



**PIANO OPERATIVO REGIONALE
PER IL RECUPERO DELLE LISTE DI ATTESA
PER L'ANNO 2023**

in attuazione dell'art. 4, c. 9-octies, del d.l. n. 198/2022

SOMMARIO

1	Premessa e inquadramento normativo	1
1.1	Le misure straordinarie statali approvate per la riduzione delle liste di attesa nel periodo pandemico da SARS-CoV-2.....	1
1.1.1	Il decreto-legge n. 104 del 2020	1
1.1.2	Il decreto-legge n. 73 del 2021	1
1.1.3	La legge n. 234 del 2021.....	2
1.2	Le misure straordinarie statali nel periodo post-Covid: il decreto-legge n. 198 del 2022, convertito in legge con modificazioni dalla legge n. 14/2023	2
2	Adempimenti regionali per l'utilizzo degli strumenti straordinari previsti dal decreto-legge n. 198/2022 per il recupero delle prestazioni sanitarie non erogate e per la riduzione delle liste d'attesa.....	4
2.1	Risorse da utilizzare per l'attuazione delle finalità di cui comma 9-octies - individuazione e quantificazione complessiva regionale	4
2.2	Modelli organizzativi e strumenti aziendali utilizzabili, nei limiti delle risorse determinate per ogni Ente, per il recupero delle liste di attesa per ogni tipo di prestazione: di ricovero ospedaliero per acuti in elezione, ambulatoriale – diagnostica e clinica - e di screening, ex art. 4, c. 9-octies, del d.l. n. 198/2022	5
2.2.1	Utilizzo di prestazioni aggiuntive e con reclutamento o impiego a tempo determinato di risorse umane ex COMMA 9-OCTIES e richiamato art. 26, c. 1, del d.l. n. 73/2021, nel suo testo vigente.....	5
2.2.2	Acquisto di prestazioni sanitarie da privato accreditato ex COMMA 9-OCTIES e richiamati art. 1, c. 277, della l. 234/2021 e art. 26, c. 2, del d.l. n. 73/2021, nel suo testo vigente	6
2.3	Aggiornamento del numero delle prestazioni non erogate al 31.12.2021 da considerarsi ancora in lista di attesa.....	6
2.3.1	Prestazioni di ricovero ospedaliero per intervento chirurgico in elezione richieste e già inserite in lista d'attesa al 31.12.2021 e non ancora erogate.....	7
2.3.2	Prestazioni ambulatoriali richieste e già inserite in lista d'attesa al 31.12.2021 e non ancora erogate	7
2.3.3	Prestazioni di screening di I livello non erogate al 31.12.2021 e al 31.12.2022 da recuperare	9
3	Determinazione per ogni ente delle risorse utilizzabili ai sensi del COMMA 9-OCTIES e determinazione della quota massima destinabile al coinvolgimento delle Strutture private accreditate nelle attività di recupero delle prestazioni sanitarie non erogate.....	10
4	Direttive impartite agli enti in relazione alla selezione delle tipologie di prestazioni sanitarie oggetto dell'attività di recupero delle liste di attesa	11
4.1	Prestazioni di ricovero e di specialistica ambulatoriale erogabili nell'anno 2023 con utilizzo degli strumenti straordinari resi disponibili dal COMMA 9-OCTIES.....	11
4.2	Prestazioni di screening erogabili nell'anno 2023 con utilizzo degli strumenti straordinari resi disponibili dal COMMA 9-OCTIES.....	12
5	Programmazione di utilizzo per finalità e modello organizzativo delle risorse ai sensi del COMMA 9-OCTIES.....	13
6	Indicazione di ulteriori strumenti di recupero delle liste di attesa	13
7	Utilizzo da parte degli Enti della quota residua del finanziamento di cui all'art. 1, comma 278, della legge 30 dicembre 2021, n. 234	13
8	Rendicontazione, monitoraggio e coordinamento delle attività	14

1 Premessa e inquadramento normativo

L'emergenza sanitaria causata dalla pandemia da SARS-CoV-2 protrattasi nel triennio 2020-2022 ha pesantemente condizionato la gestione operativa degli Enti del Servizio Sanitario Nazionale, incidendo gravemente su volumi e tempi di erogazione delle prestazioni sanitarie programmate e determinando il diffuso aumento dei loro tempi di attesa, anche nella Regione Friuli Venezia Giulia. In tale contesto il Legislatore Statale ha ritenuto necessario intervenire più volte con specifici strumenti legislativi volti sia a introdurre deroghe temporanee, ma ripetute, ai vincoli operativi che condizionano l'azione degli Enti del Sistema sanitario, sia ad attribuire, nella maggior parte dei casi, alle Regioni e alle Province autonome specifici finanziamenti aggiuntivi finalizzati al contenimento dei tempi di attesa delle prestazioni sanitarie programmate e alla riduzione delle loro liste di attesa.

1.1 Le misure straordinarie statali approvate per la riduzione delle liste di attesa nel periodo pandemico da SARS-CoV-2

1.1.1 Il decreto-legge n. 104 del 2020

Misure straordinarie per la riduzione delle liste di attesa aggravate dalla pandemia Covid-19 sono state inizialmente previste dall'art. 29 del 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."

Per l'attuazione delle citate disposizioni statali sono state adottate nell'anno 2020 le deliberazioni della Giunta regionale n. 1565 del 23 ottobre 2020 e n. 1673 del 13 novembre 2020.

1.1.2 Il decreto-legge n. 73 del 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, comma 1, al fine di consentire un maggior recupero delle prestazioni di ricovero ospedaliero per acuti in regime di elezione e delle prestazioni di specialistica ambulatoriale 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 per il periodo compreso tra il 26 maggio 2021 (entrata in vigore del d.l. 73/2021) e il 31 dicembre 2021 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.

Lo stesso articolo 26 del d.l. n. 73/2021, al comma 2, ha inoltre previsto 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 potessero 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, convertito in legge, con modificazioni, dalla l. n. 135/2012, ferma restando la garanzia dell'equilibrio economico del Servizio sanitario regionale.

Con deliberazioni della Giunta regionale n. 1036 del 2 luglio 2021 e n. 1891 del 10 dicembre 2021 si è data attuazione regionale alle sopra citate disposizioni normative statali.

1.1.3 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 (di seguito indicato anche, sinteticamente, PIANO) fosse prorogata fino al 31 dicembre 2022 la vigenza delle disposizioni previste dall'articolo 26, commi 1 e 2, del d.l. n. 73/2021 - nel testo vigente - 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.

Come già previsto dal citato prorogato comma 2 dell'articolo 26 del d.l. n. 73/2021, per garantire la piena attuazione del PIANO la Regione ha potuto 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, 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 (previsione contenuta anche dal comma 277 dell'art. 1 della l. 234/2021).

La rimodulazione del PIANO attuata dalla Regione Friuli Venezia Giulia per l'anno 2022 ai sensi dell'art. 1, comma 276, della legge n. 234/2021 è stata svolta secondo i criteri e le indicazioni trasmesse nel gennaio 2022 dal Ministero della Salute da utilizzarsi per una valutazione uniforme da parte di tutte le Regioni delle attività non erogate e da recuperare e per la conseguente attività di redazione del PIANO. Tali criteri e indicazioni sono stati formulati nel documento "Linee di indirizzo per il recupero delle prestazioni sanitarie non erogate in ragione dell'epidemia da SARS-COV-2" (di seguito, per brevità, indicato anche come LINEE D'INDIRIZZO MINISTERIALI) trasmesso dal Ministero della Salute con nota del 24 gennaio 2022 prot. num. 0001525-24/01/2022-DGPROGS-P. In tale nota il Ministero della Salute ha chiarito 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."

