbi mieloproliferativi e neoplasie scarsamente differenziate	1626	1477	949
PUBBLICO	D.R.G. chirurgico	18	malattie infettive e parassitarie (sistemiche o di sedi non specificate)	167	168	118
PUBBLICO	D.R.G. chirurgico	19	malattie e disturbi mentali	28	25	13
PUBBLICO	D.R.G. chirurgico	21	traumatismi, avvelenamenti ed effetti tossici dei farmaci	350	298	222
PUBBLICO	D.R.G. chirurgico	22	ustioni	8	8	5
PUBBLICO	D.R.G. chirurgico	23	fattori influenzanti lo stato di salute e il ricorso ai servizi sanitari	374	329	228
PUBBLICO	D.R.G. chirurgico	24	politraumatismi	84	60	56
PUBBLICO	D.R.G. chirurgico	25	infezione da hiv	4	1	
PUBBLICO	D.R.G. medico	01	malattie e disturbi del sistema nervoso	8212	7158	5199
PUBBLICO	D.R.G. medico	02	malattie e disturbi dell'occhio	314	221	145
PUBBLICO	D.R.G. medico	03	malattie e disturbi dell'orecchio, del naso, della bocca e della gola	2813	1748	1177
PUBBLICO	D.R.G. medico	04	malattie e disturbi dell'apparato respiratorio	15005	11456	9605
PUBBLICO	D.R.G. medico	05	attribuita dal grouper	12535	10004	7730
PUBBLICO	D.R.G. medico	06	malattie e disturbi dell'apparato digerente	5989	4697	3401
PUBBLICO	D.R.G. medico	07	malattie e disturbi epatobiliari e del pancreas	4093	3516	2661
PUBBLICO	D.R.G. medico	08	malattie e disturbi dell'apparato muscoscheletrico e del tessuto connettivo	4080	3092	2073
PUBBLICO	D.R.G. medico	09	malattie e disturbi della pelle, del tessuto sottocutaneo e della mammella	2276	1577	1210
PUBBLICO	D.R.G. medico	10	malattie e disturbi endocrini, metabolici e nutrizionali	2942	2294	1418
PUBBLICO	D.R.G. medico	11	malattie e disturbi del rene e delle vie urinarie	4973	4039	3316
PUBBLICO	D.R.G. medico	12	malattie e disturbi dell'apparato riproduttivo maschile	430	344	252
PUBBLICO	D.R.G. medico	13	malattie e disturbi dell'apparato riproduttivo femminile	662	438	374
PUBBLICO	D.R.G. medico	14	gravidanza, parto, puerperio	7344	7376	6070
PUBBLICO	D.R.G. medico	15	malattie e disturbi del periodo neonatale	6968	6883	5339
PUBBLICO	D.R.G. medico	16	malattie e disturbi del sangue e degli organi ematopoietici e disturbi del sistema immunitario	1939	1606	1088
PUBBLICO	D.R.G. medico	17	malattie e disturbi mieloproliferativi e neoplasie scarsamente differenziate	5375	4704	2852
PUBBLICO	D.R.G. medico	18	malattie infettive e parassitarie (sistemiche o di sedi non specificate)	3914	3141	2594

tipo erogazione	tipo D.R.G.	cod. DRG-MDC	descrizione DRG - Major Diagnostic Categories (Mdc)	2019	2020	2021
PUBBLICO	D.R.G. medico	19	malattie e disturbi mentali	2108	1730	1512
PUBBLICO	D.R.G. medico	20	uso di alcool o farmaci e disturbi mentali organici indotti da alcool o farmaci	294	245	165
PUBBLICO	D.R.G. medico	21	traumatismi, avvelenamenti ed effetti tossici dei farmaci	521	428	321
PUBBLICO	D.R.G. medico	22	ustioni	75	64	62
PUBBLICO	D.R.G. medico	23	fattori influenzanti lo stato di salute e il ricorso ai servizi sanitari	2439	2358	1842
PUBBLICO	D.R.G. medico	24	politraumatismi	59	77	78
PUBBLICO	D.R.G. medico	25	infezione da hiv	140	107	39
PUBBLICO	Non definito	00	attribuita dal grouper	98	3619	3479

Tabella 2 -- Servizio Sanitario Regionale del Friuli Venezia Giulia – Erogazione di attività pubblica. Totale regionale delle prestazioni di specialistica ambulatoriale monitorate nell'ambito del Piano nazionale di Governo delle Liste di Attesa 2019-2021 ed erogate per negli 2019, 2020 e 2021