All'attuazione di quanto disposto dalla legge n. 234/2021, in particolare ai commi dal 276 al 278 del suo articolo 1, la Regione ha provveduto con deliberazioni della Giunta regionale n. 365 del 18 marzo 2022 e n. 1810 del 24 novembre 2022.

1.2 Le misure straordinarie statali nel periodo post-Covid: il decreto-legge n. 198 del 2022, convertito in legge con modificazioni dalla legge n. 14/2023

Il 31 marzo 2022 si è concluso lo stato di emergenza epidemiologica conseguente alla diffusione del virus SARS-CoV-2 deliberato dal Consiglio dei ministri il 31 gennaio 2020 e via via prorogato (da ultimo dall'articolo 1 del decreto-legge 24 dicembre 2021, n. 221, convertito dalla legge 18 febbraio 2022, n. 11). Al 31 dicembre 2022 è, peraltro, cessato anche il periodo massimo accordato dal decreto-legge 24 marzo 2022, n. 24, conv. dalla legge 19 maggio 2022, n. 52, per l'adozione delle ordinanze finalizzate a favorire il rientro nell'ordinario a seguito di emergenze di rilievo nazionale, ex art. 26 del d.lgs. n. 1/2018.

Pur se cessata l'emergenza epidemiologica da COVID-19 non si può, tuttavia, considerare conclusa l'azione degli Enti del Sistema sanitario nazionale e regionale necessaria al recupero delle prestazioni sanitarie non erogate durante il periodo più critico dell'emergenza pandemica (dal suo inizio fino al 31 dicembre 2021), e risultanti a tutt'oggi non ancora erogate, nonché, a trascinamento, al recupero delle prestazioni sanitarie complessivamente

non erogate nei tempi massimi di erogazione richiesti dalla normativa. Per tale ragione il Legislatore Nazionale ha previsto anche per il 2023 la possibilità da parte delle Regioni e dei suoi enti sanitari di utilizzare gli strumenti gestionali straordinari già resi disponibili fino al 31 dicembre 2022 in deroga ai correnti vincoli di spesa e contrattuali, e ciò allo scopo di agevolare le attività sanitarie regionali di recupero delle prestazioni non erogate. Tale possibilità accordata alle Regioni e ai loro enti sanitari di utilizzare tali strumenti gestionali in deroga ai vincoli di spesa e contrattuali è stata concessa, tuttavia, per l'anno 2023 in misura quantitativa limitata, e senza che siano stati disposti finanziamenti aggiuntivi statali per le attività da svolgersi per il recupero delle prestazioni non erogate.

L'intervento statale in esame è stato posto in essere con il decreto-legge 29 dicembre 2022, n. 198 (Disposizioni urgenti in materia di termini legislativi), convertito in legge con modificazioni dalla legge 24 febbraio 2023, n. 14, in particolare con il comma 9-*octies* del suo articolo 4, rubricato "Proroga di termini in materia di salute", dove si è previsto che "Per garantire la completa attuazione del Piano operativo per il recupero delle liste d'attesa, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano possono avvalersi, fino al 31 dicembre 2023, delle misure previste dalle disposizioni di cui all'articolo 26, commi 1 e 2, del decreto-legge 25 maggio 2021, n. 73, convertito, con modificazioni, dalla legge 23 luglio 2021, n. 106, nonché dalle disposizioni di cui all'articolo 1, comma 277, della legge 30 dicembre 2021, n. 234. Per l'attuazione delle finalità di cui al presente comma le regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano possono utilizzare una quota non superiore allo 0,3 per cento del livello di finanziamento indistinto del fabbisogno sanitario nazionale standard cui concorre lo Stato per l'anno 2023."

Per lo svolgimento di tali attività il Ministero della Salute ha trasmesso specifiche indicazioni operative con la nota prot. n. 0018678-30/05/2023-DGPROGS-MDS-P, ad oggetto "Indicazioni per le attività di recupero delle prestazioni ambulatoriali, screening e di ricovero ospedaliero non erogate nel periodo dell'emergenza epidemiologica conseguente alla diffusione del virus Sars-Cov-2 e attività di riduzione delle liste di attesa ai sensi del decreto-legge 29 dicembre 2022, n. 198 coordinato con la legge di conversione 24 febbraio 2023, n. 14 recante: «Disposizioni urgenti in materia di termini legislativi» art.4, commi 9-*septies* e 9-*octies*".

La finalità delle sopra citate indicazioni operative, così come precisato dal Ministero della Salute, è quella di sostenere il prosieguo delle attività di recupero delle prestazioni ambulatoriali, di screening oncologico e di ricovero ospedaliero non erogate nel periodo dell'emergenza epidemiologica conseguente alla diffusione del virus Sars-Cov-2 e, al contempo, quella di promuovere una coerente attività di supporto e monitoraggio da parte del Ministero della Salute, chiarendo gli aspetti relativi all'utilizzo dei finanziamenti di cui all'art. 4, commi 9-*septies* (importi non ancora utilizzati al 31.12.2022 rispetto ai finanziamenti già accordati dall'art. 1, c. 278, della l. n. 234/2021) e 9-*octies* (risorse regionali specificatamente destinate, nella misura prevista, alla finalità di cui all'art. 29, comma 1, del d.l. n. 104/2020) del d.l. n. 198/2022 vigente, in riferimento al livello di performance raggiunto dalle Regioni e Province autonome nelle attività di recupero delle prestazioni erogate durante l'emergenza epidemiologica.

Come precisato dal Ministero (così nell'allegato alla nota del Ministero prot. n. 0018678/2023):

- le risorse residue di cui all'articolo 1, comma 278, della legge 30 dicembre 2021, n. 234 (il riferimento per gli Enti del S.S.R. del Friuli Venezia Giulia è alle risorse non utilizzate rispetto al finanziamento assegnato, da ultimo, con d.g.r. n. 1810 del 24 novembre 2022) possono essere utilizzate per concorrere all'abbattimento delle liste d'attesa, se così previsto dalla Regione, senza tuttavia disporre delle deroghe previste dalla legge n. 234/2021 che cessavano al 31/12/2022;
- per le finalità di recupero delle prestazioni non erogate, le Regioni possono avvalersi, fino al 31 dicembre 2023, anche in via alternativa, delle misure previste dalla legislazione vigente di seguito riportate nel limite dello 0,3 per cento del livello di finanziamento indistinto del fabbisogno sanitario nazionale standard cui concorre lo Stato per l'anno 2023 (articolo 4, comma 9-*octies*):
 - “per il recupero dei ricoveri ospedalieri, ambulatoriali e di screening:
 - delle prestazioni aggiuntive di cui all'articolo 115, comma 2, del CCNL 2016-2018 della dirigenza medica, sanitaria, veterinaria e delle professioni sanitarie dipendenti del SSN, con tariffa oraria aumentata, con

esclusione dei servizi di guardia, da 60 euro a 80 euro lordi omnicomprensivi, al netto degli oneri riflessi a carico dell'Amministrazione;

- delle prestazioni aggiuntive di cui all'articolo 6, comma 1, lettera d), del CCNL 2016-2018 del personale del comparto sanità dipendente del SSN con un aumento della tariffa oraria a 50 euro lordi omnicomprensivi, al netto degli oneri riflessi a carico dell'Amministrazione;
- del reclutamento, attraverso assunzioni a tempo determinato, di personale del comparto e della dirigenza medica, sanitaria veterinaria e delle professioni sanitarie, anche in deroga ai vigenti CCNL di settore, o attraverso forme di lavoro autonomo, anche di collaborazione coordinata e continuativa, nonché impiego anche delle figure professionali previste in incremento ai sensi delle disposizioni di cui agli articoli 2- bis e 2-ter, del decreto-legge 17 marzo 2020, n. 18, convertito, con modificazioni, dalla legge 24 aprile 2020, n. 27;

per il recupero delle prestazioni ambulatoriali e di screening, in parziale alternativa a quanto indicato ai punti precedenti, possono incrementare il monte ore dell'assistenza specialistica ambulatoriale convenzionata interna con ore aggiuntive da assegnare nel rispetto dell'Accordo collettivo nazionale vigente;

ricorso alle strutture private accreditate, 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.”

2 Adempimenti regionali per l'utilizzo degli strumenti straordinari previsti dal decreto-legge n. 198/2022 per il recupero delle prestazioni sanitarie non erogate e per la riduzione delle liste d'attesa

Per l'utilizzo degli strumenti straordinari previsti dall'articolo 4, comma 9-*octies*, del decreto-legge 29 dicembre 2022, n. 198 (Disposizioni urgenti in materia di termini legislativi), convertito in legge con modificazioni dalla legge 24 febbraio 2023, n. 14 (comma al quale di seguito si fa riferimento anche, sinteticamente, come *COMMA 9-OCTIES*) la Regione è tenuta, come richiesto dal Ministero della salute con la sua nota prot. 0018678-30/05/2023-DGPROGS-MDS-P, a redigere e inviare a detto Ministero un Piano operativo regionale per il recupero delle liste di attesa per l'attuazione del *COMMA 9-OCTIES* (documento di seguito, per brevità, indicato anche come *PIANO OPERATIVO*), con aggiornamento del numero di prestazioni ambulatoriali e di ricovero ospedaliero al 31.12.2021 risultanti ancora in lista di attesa (rimosse le eventuali richieste di prestazioni già evase o non più necessarie, per rivalutazione clinica, identificazione di altri percorsi diagnostico-terapeutici, decesso, o altre cause) nonché del numero ricalcolato di prestazioni di screening non erogate al 31.12.2021 e da recuperare.

Nello stesso *PIANO OPERATIVO* va indicata sia l'entità e provenienza del finanziamento che le modalità operative, o modelli organizzativi (in particolare per quanto riguarda l'utilizzo delle misure previste dalle disposizioni di cui all'articolo 26, commi 1 e 2, del d.l. n. 73/2021 nel loro testo vigente) che si intendono utilizzare per le attività di recupero.

2.1 Risorse da utilizzare per l'attuazione delle finalità di cui comma 9-*octies* - individuazione e quantificazione complessiva regionale

Per l'attuazione del *COMMA 9-OCTIES*, non è disposto finanziamento aggiuntivo rispetto a quanto già assegnato agli Enti con d.g.r. n. 480 del 17 marzo 2023 (*Linee annuali per la gestione del Servizio sanitario regionale per l'anno 2023*); pertanto gli Enti per tale attuazione dovranno utilizzare le risorse già disponibili a bilancio dell'Ente.

In merito alla determinazione delle risorse utilizzabili con le modalità operative e i modelli organizzativi non ordinari previsti dal *COMMA 9-OCTIES*, lo stesso comma dispone che per l'attuazione delle proprie finalità la Regione possa utilizzare una quota non superiore allo 0,3 per cento del livello di finanziamento indistinto del fabbisogno sanitario nazionale standard cui concorre lo Stato per l'anno 2023.

Preso atto che non risulta ancora essere stato determinato formalmente tale importo per l'anno 2023, gli Uffici Ministeriali hanno ritenuto opportuno diramare le seguenti specifiche indicazioni in merito:

“Ad integrazione di quanto contenuto nel documento allegato alla comunicazione del Direttore generale della Direzione generale della Programmazione sanitaria del Ministero della salute dello scorso 2 febbraio 2023 avente ad oggetto “Stanziamiento 2022” e alla successiva documentazione allegata alle convocazioni trasmesse il 28 febbraio 2023 per la verifica dei conti di IV trimestre 2022 ai sensi dell’articolo 1, comma 174, della legge 311/2004, a seguito di specifiche richieste regionali, si riportano le seguenti ulteriori indicazioni: [...] 9-octies. Per garantire la completa attuazione del Piano operativo per il recupero delle liste d’attesa, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano possono avvalersi, fino al 31 dicembre 2023 delle misure previste dalle disposizioni di cui all’ articolo 26, commi 1 e 2, del decreto-legge n. 73/2021 convertito, con modificazioni, dalla legge 23 luglio 2021, n. 106, nonché dalle disposizioni di cui all’articolo 1, comma 277, della legge 30 dicembre 2021, n. 234. Per l’attuazione delle finalità di cui al presente comma le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano possono utilizzare una quota non superiore allo 0,3 per cento del livello di finanziamento indistinto del fabbisogno sanitario nazionale standard cui concorre lo Stato per l’anno 2023. Al fine di dare tempestiva applicazione alla norma e nelle more della definizione della proposta di riparto del livello di finanziamento indistinto 2023, si invitano le regioni e le province autonome a definire la quota dello 0,3% sul livello di finanziamento indistinto 2022 (utilizzando l’importo rilevato alla voce “AA0030” del modello CE IV trimestre 2022 che accoglie i finanziamenti di cui alle Intese Stato-Regioni nn. 278-279 del 21 dicembre 2022) [...]”.

Per la Regione Friuli Venezia Giulia tale valore (voce “AA0030” del modello CE IV trimestre 2022) è risultato pari a Euro 2.563.759.742,69, con conseguente valorizzazione della citata quota percentuale dello 0,3 in Euro 7.691.279,00 (valore arrotondato per difetto all’unità di Euro).

2.2 Modelli organizzativi e strumenti aziendali utilizzabili, nei limiti delle risorse determinate per ogni Ente, per il recupero delle liste di attesa per ogni tipo di prestazione: di ricovero ospedaliero per acuti in elezione, ambulatoriale – diagnostica e clinica - e di screening, ex art. 4, c. 9-octies, del d.l. n. 198/2022

Per l’attuazione del COMMA 9-OCTIES gli enti del S.S.R. possono utilizzare i modelli organizzativi indicati nei sottopunti di seguito esposti per il recupero delle liste di attesa per ogni tipo di prestazione: di ricovero ospedaliero per acuti in elezione, ambulatoriale – diagnostica e clinica - e di screening, in conformità a quanto indicato dal Ministero della Salute nelle sue indicazioni operative (nota prot. n. 0018678-30/05/2023-DGPROGS-MDS-P).

Si precisa che in sede di scelta dei modelli organizzativi non si è valutato opportuno utilizzare la facoltà, astrattamente esercitabile, di incremento del 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. Va ancora precisato che sono escluse le prestazioni relative ai servizi di guardia medica.

I modelli organizzativi indicati al presente punto e suoi sottopunti sono utilizzabili nel regime derogatorio previsto dal COMMA 9-OCTIES dalla data di approvazione del presente PIANO OPERATIVO e fino al 31.12.2023, e comunque nel limite quantitativo e di destinazione delle risorse determinato per ogni ente nella successiva Tabella 6.