cod.	descrizione prestazione	2019	2020	2021
1	Prima Visita cardiologica	38.627	30.681	34.138
2	Prima Visita chirurgia vascolare	6.434	5.564	5.727
3	Prima Visita endocrinologica	17.332	14.813	18.519
4	Prima Visita neurologica	23.619	17.624	19.970
5	Prima Visita oculistica	69.149	46.102	46.325
6	Prima Visita ortopedica	42.242	33.053	33.593
7	Prima Visita ginecologica	49.557	41.085	44.192
8	Prima Visita otorinolaringoiatrica	49.208	34.653	37.440
9	Prima Visita urologica	23.803	17.083	19.656
10	Prima Visita dermatologica	49.268	36.208	39.144
11	Prima Visita fisiatrica	37.041	28.406	29.965
12	Prima Visita gastroenterologica	8.047	6.210	7.205
13	Prima Visita oncologica	7.483	6.086	6.094
14	Prima Visita pneumologica	12.181	10.289	11.942
15	Mammografia bilaterale ER Mammografia bilaterale	36.776	31.636	32.884
16	Mammografia monolaterale	5.253	5.082	5.185
17	TC del Torace	5.502	4.915	4.837
18	TC del Torace con MCD senza e con MCD	14.179	14.106	15.108
19	TC dell'addome superiore	240	180	200
20	TC dell'addome superiore senza e con MDC	1.173	1.016	925
21	TC dell'Addome inferiore	70	56	97
22	TC dell'addome inferiore senza e con MDC	128	125	102
23	TC dell'addome completo	1.293	1.170	1.101
24	TC dell'addome completo senza e con MDC	16.446	16.453	16.951
25	TC Cranio – encefalo	7.229	5.286	5.715
26	TC Cranio – encefalo senza e con MDC	2.948	3.177	3.580
27	TC del rachide e dello speco vertebrale cervicale	511	396	397
28	TC del rachide e dello speco vertebrale toracico	310	241	253
29	TC del rachide e dello speco vertebrale lombosacrale	1.243	969	1.039
30	TC del rachide e dello speco vertebrale cervicale senza e con MDC	19	12	19
31	TC del rachide e dello speco vertebrale toracico senza e con MDC	19	18	21
32	TC del rachide e dello speco vertebrale lombosacrale senza e con MDC	27	18	27
33	TC di Bacino e articolazioni sacroiliache	330	289	321
34	RM di encefalo e tronco encefalico, giunzione cranio spinale e relativo distretto vascolare	4.286	3.510	3.164
35	RM di encefalo e tronco encefalico, giunzione cranio spinale e relativo distretto vascolare senza e con MDC	4.355	4.288	4.761
36	RM di addome inferiore e scavo pelvico	646	581	756
37	RM di addome inferiore e scavo pelvico senza e con MDC	2.685	2.642	3.034
38	RM della colonna in toto	5.977	4.511	6.900
39	RM della colonna in toto senza e con MDC	1.622	1.505	1.759
40	Diagnostica ecografica del capo e del collo	16.967	14.217	15.036

cod.	descrizione prestazione	2019	2020	2021
41	Eco (color) dopplergrafia cardiaca	23.092	24.249	26.685
42	Eco (color) dopplergrafia dei tronchi sovraaortici	15.235	12.545	13.581
43	Ecografia dell'addome superiore	12.009	8.922	8.790
44	Ecografia dell'addome inferiore	4.652	4.537	5.015
45	Ecografia dell'addome completo	24.889	21.409	23.720
46	Ecografia bilaterale della mammella	35.318	32.198	33.506
47	Ecografia monolaterale della mammella	4.531	3.794	4.221
48	Ecografia ostetrica	22.754	21.288	20.829
49	Ecografia ginecologica	3.653	3.295	3.458
50	Ecocolordoppler degli arti inferiori arterioso e/o venoso	10.202	8.652	10.961
51	Colonscopia totale con endoscopio flessibile	14.626	11.875	14.026
52	Polipectomia dell'intestino crasso in corso di endoscopia sede unica	3.476	3.159	3.848
53	Rettosigmoidoscopia con endoscopio flessibile	746	671	751
54	Esofagogastroduodenoscopia	3.831	3.546	4.089
55	Esofagogastroduodenoscopia con biopsia in sede unica	1.035	6.863	9.327
56	Elettrocardiogramma	80.494	51.425	54.042
57	Elettrocardiogramma dinamico (Holter)	13.854	11.187	12.864
58	Test cardiovascolare da sforzo con cicloergometro o con pedana mobile	7.099	5.027	6.102
60	Esame audiometrico tonale	21.841	13.961	16.257
61	Spirometria semplice	5.319	3.963	5.422
62	Spirometria globale	11.524	8.224	9.992
63	Fotografia del fundus	4.970	2.438	4.328
64	Elettromiografia semplice [emg]	16.026	12.857	13.583
100	intervento sul cristallino con e senza vitrectomia	10.209	5.666	4.905
101	iniezione intravitreale di sostanze terapeutiche	15.671	12.003	11.359
201	prima visita di radioterapia	8.033	7.072	7.237
206	teleterapia con acceleratore lineare.con campo fisso o due campi contrapposti	227	136	31
207	teleterapia con acceleratore lineare.con campi multipli, di movimento	6.784	5.100	4.806
208	teleterapia con acceleratore lineare.con tecnica flash	327	211	147
209	radioterapia stereotassica		1.064	3.340
210	teleterapia con acceleratore lineare con campi fissi e/o di movimento per tecniche 3d	17.144	11.037	9.956
211	teleterapia con acceleratore lineare con campi multipli o di movimento	33.777	36.149	37.850
212	tomoterapia	2.120	2.179	2.465
213	teleterapia con elettroni a uno o piu' campi fissi	1.016	975	572
215	brachiterapia endocavitaria con caricamento remoto (hdr)	256	156	274
218	brachiterapia interstiziale con caricamento remoto (hdr)	4		
220	terapia degli ipertiroidismi.fino a 370 mbq	75	51	46
221	terapia degli ipertiroidismi.per ogni 370 mbq successivi	11	6	2
225	individuazione del volume bersaglio e simulazione	54	63	128
226	individuazione del volume bersaglio e simulazione.con tc simulatore o tc	31.680	31.383	36.396
228	studio fisico-dosimetrico	486	465	412
229	studio fisico-dosimetrico con elaboratore su scansioni tc	7.153	6.664	12.733
230	dosimetria in vivo	10.684	12.216	11.450
231	schermatura personalizzata	13.990	12.914	18.351
232	sistema di immobilizzazione personalizzato	3.851	3.757	3.979
233	preparazione di compensatori sagomati	3	18	12
234	iniezione di farmaci citotossici nel canale vertebrale	1	1	
235	iniezione nella cavità toracica	4	4	6
236	posizionamento di catetere venoso centrale o di doppio catetere giugulare o femorale	51	30	15
237	inserzione di catetere venoso centrale con accesso chirurgico	3		3
238	inserzione di catetere venoso centrale per via percutanea	228	369	416
239	puntura di arteria	3.401	2.114	93
240	disostruzione di catetere venoso centrale o di doppio catetere giugulare o femorale	1.537	2.294	3.465
241	iniezione di sostanze terapeutiche ad azione locale nella cavità peritoneale	151	64	30
242	iniezione di sostanze terapeutiche nell'articolazione o nel legamento	20.188	15.541	17.421
243	visita oncologica di controllo	50.317	42.700	42.233
244	visita ematologica di controllo	21.066	20.626	21.597
249	visita multidisciplinare oncologia dell'apparato digerente.		3	
250	visita multidisciplinare oncologia ginecologica.	3	1	
254	prima visita ematologica	6.013	5.357	6.228