2.2.1 Utilizzo di prestazioni aggiuntive e con reclutamento o impiego a tempo determinato di risorse umane ex COMMA 9-OCTIES e richiamato art. 26, c. 1, del d.l. n. 73/2021, nel suo testo vigente

I modelli organizzativi utilizzabili dagli Enti del S.S.R. per il recupero di ogni tipo di prestazione (di ricovero ospedaliero per acuti in elezione, ambulatoriale – diagnostica e clinica - e di screening), ex COMMA 9-OCTIES e richiamato art. 26, c. 1, del d.l. n. 73/2021, nel suo testo vigente, sono i seguenti:

- a) **prestazioni aggiuntive**, previste dall’articolo 115, comma 2, del C.C.N.L. triennio 2016-2018 del 19.12.2019 della **dirigenza dell’area della sanità**, applicato a tutti i dirigenti medici, sanitari, veterinari e delle professioni sanitarie, per le quali è previsto l’aumento della tariffa oraria ad 80 euro lordi onnicomprensivi, al netto degli oneri riflessi a carico dell’Amministrazione;

- b) **prestazioni aggiuntive**, già previste dall'art. 6, comma 1, lett. d), del CCNL triennio 2016-2018 del 21.5.2018, (ora previste dall'art. 7, comma 1, lett. d), del CCNL triennio 2019-2021 del 2.11.2022), da parte del **personale del comparto sanità dipendente del S.S.N.** con un aumento della relativa tariffa oraria a 50 euro lordi onnicomprensivi al netto degli oneri riflessi a carico dell'Amministrazione;
- c) **reclutamento**, attraverso assunzioni a tempo determinato, di personale del comparto e della dirigenza medica, sanitaria veterinaria e delle professioni sanitarie, anche in deroga ai vigenti C.C.N.L. di settore, o attraverso forme di lavoro autonomo, anche di collaborazione coordinata e continuativa, nonché **impiego anche delle figure professionali previste in incremento** dagli articoli 2-bis e 2-ter del D.L. 17.3.2020, n. 18, convertito con L. 27.4.2020, n. 27.

2.2.2 [Acquisto di prestazioni sanitarie da privato accreditato ex COMMA 9-OCTIES e richiamati art. 1, c. 277, della l. 234/2021 e art. 26, c. 2, del d.l. n. 73/2021, nel suo testo vigente](#)

In relazione al possibile coinvolgimento di Strutture private accreditate, con accordi contrattuali in vigore, nello svolgimento delle attività finalizzate all'attuazione del PIANO OPERATIVO di cui al COMMA 9-OCTIES (e richiamati art. 1, comma 277, della l. 234/2021 e art. 26, c. 2, del d.l. n. 73/2021, nel testo vigente), si rileva che l'esame delle condizioni operative caratterizzanti l'attività svolta nell'anno 2022 dagli Enti sanitari pubblici regionali espone ancora numerose criticità, che depongono per un'esigenza di rendere maggiormente disponibili agli Enti le capacità produttive delle Strutture private accreditate con accordi già in essere. Si valuta, quindi, opportuno il possibile coinvolgimento delle Strutture private accreditate nell'attuale gestione delle attività del PIANO OPERATIVO nell'ammontare massimo concesso dalla normativa, che è fissato in una quota inferiore a quella destinata alla gestione diretta operata da parte degli Enti con risorse umane di diretto utilizzo. Per tali ragioni si ritiene opportuno elevare al 49 per cento del totale dell'importo regionale utilizzabile la quota dello stesso eventualmente destinabile all'integrazione degli acquisti dalle Strutture private accreditate, con accordo contrattuale vigente, per il loro coinvolgimento nelle attività del PIANO OPERATIVO.

In attuazione del COMMA 9-OCTIES e richiamati art. 1, comma 277, della l. 234/2021 e art. 26, c. 2, del d.l. n. 73/2021, nel suo testo vigente, le Aziende Sanitarie sono, quindi, autorizzate ad integrare gli acquisti di prestazioni ospedaliere di ricovero in elezione, di specialistica ambulatoriale e di screening 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 dei complessivi valori massimi autorizzati per la singola Azienda così come indicato nella Tabella 6, alla colonna *b*, fermo restando l'obbligo di rispetto del limite di cui all'art. 34, comma 3, della legge regionale 12 dicembre 2019, n. 22 ("Riorganizzazione dei livelli di assistenza, norme in materia di pianificazione e programmazione sanitaria e sociosanitaria e modifiche alla legge regionale 26/2015 e alla legge regionale 6/2006").

Si ricorda che la finalizzazione all'acquisto di prestazioni da Strutture private accreditate di parte del complessivo importo attribuito – nei limiti del valore complessivo massimo per ogni ente risultante da quanto indicato alla colonna *b* della Tabella 6 – per l'utilizzo degli strumenti operativi derogatori, ex COMMA 9-OCTIES, rappresenta una possibilità, non un obbligo, per le Aziende, da utilizzarsi come possibile strumento per bilanciare e ridurre eventuali criticità gestionali aziendali.

Rientra nella discrezionalità di ogni singola Azienda l'effettiva individuazione 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.

2.3 [Aggiornamento del numero delle prestazioni non erogate al 31.12.2021 da considerarsi ancora in lista di attesa](#)

Nell'attività di ricognizione e aggiornamento effettuata sul numero di prestazioni richieste entro il 31.12.2021, ma ancora da erogare, gli Enti hanno provveduto a rivalutare e revisionare le liste di attesa, con eliminazione dalle

stesse delle richieste di prestazioni già evase o non più necessarie (per rivalutazione clinica, identificazione di altri percorsi diagnostico-terapeutici, decesso, altra causa) o differite in modo programmato all'interno di percorsi di follow-up con tempistica a medio-lungo termine, e quindi da non considerarsi tardive. Relativamente alle attività di screening, la numerosità delle prestazioni da recuperare è stata riconsiderata rispetto alla periodicità temporale del controllo e l'eventuale loro riassorbimento all'interno delle ordinarie attività delle campagne di screening dell'anno 2023.

Dopo tale attività di ricognizione e aggiornamento, vengono quantificati, come esposto ai sottopunti che seguono, i volumi di prestazioni richieste entro il 31.12.2021, ma ancora da erogate.

2.3.1 Prestazioni di ricovero ospedaliero per intervento chirurgico in elezione richieste e già inserite in lista d'attesa al 31.12.2021 e non ancora erogate.

Di seguito si espongono i volumi delle prestazioni di ricovero ospedaliero per intervento chirurgico in elezione richieste e già inserite in lista d'attesa alla data del 1° gennaio 2022 e non ancora erogate, classificate secondo i criteri previsti al punto 3.2.1 - *Ricoveri ospedalieri* delle LINEE D'INDIRIZZO MINISTERIALI in base ai criteri di complessità della casistica DRG articolata su tre Classi:

- Classe 1: Chirurgia oncologica e interventi maggiori;
- Classe 2: Interventi non classificati come maggiori, correlati a patologie di rilievo;
- Classe 3: Interventi non classificati come maggiori, correlati a patologie di minore complessità.

Ciascuna di queste categorie è poi ulteriormente stratificata in base alla classificazione di priorità per il ricovero attribuita ex DM 8/7/2010 n. 135 e ss.mm.ii.:

- Classe A: ricovero entro 30 giorni per i casi clinici che potenzialmente possono aggravarsi rapidamente al punto da diventare emergenti, o comunque da recare grave pregiudizio alla prognosi;
- Classe B: ricovero entro 60 giorni per i casi clinici che presentano intenso dolore, o gravi disfunzioni, o grave disabilità ma che non manifestano la tendenza ad aggravarsi rapidamente al punto di diventare emergenti né possono per l'attesa ricevere grave pregiudizio alla prognosi;
- Classe C: ricovero entro 180 giorni per i casi clinici che presentano minimo dolore, disfunzione o disabilità, e non manifestano tendenza ad aggravarsi né possono per l'attesa ricevere grave pregiudizio alla prognosi;
- Classe D: ricovero senza attesa massima definita per i casi clinici che non causano alcun dolore, disfunzione o disabilità. Questi casi devono comunque essere effettuati almeno entro 12 mesi.

Tabella 1 - Regione Friuli Venezia Giulia – Prestazioni di ricovero ospedaliero per intervento chirurgico in elezione richieste e in lista d'attesa al 31.12.2021, ma non ancora erogate (Complessivo ammontare regionale distinto per classe di complessità e classe di priorità del ricovero)

Classificazione per complessità degli interventi chirurgici	Classe di Priorità di ricovero ex D.M. 8 luglio 2010 n.135				Totale
	A	B	C	D	
Classe 1: Interventi maggiori, chirurgia oncologica e trapianti	65	67	215	260	607
Classe 2: Interventi non classificati come maggiori, correlati a patologie di rilievo	9	42	659	480	1.190
Classe 3: Interventi non classificati come maggiori, correlati a patologie di minore complessità	9	238	2.220	1.545	4.012
<i>complessità non definibile in rapporto al DRG fornito</i>	6	8	28	211	253
Totale	89	355	3.122	2.496	6.062

Fonte: Valori comunicati dagli Enti del S.S.R. dopo specifica ricognizione aziendale.

2.3.2 Prestazioni ambulatoriali richieste e già inserite in lista d'attesa al 31.12.2021 e non ancora erogate

Di seguito si espone la numerosità delle prestazioni di specialistica ambulatoriale richieste agli enti del S.S.R. e già inserite in lista d'attesa al 31.12.2021, ma non ancora erogate. Come anticipato in premessa, gli enti hanno

effettuato un'attività di aggiornamento delle liste di attesa relativamente a tali prestazioni, revisionando e procedendo all'eliminazione dalle liste delle richieste di prestazione già evase, o non più necessarie (per rivalutazione clinica, identificazione di altri percorsi diagnostico-terapeutici, decesso, altra causa) o comunque differite in modo programmato all'interno di percorsi di follow-up con tempistica a medio-lungo termine, e quindi non tardive.

L'esposizione è effettuata per tipologia di prestazione e per classe di priorità della prenotazione, che differenzia l'accesso alle prenotazioni in rapporto alle condizioni di salute dell'utente e quindi alla gravità del quadro clinico, secondo le indicazioni del vigente Piano Nazionale di Governo delle Liste di Attesa (PNGLA) per il triennio 2019-2021 (PNGLA), recepito dalla Regione:

- U: urgente (nel più breve tempo possibile o, se differibile, entro 72 ore);
- B: entro 10 gg;
- D: entro 30 gg (visite) entro 60 gg (prestazioni strumentali);
- P: programmata (con tempistica: 120gg).

Tabella 2 - Regione Friuli Venezia Giulia – Prestazioni di specialistica ambulatoriale richieste e in lista d'attesa al 31.12.2021, ma non ancora erogate (Complessivo ammontare regionale per tipologia e classe di priorità)

tipologia di prestazione		Classe di priorità ex PNGLA				Totale
		B	D	P	nessuna priorità	
Prime visite oncologiche		0	0	0	0	0
Prime visite di altre discipline per pazienti oncologici		0	2	57	0	59
Prestazioni diagnostica per il paziente oncologico		1	7	84	0	92
Visite di controllo follow up oncologici		0	0	0	0	0
Visite di controllo - cronici	89.01 - branca pneumologia	0	0	0	0	0
	89.01 - branca cardiologia	0	0	0	0	0
	89.01 - branca endocrinologia	0	0	2	0	2
	89.01 - altre branche	0	0	0	0	0
Visite di controllo patologie rare		0	0	0	0	0
Visite di controllo salute mentale		0	0	0	0	0
Altre prestazioni monitorate dal PNGLA		5	183	2565	17	2770
Prime visite ritenute prioritarie (diverse da quelle elencate nel PNGLA)		0	0	0	0	0
Altre prestazioni ritenute prioritarie in base a specifiche esigenze regionali (diverse da quelle elencate nel PNGLA)		0	6	24	2	32

Fonte: Dati del Sistema Sanitario Regionale del Friuli Venezia Giulia – gestionale SIASA - al netto delle rettifiche operate dagli Enti, con specifica ricognizione, per le prestazioni già evase o non più necessarie (per rivalutazione clinica, identificazione di altri percorsi diagnostico-terapeutici, decesso, altra causa) o differite in modo programmato all'interno di percorsi di follow-up con tempistica a medio-lungo termine, e quindi non tardive.

Si annota come, in relazione ai valori esposti per la voce: "Altre prestazioni monitorate dal PNGLA" nell'appena esaminata Tabella 2, una relevantissima componente sia riferita a prestazioni non erogate per l'ambito di competenza dell'Azienda sanitaria Friuli Occidentale, in particolare, per le seguenti tipologie di prestazioni: visite oculistiche, visite dermatologiche. A seguito della ricognizione e revisione delle liste di attesa al 31.12.2021 svolta, tale Ente ha evidenziato una consistenza (e attuale ipotesi temporale di erogazione a recupero) per tali tipologie di prestazioni così come di seguito sottoesposto:

Tabella 3 – Azienda sanitaria Friuli Occidentali - Prestazioni di specialistica ambulatoriale richieste e in lista d'attesa al 31.12.2021 e non ancora erogate - dettaglio per tipologia e ordinaria prevista programmata erogazione (numero)

tipologia di prestazione	numero di prestazioni in lista d'attesa al 31.12.2021 ancora non erogate	di cui attualmente è stata programmata l'erogazione, con le modalità ordinarie, nel periodo di:	
		Il semestre 2023	2024
Visita oculistica	1.390	792	598
Visita dermatologica	239	161	78
Altre prime visite	24	24	
TOTALE	1.653	977	676

Fonte: Dati comunicati dall'Azienda ad esito di specifica ricognizione operata ai fini della definizione della programmazione da definirsi con il presente PIANO OPERATIVO.

L'Azienda sanitaria Friuli Occidentali ha preannunciato che, in presenza di utilizzabilità di risorse ex COMMA 9-OCTIES, tenuto conto della numerosità di tali prestazioni pendenti, procederà a gestire le prestazioni programmate nel secondo semestre 2023 nella seguente modalità: le visite con data appuntamento entro il 31/12/2023 saranno erogate nel normale orario di servizio mentre per quelle già fissate a data successiva al 31/12/2023 si procederà a recuperarle sempre nel secondo semestre, ma per mezzo di prestazioni aggiuntive ex COMMA 9-OCTIES.

2.3.3 Prestazioni di screening di I livello non erogate al 31.12.2021 e al 31.12.2022 da recuperare

Al netto dell'inclusione degli interessati alla campagna di screening del 2023, non si rilevano screening di I livello da recuperare rispetto a quelli non erogati al 31.12.2021.

Per quanto riguarda la gestione degli inviti per l'effettuazione degli screening, la situazione corrente, così come registrata nel mese di giugno 2023 dall'Azienda regionale di coordinamento per la salute, risulta essere la seguente:

- screening mammografico: già programmato il recupero via lettera entro il 31 dicembre 2023 delle donne non contattabili via telefonica nel II semestre 2022 e I semestre 2023, con raggiungimento della gestione in linea delle attività entro il 31 dicembre 2023;
- screening cervice uterina: già programmato il recupero via lettera entro il 31 dicembre 2023 delle donne non contattabili via telefonica nel I semestre 2023, con raggiungimento della gestione in linea delle attività entro il 31 dicembre 2023;
- screening colon retto: gestione delle attività attualmente in linea (contatto via lettera).