cod.	descrizione prestazione	2019	2020	2021
255	iniezione o infusione di altre sostanze terapeutiche o profilattiche.	32.069	23.498	23.818
256	iniezione di steroidi.	1.735	648	356
257	infusione di sostanze ormonali	804	779	833
258	iniezione o infusione di sostanze chemioterapiche per tumore, non classificate altrove	770	310	951
259	chemioterapia	45.950	46.467	46.391
301	visita di neurochirurgia di controllo	2.261	2.026	2.150
302	prima visita neurochirurgica	3.324	2.923	3.688

Tabella 3 - Servizio Sanitario Regionale del Friuli Venezia Giulia – Erogazione di attività pubblica. Volumi complessivi regionali di prestazioni di screening erogate. Periodo di riferimento: 2019-2021

PROGRAMMA DI SCREENING	Popolazione Bersaglio annuale	N° invitati*	N° aderenti*	N° soggetti con prestazioni Il livello*
Screening mammografico 2019	84.416	87.997	53.895	3.003
Screening mammografico 2020	83.521	76.034	48.080	2.986
Screening mammografico 2021	85.323	45.297	23.065	1.037
Screening cervice 2019	94.926	98.055	57.774	1391
Screening cervice 2020	95.256	61.280	39.743	1335
Screening cervice 2021	96.169	48.637	53.045	1148
Screening colon retto 2019	157.281	149.177	79.635	3.541
Screening colon retto 2020	158.671	113.205	62.486	2.860
Screening colon retto 2021	161.571	81.818	44.382	3.199

Fonte: dati ARCS.

Note di lettura: * i dati degli inviti 2021 si riferiscono al primo semestre - adesioni e prestazioni di Il livello sono conseguenti; le prestazioni di Il livello dello screening della cervice presentano dati non completi per i casi HPV con reinvio a un anno; per colon retto e mammella gli aderenti e le prestazioni di secondo livello sono calcolati sulla fascia 50-69; ultimo invito disponibile per screening mammella: 12 luglio 2021.

Dal sintetico esame dei dati appena esposti si evidenzia il diffuso rilevante decremento dei volumi delle prestazioni sanitarie erogate nell'anno 2020 rispetto all'anno 2019, decremento ordinariamente non recuperato nel corso del successivo anno 2021.

3. Le misure straordinarie statali approvate per la riduzione delle liste di attesa nel periodo pandemico da SARS-Cov-2

3.1. Il decreto-legge n. 104/2020

Misure straordinarie per la riduzione delle liste di attesa aggravate dalla pandemia Covid-19 sono state previste dall'art. 29 dal decreto-legge 14 agosto 2020, n. 104 (Misure urgenti per il sostegno e il rilancio dell'economia), convertito in legge con modificazioni dalla legge 13 ottobre 2020, n. 126, "al fine di corrispondere tempestivamente alle richieste di prestazioni ambulatoriali, screening e di ricovero ospedaliero non erogate nel periodo dell'emergenza epidemiologica conseguente alla diffusione del virus SARS-Cov-2, e, contestualmente allo scopo di ridurre le liste di attesa, [...] nel rispetto dei principi di appropriatezza e di efficienza dei percorsi di cura, a decorrere dalla data di entrata in vigore del presente decreto e sino al 31 dicembre 2020."

Il citato articolo 29 ha previsto che "le regioni e le province autonome di Trento e Bolzano e gli enti del Servizio sanitario nazionale possono avvalersi degli strumenti straordinari di cui al presente articolo, anche in deroga ai vincoli previsti dalla legislazione vigente in materia di spesa per il personale."

3.2. Il decreto-legge n. 73/2021

Il successivo decreto-legge 25 maggio 2021, n. 73 (Misure urgenti connesse all'emergenza da COVID-19, per le imprese, il lavoro, i giovani, la salute e i servizi territoriali), convertito in legge con modificazioni dalla legge 23 luglio 2021, n. 106, all'articolo 26, al fine di consentire un maggior recupero delle prestazioni di ricovero ospedaliero per acuti in regime di elezione e delle prestazioni di specialistica ambulatoriali non erogate dalle strutture pubbliche e private accreditate, a causa dell'intervenuta emergenza epidemiologica conseguente alla diffusione del virus

SARS-CoV-2, ha esteso l'applicabilità degli stessi strumenti gestionali straordinari - incluse le prestazioni aggiuntive remunerabili con tariffe maggiorate- già resi disponibili dall'art. 29 del d.l. n. 104/2020 al periodo compreso tra il 26 maggio 2021 (entrata in vigore del d.l. 73/2021) e il 31 dicembre 2021.

Va ricordato come il comma 1 dell'art. 26 del d.l. 73/2021, escludendo dalle finalità perseguite la previsione di recupero delle prestazioni di screening (così, in particolare anche alla lettera b) del citato comma 1) in via generale preveda come non erogabili con l'utilizzo degli strumenti resi disponibili dallo stesso comma 1 dell'articolo 26 prestazioni sanitarie denominate genericamente "di screening", in quanto risultano espressamente indicate e ammesse solo prestazioni di ricovero e ambulatoriali; si valuta, tuttavia, ammissibile l'erogazione delle prestazioni ambulatoriali comunque funzionali all'attività di screening di II livello, in quanto riconducibili a trattamento svolto in ambito di PDTA finalizzati alla gestione di patologie oncologiche di possibile emersione, tipologia di patologie oggetto di trattamento ordinariamente non procrastinabile anche in presenza di criticità gestionali conseguenti alla pandemia da SARS-CoV-2, come ampiamente ribadito anche dalla circolare ministeriale n. 7422 del 16/03/2020.