Di seguito si espongono i dati relativi alle necessità di recupero di inviti e prestazioni di screening di primo livello non erogate al 31.12.2022.

Tabella 4 – Regione Friuli Venezia Giulia. Prestazioni di screening di I livello non erogate al 31.12.2022, con programmazione e avanzamento delle attività di recupero (Numero)

tipologia	numero di prestazioni non erogate al 31.12.2022	di cui già recuperate al 30 giugno 2023	di cui è programmato il recupero entro il 31.12.2023
inviti da recuperare per screening tumore mammella	19.700	9.652	7.241
inviti da recuperare per screening tumore colon	0		
inviti da recuperare per screening tumore cervice	18.000	9.000	8.000
prestazioni da recuperare per screening I livello tumore mammella	19.700		
prestazioni da recuperare per screening I livello tumore colon-retto	0		
prestazioni da recuperare per screening I livello tumore cervice	18.000		

Fonte: Dati comunicati dall'Azienda regionale di coordinamento per la salute al 21 luglio 2023.

Relativamente alle prestazioni di screening di II livello, la loro programmazione è inclusa nella complessiva gestione delle prestazioni specialistiche ambulatoriali.

3 Determinazione per ogni ente delle risorse utilizzabili ai sensi del COMMA 9-OCTIES e determinazione della quota massima destinabile al coinvolgimento delle Strutture private accreditate nelle attività di recupero delle prestazioni sanitarie non erogate

Di seguito vengono indicati i criteri utilizzati per la ripartizione tra i vari Enti del S.S.R. del valore complessivo regionale di risorse utilizzabile con le modalità non ordinarie di cui al COMMA 9-OCTIES così come individuate e complessivamente quantificate a livello regionale al precedente punto 2.1.

In relazione ai criteri utilizzati per la ripartizione tra gli enti del valore complessivo regionale, si è preso atto della specializzazione d'attività degli Istituti di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico regionali (IRCCS): il Burlo Garofolo di Trieste e il Centro di Riferimento Oncologico di Aviano (CRO), ma anche della ridotta misura di risorse dichiarate dagli stessi IRCCS come concretamente programmabili e utilizzabili nel periodo considerato (II semestre 2023).

Preso atto delle ridotte quote di massimo importo di risorse dichiarate utilizzabili nell'anno per le finalità di cui al COMMA 9-OCTIES da tali IRCCS e valutata l'utilità di un loro pieno coinvolgimento in ragione della loro specializzazione di cura, sono stati attribuiti a tali IRCCS i valori di massimo utilizzo programmabile così come comunicati dagli stessi.

Al netto di quanto già attribuito agli IRCCS, si è quindi proceduto a considerare la suddivisione tra le Aziende territoriali del residuo valore di risorse utilizzabili con le modalità non ordinarie di cui al COMMA 9-OCTIES, allo scopo utilizzando il criterio proporzionale collegato alla popolazione residente di ogni Azienda al 31.12.2021 "pesata" secondo i parametri di teorico consumo di risorse per fascia di età per i due livelli di assistenza: specialistica e ospedaliera. Tale composizione per Azienda della popolazione pesata regionale alla data indicata viene esposta nella seguente Tabella 5:

Tabella 5 - Aziende del Servizio Sanitario Regionale – Popolazione residente nella circoscrizione aziendale al 31.12.2021 "non pesata" e "pesata" per fascia di età e per i due livelli di assistenza: specialistica e ospedaliera

	REGIONE	AS Friuli Occidentale	ASU Friuli Centrale	ASU Giuliano Isontina
popolazione non pesata al 31/12/2021	1.197.295	310.158	517.848	369.289
popolazione pesata al 31/12/2021	1.386.105	343.574	604.173	438.358

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

Elaborati i valori teorici di ripartizione tra le Aziende territoriali sulla base del criterio relativo alla popolazione "pesata" servita, si sono considerati anche gli ulteriori elementi apportati dall'attività di ricognizione e programmazione svolta dagli Enti. Da tale attività è risultata sia una stima comunicata dall'Azienda sanitaria Friuli Occidentale (ASFO) in merito ad una ridotta misura di risorse di prevista utilizzabilità con modalità diretta (non con acquisto da Privati accreditati) per le attività in esame che un dato di maggiori necessità di risorse dell'Azienda sanitaria universitaria Friuli Centrale (ASUFC) in ragione della numerosità delle prestazioni da recuperare e dell'esteso ambito territoriale amministrato. Sulla base di tali elementi informativi si è ritenuto necessario operare una compensazione pari a ca. Euro 250.000 tra ASFO e ASUFC, con trasferimento a quest'ultima Azienda di tale valore aggiuntivo di risorse corrispondente al minor ammontare di risorse dichiarate da ASFO come non utilizzabili con gestione diretta.

Tutto quanto sopra considerato, si opera come esposto nella seguente Tabella 6 la ripartizione tra gli Enti del S.S.R. delle complessive risorse utilizzabili, a livello regionale, con le modalità non ordinarie di cui al COMMA 9-OCTIES per l'attuazione del PIANO OPERATIVO, anche con indicazione specifica dell'ammontare massimo destinabile dalle Aziende per il coinvolgimento nelle attività di recupero dei privati accreditati, ex comma 277 dell'art. 1 della l. n. 234/2021 e art. 26, comma 2, del d.l. n. 73/2021 nel suo testo vigente, fermo rimanendo che le risorse che

vengano destinate a tale utilizzo (colonna b della seguente Tabella 6) sono computate a decremento dell'importo complessivo attribuito all'Ente, come esposto alla colonna a della seguente Tabella 6:

Tabella 6 –Enti del Servizio Sanitario Regionale – Definizione degli importi utilizzabili per l'attività di recupero delle prestazioni sanitarie non erogate nel periodo dell'emergenza epidemologica conseguente alla diffusione del virus SARS-Cov-2 ai sensi dell'art. 4, c. 9-octies, del d.l. n. 198/2022

Ente	Importi definiti per l'attività di recupero delle prestazioni sanitarie non erogate al 31.12.2021 e per le altre attività di recupero, ai sensi dell'art. 4, c. 9-octies, del d.l. n. 198/2022 - valore in Euro- (a)	di cui (a scomputo) destinabili dall'Azienda per l'acquisto di prestazioni ospedaliere di ricovero, di specialistica ambulatoriale e screening da privato accreditato con accordo contrattuale in vigore - valore massimo, in Euro- (b)
AS Friuli Occidentale	1.514.154,00	934.154,00
ASU Friuli Centrale	3.352.274,00	1.642.706,00
ASU Giuliano Isontina	2.250.851,00	1.191.866,00
I.R.C.C.S. Burlo Garofolo	280.000,00	
I.R.C.C.S. CRO di Aviano	294.000,00	
Totale complessivo	7.691.279,00	3.768.726,00

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

In coerenza con quanto disposto dal COMMA 9-OCTIES, con le indicazioni operative trasmesse dal Ministero della Salute con la già citata nota prot. n. 0018678-30/05/2023-DGPROGS-MDS-P, anche secondo quanto risultante dalle schede tecniche da inviare a corredo del PIANO OPERATIVO, nonché in coerenza con le LINEE D'INDIRIZZO MINISTERIALI, si definiscono le seguenti direttive di azione che gli Enti sono tenuti a seguire per lo svolgimento delle attività con le modalità non ordinarie di cui al COMMA 9-OCTIES nella misura massima di utilizzo di risorse così come definita per ciascun Ente nella precedente Tabella 6 –Enti del Servizio Sanitario Regionale – Definizione degli importi utilizzabili per l'attività di recupero delle prestazioni sanitarie non erogate nel periodo dell'emergenza epidemologica conseguente alla diffusione del virus SARS-Cov-2 ai sensi dell'art. 4, c. 9-octies, del d.l. n. 198/2022.