Lo stesso articolo 26 del d.l. n. 73/2021, al comma 2, ha previsto, inoltre, che per il raggiungimento delle stesse finalità di recupero delle prestazioni non erogate e fermo restando il prioritario ricorso alle modalità organizzative già rese disponibili dai commi 2 e 3 del vigente art. 29 del d.l. n. 104/2020, le regioni possano integrare gli acquisti di prestazioni ospedaliere e di specialistica ambulatoriale da privato, di cui agli accordi contrattuali stipulati per l'anno 2021, ai sensi dell'art.8-*quinquies* del d.lgs. n. 502/1992, in deroga all'art. 15, c. 14, primo periodo, del d.l. n. 95/2012, conv., con modd., dalla l. n. 135/2012, e ferma restando la garanzia dell'equilibrio economico del Servizio sanitario regionale.

3.3. La legge n. 234 del 2021

La legge 30 dicembre 2021, n. 234 (Bilancio di previsione dello Stato per l'anno finanziario 2022 e bilancio pluriennale per il triennio 2022-2024), al suo articolo 1, comma 276, ha previsto che per garantire la piena attuazione del Piano Operativo Regionale per il recupero delle liste di attesa viene prorogata fino al 31 dicembre 2022 la vigenza delle disposizioni previste dall'articolo 26, commi 1 e 2, del d.l. n. 73/2021, n. 73, e, con esse, dei modelli organizzativi e regimi tariffari straordinari da adottare, secondo quanto già previsto dall'articolo 29 del d.l. n. 104/2020, per lo svolgimento dell'attività incentivata.

Per lo svolgimento delle attività previste nelle modalità non ordinarie dalle richiamate disposizioni dell'articolo 29 del d.l. n. 104/2020, le regioni sono tenute a rimodulare il PIANO già adottato ai sensi dell'art. 29 del d.l. n. 104/2020, e successivamente aggiornato ai sensi dell'art. 26, comma 2, del d.l. n. 73/2021, e a presentarlo entro il 31 gennaio 2022 al Ministero della salute e al Ministero dell'economia e delle finanze.

Come già previsto dal prorogato comma 2 dell'articolo 26 del d.l. n. 73/2021, per garantire la piena attuazione del PIANO la Regione può coinvolgere anche le strutture private accreditate, in deroga all'art. 15, comma 14, primo periodo, del decreto-legge 6 luglio 2012, n. 95, convertito, con modificazioni, dalla legge 7 agosto 2012, n. 135 (previsione contenuta anche dal comma 277 dell'art. 1 della l. 234).

Le Strutture private accreditate sono tenute a rendicontare entro il 31 gennaio 2023 le attività effettuate nell'ambito dell'incremento di budget assegnato per l'anno 2022, anche ai fini della valutazione della sopra citata deroga.

La quota di finanziamento destinabile al coinvolgimento delle Strutture private accreditate nello svolgimento delle attività finalizzate all'attuazione del PIANO può anche essere incrementata sulla base di specifiche esigenze regionali rispetto all'importo già ordinariamente indicato dalla legge n. 234 nella Tabella A dell'Allegato 4, sempre nel limite dell'autorizzazione di spesa complessiva fissata per la Regione Friuli Venezia Giulia e fermi restando il prioritario ricorso alle modalità organizzative di gestione per mezzo di erogazione diretta delle prestazioni da parte delle aziende e la garanzia dell'equilibrio economico del Servizio sanitario regionale, così come specificato dal prorogato comma 2 dell'art. 26 del d.l. n. 73/2021.

In deroga alle disposizioni legislative che stabiliscono per le autonomie speciali il concorso regionale e provinciale al finanziamento sanitario corrente, per lo svolgimento delle attività previste nel PIANO e finalizzate al recupero delle prestazioni non erogate nel periodo di emergenza epidemiologica conseguente alla diffusione del virus SARS-Cov-2 la legge n. 234 attribuisce alla Regione Friuli Venezia Giulia per l'anno 2022 un finanziamento complessivo pari a Euro 10.368.081 (così l'importo assegnato nella Tabella B dell'Allegato 4 annesso alla legge), comprensivo dell'eventuale importo utilizzato per il coinvolgimento delle Strutture Private accreditate nelle attività del PIANO.

4. Modelli organizzativi e strumenti aziendali utilizzabili per il recupero delle liste di attesa

4.1. In applicazione dell'art. 1, comma 276, della l. 234/2021 e prorogato comma 1 dell'art. 26 del d.l. n. 73/2021

I modelli organizzativi individuati e selezionati quali utilizzabili dagli enti per il recupero delle liste di attesa in applicazione del citato comma 276 - e art. 29 del d.l. n. 104/2020 nelle parti richiamate dall'art. 26, c. 1, del d.l. n. 73/2021 - sono individuati nei seguenti:

- a) **prestazioni aggiuntive**, previste dall'articolo 115, comma 2, del C.CNL triennio 2016-2018 del 19.12.2019 della **dirigenza dell'area della sanità**, per le quali è previsto l'aumento della tariffa oraria ad 80 euro lordi onnicomprensivi, al netto degli oneri riflessi a carico dell'Amministrazione, con riferimento alle prestazioni inerenti ai ricoveri ospedalieri - ad esclusione dei servizi di guardia medica per i quali l'incremento non è riconosciuto - e alle prestazioni di specialistica ambulatoriale, sia diagnostica che clinica (art.29, c.2 lett. a) e c.3 lett. a);
- b) **prestazioni aggiuntive**, previste dall'art. 6, comma 1, lett. d), del CCNL triennio 2016-2018 del 21.5.2018, da parte del **personale del comparto sanità**, con un aumento della relativa tariffa oraria a 50 euro lordi onnicomprensivi al netto degli oneri riflessi a carico dell'Amministrazione con riferimento alle prestazioni inerenti ai ricoveri ospedalieri e per le prestazioni di accertamenti diagnostici (art.29, c.2 lett. b) e c.3 lett. b);
- c) **reclutamento, per le sole prestazioni inerenti ai ricoveri ospedalieri**, mediante il ricorso a rapporti di lavoro a tempo determinato o di lavoro autonomo, anche di collaborazione coordinata e continuativa, di personale della dirigenza dell'area della sanità e del comparto nonché **impiego altresì delle figure professionali** previste dagli articoli 2-bis e 2-ter del D.L.17.3.2020, n.18, convertito con L. 27.4.2020, n.27 (art.29, c.2 lett.c)