4.1 Prestazioni di ricovero e di specialistica ambulatoriale erogabili nell'anno 2023 con utilizzo degli strumenti straordinari resi disponibili dal COMMA 9-OCTIES

L'utilizzo delle risorse ex COMMA 9-OCTIES per le finalità di recupero dei ricoveri ospedalieri per intervento chirurgico in elezione nonché, distintamente, per le finalità di recupero delle prestazioni ambulatoriali va operato nel rispetto delle seguenti priorità, esposte in modo ordinalmente decrescente per precedenza di svolgimento delle attività:

priorità 1: massima

- ogni tipologia di prestazione di ricovero ospedaliero per intervento chirurgico in elezione per il recupero delle prestazioni richieste e iscritte in lista di attesa entro il 31.12.2021, ma non ancora erogate;
- ogni tipologia di prestazione di specialistica ambulatoriale per il recupero delle prestazioni richieste e iscritte in lista di attesa entro il 31.12.2021, ma non ancora erogate;
- ogni tipologia di prestazione di ricovero ospedaliero per il trattamento di patologie oncologiche, in qualunque periodo iscritta in lista di attesa in classe di priorità A o B, ricomprendendo, comunque, le seguenti prestazioni: interventi chirurgici per tumore maligno a: prostata, colon, retto, utero, tiroide, polmone, mammella; interventi chirurgici per melanoma; Linfoma e leucemia non acuta con CC;
- ogni tipologia di prestazione di specialistica ambulatoriale in classe di priorità Breve o Differita finalizzata al trattamento e diagnosi di patologie oncologiche, in qualunque periodo iscritta in lista di attesa; vanno

considerate appartenenti alla presente tipologia di prestazioni anche quelle rientranti nelle attività di screening di II livello;

priorità 2:

- ogni tipologia di prestazione di ricovero ospedaliero per intervento chirurgico in elezione per il recupero delle prestazioni richieste e iscritte in lista di attesa entro il 31.12.2022, ma non ancora erogate, con prestazione da erogarsi nel rispetto della Classe di priorità in lista di attesa e dell'ordine di iscrizione nella stessa lista per la Classe di priorità;
- ogni tipologia di prestazione di specialistica ambulatoriale per il recupero delle prestazioni richieste e iscritte in lista di attesa entro il 31.12.2022, ma non ancora erogate, con prestazione da erogarsi primariamente per le classi di priorità B e D e nel rispetto dell'ordine di iscrizione in lista di attesa;

priorità 3:

- ogni tipologia di prestazione di ricovero ospedaliero per intervento chirurgico in elezione iscritta in lista di attesa a decorrere dal 1 gennaio 2023 con classe di priorità A, ma non ancora erogata, e per la quale il tempo di attesa abbia superato il periodo massimo di attesa garantito dal PNGLA per la relativa Classe di priorità, con erogazione da effettuarsi nel rispetto dell'ordine di iscrizione in lista di attesa per la Classe di priorità;
- ogni tipologia di prestazione di specialistica ambulatoriale iscritta in lista di attesa a decorrere dal 1° gennaio 2023 con Classe di priorità B o D, ma non ancora erogata, e per la quale il tempo di attesa abbia superato il periodo massimo di attesa garantito dal PNGLA per la relativa Classe di priorità, con erogazione da effettuarsi nel rispetto dell'ordine di iscrizione in lista di attesa per la Classe di priorità.

4.2 Prestazioni di screening erogabili nell'anno 2023 con utilizzo degli strumenti straordinari resi disponibili dal COMMA 9-OCTIES

Relativamente, alle attività di screening di I e II livello, attesa la loro afferenza alla generale attività di diagnosi delle patologie oncologiche, non vengono indicate priorità da rispettare per l'eventuale utilizzo dei modelli operativi resi disponibili dal COMMA 9-OCTIES, se non l'ineliminabile requisito presupposto di necessaria tardività della prestazione con conseguente necessità di suo recupero. Sono, quindi, individuate quali prestazioni sanitarie erogabili in attuazione del COMMA 9-OCTIES quelle finalizzate al recupero delle prestazioni di screening oncologico di I livello per le tipologie: mammografico, della cervice uterina e del colon retto.

Con riferimento alle attività attuabili con l'utilizzo dei modelli organizzativi previsti dal PIANO OPERATIVO, si deve, peraltro, prendere atto che lo screening di I livello del colon retto è gestito ordinariamente per mezzo di rapporto convenzionale con le farmacie della regione, con attività allo stato in linea con la programmazione e quindi comunque non necessitanti di recupero.

Per quanto riguarda, invece, le attività di recupero dello screening della cervice uterina, si prende atto delle indicazioni e dei chiarimenti in merito alle modalità applicative dell'art. 1, c. 276, della legge n. 234/2021 così come pervenuti dagli Uffici del Ministero della Salute con comunicazione del 7 marzo 2022, dove, in merito al quesito se "al personale professionale sanitario – ostetrica - possano essere affidate prestazioni aggiuntive ai sensi dell'art. 26, comma 1, lett. b), del d.l. n. 73/2021 e richiamato art. 29, comma 3, lett. b), del d.l. n. 104/2020", è stato positivamente indicato dal Ministero che "la norma citata fa riferimento alle prestazioni aggiuntive previste dal CCNL comparto sanità triennio 2016-2018 che si applica anche alla professione ostetrica. Quest'ultima ex D.M.740/94 Art.1 lettera d, per quanto di sua competenza, partecipa alla prevenzione e all'accertamento dei tumori della sfera genitale femminile. Se la Regione FVG nel suo modello organizzativo utilizza le ostetriche per l'esecuzione dello screening per Cervice Uterina, può pianificare di predisporre prestazioni aggiuntive che le coinvolgano per il recupero delle prestazioni di screening non erogate."

In relazione, da ultimo, alle attività di screening di II livello, si fa presente che con il presente PIANO OPERATIVO è prevista l'erogabilità di prestazioni di screening di II livello all'interno della tipologia delle prestazioni specialistico-ambulatoriali.

5 Programmazione di utilizzo per finalità e modello organizzativo delle risorse ai sensi del COMMA 9-OCTIES

Sulla base delle informazioni acquisite dagli enti del S.S.R. in sede programmatoria relativamente a modelli organizzativi e misura di stimata utilizzabilità da parte degli enti delle risorse ripartibili in attuazione del COMMA 9-OCTIES, di seguito si espone una sintesi dell'articolazione di utilizzo programmato nel 2023 su base regionale, per modello organizzativo e finalità, di tali risorse:

Tabella 7 - Regione Friuli Venezia Giulia. Programma di utilizzo, per modello organizzativo e finalità, da parte degli Enti del S.S.R. nell'anno 2023 in attuazione del COMMA 9-OCTIES

finalità	modelli organizzativi di programmato utilizzo			totale
	utilizzo di prestazioni aggiuntive	reclutamento temporaneo/ riallocazione di personale	acquisto di prestazioni da Privato Accreditato	
Attività di ricovero per interventi chirurgici in elezione	2.240.148,00	120.000,00	1.232.371,00	3.592.519,00
Attività di specialistica ambulatoriale	1.735.365,00	40.000,00	2.293.649,00	4.069.014,00
Attività di screening	29.746,00	0,00	0,00	29.746,00
TOTALE	4.005.259,00	160.000,00	3.526.020,00	7.691.279,00

Nel rispetto dei vincoli indicati negli altri punti del presente PIANO OPERATIVO e nel rispetto dell'adempimento del debito informativo di sistema, è affidato ai Direttori Generali degli Enti l'eventuale bilanciamento in corso di gestione dell'utilizzo delle varie modalità organizzative e di svolgimento delle attività rispetto alla programmazione aziendale comunicata dagli stessi enti al fine di gestire eventuali criticità evidenziatesi nella gestione.