Va annotato come in sede di scelta dei modelli organizzativi non si è valutato opportuno utilizzare la facoltà, astrattamente esercitabile ex art. 29, c. 3, lett. c), del d.l. n. 104/2020, di incrementare il monte ore dell'assistenza specialistica ambulatoriale convenzionata interna in luogo dell'utilizzo di prestazioni aggiuntive, atteso il limitato valore di finanziamento utilizzabile e la conseguente proporzionale eccessiva gravosità dell'onere procedimentale richiesto per l'eventuale utilizzo.

4.2. In applicazione dell'art. 1, comma 277, della l. 234/2021 e prorogato comma 2 dell'art. 26 del d.l. n. 73/2021

- a) le Aziende Sanitarie sono, altresì, autorizzate ad integrare gli acquisti di prestazioni ospedaliere e di specialistica ambulatoriale da privato accreditato con accordi contrattuali in corso, ai sensi dell'articolo 8-*quinquies* del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, in deroga all'articolo 15, comma 14, primo periodo, del decreto- legge 6 luglio 2012, n. 95, convertito, con modificazioni, dalla legge 7 agosto 2012, n. 135, nei limiti del valore massimo autorizzato per la singola Azienda così come indicato nella Tabella 5 alla colonna b. Rientra nella discrezionalità di ogni singola Azienda l'effettiva individuazione - all'interno

della tipologia di prestazioni indicate alla stessa Azienda dal presente Piano come erogabili in applicazione dell'art. 1, comma 276, della l. n. 234/2021, della tipologia di prestazioni sanitarie la cui integrazione di erogazione può essere richiesta al privato accreditato, fermo restando il suo necessario requisito di controparte di accordi contrattuali in vigore con l'Azienda.

5. [Utilizzo del finanziamento reso disponibile alla Regione Friuli Venezia Giulia dall'art. 1, comma 278, della l. 234/2021, assegnazione agli Enti delle quote di finanziamento e determinazione della quota massima destinabile al coinvolgimento delle Strutture private accreditate nelle attività di recupero delle prestazioni sanitarie non erogate](#)

La definizione della ripartizione del finanziamento tra gli Enti è inizialmente avviata prendendo atto di una ridotta utilizzabilità del finanziamento assegnabile prevista dagli Istituti di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico Burlo Garofolo di Trieste e CRO di Aviano, minore in termini numerici anche rispetto all'importo di finanziamento assegnato a tali Enti nel PIANO non rimodulato approvato per l'anno 2020 con d.g.r. n. 1565 del 23 ottobre 2020. Preso atto delle quote di importo di finanziamento dichiarate utilizzabili nell'anno da tali IRCCS, il rimanente importo di finanziamento è stato poi ripartito tra le Aziende territoriali in rapporto alla popolazione residente al 31.12.2020 "pesata" secondo i parametri di teorico consumo di risorse per fascia di età per i due livelli di assistenza: specialistica e ospedaliera. Tale criterio è quello ordinariamente utilizzato anche in sede nazionale ai fini del riparto del Fondo Sanitario Nazionale ed è stato adottato anche per l'anno 2021 (Intesa Conferenza Stato-Regioni rep.152/CSR del 4 agosto 2021). La composizione per Azienda della popolazione pesata regionale alla data indicata viene esposto nella seguente Tabella 4:

Tabella 4 –Aziende del Servizio Sanitario Regionale – Popolazione residente nella circoscrizione aziendale al 31.12.2020 "pesata" per fascia di età per i due livelli di assistenza: specialistica e ospedaliera

	REGIONE	AS Friuli Occidentale	ASU Friuli Centrale	ASU Giuliano Isontina
popolazione non pesata al 31/12/2020	1.201.510	310.634	521.117	369.759
popolazione pesata al 31/12/2020	1.385.458	341.956	604.857	438.645

Fonte: elaborazione su dati Demolstat e utilizzando criteri di cui all'Intesa Conferenza Stato-Regioni rep.152/CSR del 4 agosto 2021

Inserendo gli importi di massimo utilizzo programmabile comunicati dall'I.R.R.C.S. Burlo Garofolo (comunicazione dd. 17.01.2022) e dall'I.R.R.C.S. CRO di Aviano (comunicazione dd. 19.01.2022) e applicando per l'assegnazione del finanziamento rimanente il criterio di ripartizione tra le aziende territoriali in rapporto alla popolazione "pesata" per fascia di età e livello di assistenza - specialistica e ospedaliera - è definita la ripartizione tra gli Enti del S.S.R. del finanziamento di cui all'art. 1, comma 278, della l. 234/2021.

In relazione al possibile coinvolgimento di Strutture private accreditate con accordi contrattuali in vigore nello svolgimento delle attività finalizzate all'attuazione del PIANO, ex comma 277 dell'art. 1 della l. 234/2021, va valutata l'indicazione della quota a tale fine definita nella relativa ripartizione operata nella Tabella A dell'Allegato 4 annesso alla legge n. 234/2021, quota che per il Friuli Venezia Giulia è determinata di base nell'importo di Euro 1.372.284, pari ad un valore percentuale dello 0,91 rispetto all'importo complessivo della citata Tabella A, contro un valore percentuale di accesso figurativo del Friuli Venezia Giulia al Fondo Sanitario Regionale determinato per l'anno 2021 nel 2,07 per cento del totale.

Vanno, in merito, necessariamente valutate le attuali esigenze regionali che possono motivare la necessità di incrementare l'importo di finanziamento massimo destinabile al coinvolgimento nelle attività in esame delle Strutture private accreditate, avvalendosi, in modo motivato, della facoltà attribuita dal citato comma 277 di incrementare l'importo in discorso, peraltro per una quota di finanziamento di misura non superiore a quella da utilizzarsi per la gestione diretta delle attività di erogazione delle prestazioni da parte degli Enti sanitari pubblici regionali, così come disposto dal prorogato comma 2 dell'art. 26 del d.l. n. 73/2021.

L'esame delle condizioni operative attuali degli Enti sanitari pubblici regionali, peraltro, evidenzia numerose e gravi criticità che depongono per un'esigenza di incremento delle risorse da finalizzare ad un maggior utilizzo delle capacità produttive delle Strutture private accreditate con accordi già in essere.

Come già considerato *supra*, in *Premessa*, l'attuale andamento pandemico da SARS-CoV-2 nella regione Friuli Venezia Giulia si sta manifestando nel suo rilevante aggravamento, tale da richiedere l'adozione di provvedimenti di maggior rigore volti al contenimento dell'epidemia. Allo stesso tempo il negativo andamento delle attività di erogazione delle prestazioni sanitarie poste in essere dagli Enti sanitari pubblici non appare ancora sufficientemente governato e ricondotto verso un adeguato recupero delle prestazioni precedentemente non erogate in ragione della pandemia. Il non positivo contesto operativo che attualmente vincola e aggrava l'operato degli Enti pubblici sanitari non appare, peraltro, evidenziare prevedibili miglioramenti nell'andamento di breve termine, così come anche registrato e rappresentato dalla recente circolare ministeriale n.0026081 del 18/12/2021. Si deve prender atto, ancora, del rilevante volume di prestazioni stimato come non erogato e da recuperare, come evidenziato dai dati già esposti *supra* relativamente agli andamenti delle prestazioni ambulatoriali e di quelle di ricovero. Allo stesso tempo è di tutta evidenza la grande difficoltà che la gestione operativa negli Enti sanitari pubblici incontra nella ricerca di un contemperamento delle attività di gestione straordinaria pandemica con quelle "ordinarie", che il presente *Piano* è teso a facilitare nella loro strumentalità rispetto alla finalità di recupero delle prestazioni non erogate; di tale difficoltà dà evidenza l'insufficiente utilizzo da parte degli Enti nell'ultimo biennio del finanziamento straordinario accordato dall'art. 29 del d.l. n. 104/2020 per le stesse finalità perseguite dal presente PIANO. Depone, ancora, in favore di un maggior coinvolgimento delle Strutture private accreditate nelle attività oggetto del PIANO anche il loro minor impegno operativo indirizzato alla gestione delle tipiche problematiche collegate alla prevenzione, diagnosi e trattamento delle patologie da COVID-19, o COVID-19 correlate; da tale circostanza discende un probabile favorevole rapporto rischi-benefici nelle attività gestite dai privati accreditati, elemento da considerare ai fini della valutazione di maggior o minor appropriatezza della prestazione da erogarsi in attuazione delle finalità del PIANO e che la circolare ministeriale n. 7422 del 16/03/2020 evidenzia come necessitante di massima attenzione e continua valutazione.

Considerato quanto appena esposto, si valuta opportuno il massimo coinvolgimento delle Strutture private accreditate nell'attuale gestione delle attività del PIANO, quindi nell'ammontare concesso dalla normativa, che è fissato in una quota inferiore a quella destinata alla gestione diretta operata da parte degli Enti con proprie risorse umane. Per tali ragioni si ritiene opportuno elevare al 49,5 per cento del totale del finanziamento regionale la quota dello stesso destinabile all'integrazione degli acquisti da privato accreditato per il suo coinvolgimento nelle attività del PIANO, senza vincoli per l'Azienda rispetto alla tipologia delle prestazioni—di ricovero ospedaliero o di specialistica ambulatoriale – richieste al Privato accreditato con accordo contrattuale vigente.

Relativamente alla ripartizione tra le tre aziende territoriali, valutata la maggior adattabilità e capacità produttiva denotata dall'Azienda Sanitaria Universitaria Giuliano Isontina nel confronto con gli altri Enti nelle attività di attuazione del PIANO adottato ex art. 26 del d.l. n. 73/2021 e attuato nell'anno 2021, si prende atto della comunicazione del 18.01.2022 di tale Azienda con la quale comunica di non volersi avvalere, in base a quanto dalla stessa programmato ai fini del presente PIANO, di eventuali integrazioni di acquisto di prestazioni di privati accreditati per lo svolgimento delle attività necessarie all'attuazione del presente PIANO, intendendo utilizzare solo risorse umane direttamente gestite.

Tutto quanto sopra considerato, si definisce come esposta nella seguente Tabella 5 la ripartizione del finanziamento assegnato agli Enti del Servizio Sanitario regionale per l'attuazione del PIANO, con indicazione dell'ammontare massimo, indicato alla colonna b, delle risorse destinabili dalle Aziende A.S. Friuli Occidentale e A.S.U. Friuli Centrale all'integrazione degli acquisti di prestazioni da privati accreditati, ex comma 277 dell'art. 1 della l. n. 234/2021 e art. 26, comma 2, del d.l. n. 73/2021, fermo rimanendo che le risorse destinate all'acquisto di detta integrazione sono computate a decremento delle risorse complessive assegnate all'Ente di cui alla colonna a della seguente Tabella 5:

Tabella 5 –Enti del Servizio Sanitario Regionale – Ripartizione tra gli Enti delle risorse statali rese disponibili dall'art. 1, comma 278, della l. 234/2021 per l'attività di recupero delle prestazioni sanitarie non erogate nel periodo dell'emergenza epidemiologica conseguente alla diffusione del virus SARS-Cov-2

Ente	Importi assegnati per l'attività di recupero delle prestazioni sanitarie non erogate nel periodo dell'emergenza epidemiologica conseguente alla diffusione del virus SARS-Cov-2 ai sensi dei commi 276 e 278 (colonna a - in Euro)	di cui (a scomputo) destinabili dall'Azienda per l'integrazione degli acquisti di prestazioni ospedaliere e di specialistica ambulatoriale da privato accreditato con accordo contrattuale in vigore (colonna b - importo massimo, in Euro)
AS Friuli Occidentale	2.403.534,00	1.853.573
ASU Friuli Centrale	4.251.407,00	3.278.627
ASU Giuliano Isontina	3.083.140,00	0
I.R.C.C.S. Burlo Garofolo	200.000,00	
I.R.C.C.S. CRO di Aviano	430.000,00	
Totale complessivo	10.368.081,00	5.132.200

6. Direttive impartite agli enti in relazione alla selezione delle tipologie di prestazioni sanitarie oggetto dell'attività di recupero delle liste di attesa

6.1. Prestazioni sanitarie erogabili nell'anno 2022 in applicazione dell'art. 1, commi 276 e 277, della l. 234/2021 e prorogati commi 1 e 2 dell'art. 26 del d.l. n. 73/2021

- a) si individuano quali prestazioni sanitarie erogabili per recupero delle prestazioni di ricovero ospedaliero le seguenti:
1. ogni tipologia di prestazione di ricovero ospedaliero per il trattamento di patologie oncologiche, tra cui vanno comunque incluse le seguenti:
 - interventi chirurgici per tumore maligno a: prostata, colon, retto, utero, tiroide;
 - interventi chirurgici per melanoma;
 - DRG 403 - MDC – 17 - Descrizione DRG Linfoma e leucemia non acuta con CC; DRG 404 – MDC - 17 – Descrizione DRG Linfoma e leucemia non acuta senza CC; DRG 409 - MDC 17 - Descrizione DRG Radioterapia; DRG 410 - MDC 17 - Descrizione DRG Chemioterapia non associata a diagnosi secondaria di leucemia acuta;
 2. ogni tipologia di prestazione di ricovero ospedaliero in elezione prevista in classe di priorità A dal vigente Piano Nazionale di Governo delle Liste di Attesa (PNGLA), recepito dalla Regione, con un valore di contenimento dei tempi di attesa per la prestazione inferiore a quello da garantirsi (90 per cento), e comunque le seguenti prestazioni:
 - ogni tipologia di prestazione di ricovero ospedaliero per esecuzione di interventi chirurgici per patologie cardiovascolari (tra cui: By pass aortocoronarico, Angioplastica Coronarica (PTCA), Coronarografia, Endoarteriectomia carotidea);
 3. ogni tipologia di prestazione di ricovero ospedaliero in elezione prevista in classe di priorità B o C dal vigente PNGLA, recepito dalla Regione, con un valore di contenimento dei tempi di attesa per la prestazione inferiore a quello da garantirsi (90 per cento), qualora sia già rispettato il tempo massimo di attesa per almeno il 90 per cento dei pazienti per le tipologie di prestazione di ricovero ospedaliero in elezione classificabili in tutte le superiori classi di priorità (quindi sussistenza di garanzia del tempo massimo di attesa per almeno il 90 per cento dei pazienti per prestazioni in classe di priorità A per poter erogare prestazioni in classe di priorità B; sussistenza di garanzia del tempo massimo di attesa per almeno il 90 per cento dei pazienti per le prestazioni in classe di priorità A e per le prestazioni in classe di priorità B per poter erogare prestazioni in classe di priorità C) e purché le prestazioni la cui erogazione sia ammessa ai sensi del presente punto siano erogate in Strutture e Unità operative in

cui sussistano le condizioni di erogabilità nel rispetto di positivo rapporto costi-benefici, valutato tenuto conto della presente gestione pandemica, e nel rispetto di quanto indicato dalla circolare del Ministero della Salute n. 0011408-01/06/2020-DGPROGS-MDS (Linee di indirizzo per la progressiva riattivazione delle attività programmate considerate differibili in corso di emergenza da COVID-19);

- b) si individuano quali prestazioni sanitarie erogabili per recupero delle prestazioni di specialistica ambulatoriale le seguenti:
1. ogni tipologia di prestazione ambulatoriale per il trattamento di patologie oncologiche (tra cui anche le prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale della branca specialistica "radioterapia" – prestazioni dal codice 92.21.1 al codice 92.47.9 – di cui all'All. 4 del d.p.c.m. 12 gennaio 2017 sui livelli essenziali di assistenza, la prestazione codice 86.4 - asportazione radicale di lesione della cute, la prestazione codice 86.11- biopsia della cute e del tessuto sottocutaneo nonché la prestazione codice 89.7C.5. - prima visita ematologica) o comunque funzionali alla prevenzione dell'emergenza di patologie oncologiche in quanto erogate quali prestazioni di II livello nei percorsi di screening attivati (tra cui vanno ricomprese le seguenti prestazioni: per lo screening mammografico: mammografie, ecografie e biopsie e visite; per il colon retto: colonscopie e polipectomie);
 2. ogni tipologia di prestazione di specialistica ambulatoriale prevista dal PNGLA nazionale nella classe di priorità B - Breve con un tasso di rispetto dei tempi di attesa per la prestazione inferiore a quello da garantirsi (90 per cento), intendendosi incluse in tale elenco anche le prestazioni che in rapporto alle stesse si presentino assimilabili, correlate, o da erogarsi in ragione di valutazione clinica di necessità o opportunità di erogazione ravvisata in corso di prestazione principale, tra cui, comunque, le seguenti prestazioni:
 - Colonscopia, Colonscopia totale con endoscopio flessibile – cod. 45.23 e altre Colonscopie e colonscopie con biopsie – codd. 45.23.1; 45.23.2; 45.23.3; 45.23.4; 45.26.1; 45.25; 45.25.1 -;
 - Polipectomia dell'intestino crasso in corso di endoscopia sede unica – cod. 45.42 - e Polipectomia dell'intestino crasso in corso di endoscopia – cod. 45.42.1 -;
 - Rettosigmoidoscopia con endoscopio flessibile – cod. 45.24 -, Rettosigmoidoscopia e Rettosigmoidoscopia con biopsia – codd. 45.24.1; 45.24.2; 45.25.2; 45.25.3 -;
 - Esofagogastroduodenoscopia – cod. 45.13 -, Esofagogastroduodenoscopia con biopsia in sede unica e Esofagogastroduodenoscopia con biopsia – cod. 45.16.1; 45.16.2 -;
 3. ogni tipologia di prestazione di specialistica ambulatoriale prevista dal PNGLA nazionale nella classe di priorità D – Differita con un tasso di rispetto dei tempi di attesa per la prestazione inferiore a quello da garantirsi (90 per cento), intendendosi incluse in tale elenco anche le prestazioni che in rapporto alle stesse si presentino assimilabili, correlate, o da erogarsi in ragione di valutazione clinica di necessità o opportunità di erogazione ravvisata in corso di prestazione principale, e sempre qualora siano soddisfatte contemporaneamente le seguenti due condizioni: sussistenza di garanzia del rispetto del tempo massimo di attesa per almeno il 90 per cento dei pazienti per le prestazioni della tipologia di prestazione di specialistica ambulatoriale prevista dal PNGLA nazionale nella classe di priorità B – Breve, e purché le prestazioni la cui erogazione sia ammessa ai sensi del presente punto siano erogate in Strutture e Unità operative in cui sussistano le condizioni di erogabilità nel rispetto di positivo rapporto costi-benefici, valutato tenuto conto della presente gestione pandemica, e nel rispetto di quanto indicato dalla circolare del Ministero della Salute n. 0011408-01/06/2020-DGPROGS-MDS (Linee di indirizzo per la progressiva riattivazione delle attività programmate considerate differibili in corso di emergenza da COVID-19);
 4. gli interventi di chirurgia oculistica (tra cui vanno incluse le prestazioni: Intervento sul cristallino con e senza vitrectomia – cod. 13.41 -; Iniezione intravitreale di sostanze terapeutiche - cod. 14.79 -) in ogni classe di priorità, anche Programmata, qualora siano erogate in Strutture e Unità operative in cui sussistano le condizioni di erogabilità nel rispetto di positivo rapporto costi-benefici, valutato tenuto conto della presente gestione pandemica, e nel rispetto di quanto indicato dalla circolare del Ministero

della Salute n.0011408-01/06/2020-DGPROGS-MDS (Linee di indirizzo per la progressiva riattivazione delle attività programmate considerate differibili in corso di emergenza da COVID-19).

7. Indicazione di ulteriori strumenti di recupero delle liste di attesa

Atteso il recente riaggravarsi del fenomeno pandemico Covid-19 e le conseguenti ricadute sulle liste di attesa, si rappresenta la necessità che gli enti si attivino anche in via autonoma con ulteriori interventi per il miglioramento del bilanciamento tra domanda e offerta.

Alcune delle principali ulteriori strategie da adottare sono il ricorso alle tecnologie ICT (televisita) e la rivalutazione delle priorità di accesso, con una maggiore attenzione all'appropriatezza prescrittiva e controllo sui criteri di accesso da garantire.

In questo senso va segnalato che in tutta la regione è stato attivato un percorso di televisita con standard di servizio uniformi e che gli enti tramite valutazioni interne stanno ampliando questo servizio. Nell'immediato futuro è previsto l'inserimento di ulteriori prestazioni sul nuovo aggiornamento del catalogo.

Un elemento di alterazione della corretta gestione delle liste di attesa che interessa anche i dati riportati in questa analisi è collegato all'eventuale attribuzione di codici di priorità non appropriati rispetto al quesito clinico, prescritti talvolta con la cognizione che il ritardo con cui vengono erogate le prestazioni "bilancerà" la richiesta. Alterazioni del tipo segnalato incidono negativamente sulla significatività del dato definito per le priorità B e D, ostacolando le necessarie azioni finalizzate al miglioramento delle agende di prenotazione.

8. Monitoraggio delle attività

Lo stato di attuazione del piano da parte degli enti sanitari regionali è oggetto di monitoraggio, anche funzionalmente agli obblighi di monitoraggio previsti dalla normativa vigente in adempimento di specifici debiti informativi nei confronti dei Ministeri e di Agenas.

L'attuazione della programmazione operata con il presente PIANO è oggetto, peraltro, di specifico monitoraggio con riferimento al 30 giugno e 31 agosto 2022 sull'andamento nei vari Enti delle attività programmate; tali monitoraggi sono altresì funzionali all'eventuale redistribuzione tra i vari enti, ove ritenuto opportuno o necessario, del finanziamento già assegnato ma non ancora impiegato, al fine di garantire adeguato e massimo utilizzo su base regionale delle risorse disponibili per l'attività di recupero delle prestazioni non erogate.

Ai sensi del comma 277 dell'art. 1 della legge n. 234/2021 le strutture private accreditate richieste dell'integrazione di prestazioni in applicazione dello stesso comma 277 sono tenute a rendicontare entro il 31 gennaio 2023 le attività effettuate nell'ambito dell'incremento di budget assegnato per l'anno 2022, anche ai fini della valutazione di eventuale deroga ai tetti di spesa.

IL SEGRETARIO GENERALE SOSTITUTO

IL PRESIDENTE