6 Indicazione di ulteriori strumenti di recupero delle liste di attesa

La rilevanza dei volumi delle attività non erogate e da recuperare da parte degli Enti del S.S.R. richiede che gli enti si attivino in via autonoma con ogni strumento gestionale ordinario disponibile per il miglioramento del bilanciamento tra domanda e offerta: tra questi 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.

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 l'impropria finalità di "bilanciare" un previsto ritardo nell'erogazione della prestazione intervenendo sulla priorità della 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. La corretta attribuzione dei codici di priorità per le prestazioni specialistiche va operata nel rispetto dei criteri clinici per l'accesso appropriato e prioritario contenuti nel Manuale RAO (Raggruppamenti di attesa omogenea) redatto dall'Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali (AGENAS).

7 Utilizzo da parte degli Enti della quota residua del finanziamento di cui all'art. 1, comma 278, della legge 30 dicembre 2021, n. 234

Al termine delle attività di attuazione del Piano operativo regionale per il recupero delle liste di attesa così come aggiornato con d.g.r.n. 1810 del 24 novembre 2022, ex art. 29 del d.l.n. 104/2020 e art. 1, c. 276, della

l. n. 234/2021, in alcuni Enti del S.S.R. alla data del 31.12.2022 residuavano quote di finanziamento non utilizzato, quote per le quali gli Enti hanno proceduto ad accantonamento di bilancio.

Le evidenze di bilancio per l'anno 2022 espongono la seguente situazione negli Enti delle sopracitate risorse accantonate:

Tabella 8 - Quote di finanziamento assegnato con d.g.r. n. 1810 del 24 novembre 2022 (ex art. 29 del d.l. n. 104/2020 e art. 1, c. 276, della l. n. 234/2021) non utilizzate al 31.12.2022 e accantonate a bilancio negli Enti del S.S.R.

Ente	Quote di finanziamento assegnato con d.g.r. n. 1810 del 24 novembre 2022 (ex art. 29 del d.l. n. 104/2020 e art. 1, c. 276, della l. n. 234/2021) non utilizzate al 31.12.2022 e accantonate a bilancio
AS Friuli Occidentale	365.063,95
ASU Friuli Centrale	736.260,05
ASU Giuliano Isontina	914.017,38
I.R.C.C.S. Burlo Garofolo	0,50
I.R.C.C.S. CRO di Aviano	140,88
Totale complessivo	2.015.482,76

Come espressamente indicato dal Ministero della Salute con la già citata nota prot. n. 0018678-30/05/2023-DGPROGS-MDS-P, qualora sussistano ancora risorse residue del finanziamento di cui all'articolo 1, comma 278, della legge 30 dicembre 2021, n. 234, tali risorse possono, se previsto dalla Regione, essere destinate e utilizzate per concorrere all'abbattimento delle liste d'attesa, senza tuttavia poter disporre delle deroghe previste dalla legge n. 234/2021, ormai cessate al 31/12/2022.

Preso atto dell'indicazione ministeriale, gli Enti del S.S.R. sono autorizzati ad utilizzare le risorse del finanziamento già attribuito con d.g.r. n. 1810 del 24 novembre 2022 per concorrere all'abbattimento delle liste d'attesa, senza tuttavia poter disporre delle deroghe già previste dalla legge n. 234/2021, in quanto cessate al 31/12/2022.

8 Rendicontazione, monitoraggio e coordinamento delle attività

L'utilizzo delle risorse in attuazione del COMMA 9-OCTIES nell'anno 2023 da parte degli Enti sanitari regionali è soggetto a specifica e analitica evidenziazione gestionale e contabile nonché a rendicontazione finale, sia in termini di attività svolta che di quantificazione delle risorse utilizzate per specifica finalità perseguita e specifico modello organizzativo utilizzato.

Gli stessi fenomeni gestionali saranno oggetto di monitoraggio, anche funzionalmente agli obblighi di monitoraggio richiesti dalla normativa vigente in adempimento degli specifici debiti informativi nei confronti dei Ministeri e di Agenas; secondo le LINEE D'INDIRIZZO MINISTERIALI, già utilizzate dagli Organi Nazionali per la definizione del debito informativo in relazione all'utilizzo del finanziamento ex art. 1, commi dal 276 al 278, della l. n. 234/2021, l'attività di monitoraggio richiede dati e informazioni sulle attività svolte e sullo stato di avanzamento dell'utilizzo del finanziamento, con dettaglio non limitato alle tipologie di attività: di ricovero, specialistico-ambulatoriali o di screening, ma anche con rilevamento dei seguenti dati:

- tempo medio d'attesa per classe di complessità e priorità (per i ricoveri);
- volumi delle prestazioni erogate (per l'attività di ricovero, articolate per classe di complessità e classe di priorità; per l'attività specialistico-ambulatoriale, articolate per tipo di prestazione e classe di priorità);
- spesa sostenuta per il recupero (in termini di competenza), per tipo prestazione e modello organizzativo.

Le rilevazioni di monitoraggio, peraltro, dell'andamento nei vari Enti delle attività programmate potranno essere altresì funzionali ad un'eventuale ridefinizione tra i vari enti, ove ritenuto opportuno o necessario, dei valori ripartiti

ma non ancora impiegati, al fine di garantire adeguato e massimo utilizzo su base regionale delle deroghe ai vincoli normativi utilizzabili per l'attività di recupero delle prestazioni non erogate.

Le attività di attuazione del presente PIANO OPERATIVO ricadono tra le attività soggette al monitoraggio condiviso, coordinamento e azione informativa gestiti dall'Azienda regionale di coordinamento per la salute (ARCS) anche nell'ambito delle riunioni periodiche tenute tra tale Azienda e gli altri Enti del S.S.R. in attuazione del punto B. *governo delle liste d'attesa e del percorso del paziente chirurgico programmato - revisione e sviluppo dei processi aziendali* delle Linee annuali per la gestione del Servizio Sanitario Regionale per l'anno 2023 approvate con d.g.r. n. 480 del 17 marzo 2023. ARCS nell'esercizio dei suoi poteri di coordinamento tecnico, impulso e controllo nei confronti degli altri Enti del Sistema Sanitario Regionale assicura il regolare ed efficace conseguimento degli obiettivi di attuazione delle attività programmate dagli Enti, operando periodiche verifiche sulla misura degli obiettivi intermedi conseguiti dagli Enti (in volumi per tipologia e utilizzo di risorse ai sensi del COMMA 9-OCTIES) e adottando gli interventi necessari a supportare e indirizzare gli Enti nella risoluzione di eventuali criticità gestionali di ostacolo al conseguimento degli obiettivi del cronoprogramma.

Per quanto riguarda l'utilizzo delle risorse per acquisto di prestazioni da strutture private accreditate effettuato ai sensi del COMMA 9-OCTIES (e richiamati art. 1, comma 277, della l. 234/2021 e art. 26, c. 2, del d.l. n. 73/2021, nel testo vigente), si rappresenta, in continuità con quanto già disposto dalla legislazione statale richiamata ai precedenti punti 1.1.2 e 1.1.3, la necessità che le Strutture private accreditate eroganti le prestazioni procedano a rendicontare entro il 31 gennaio 2024 le attività effettuate nell'ambito dell'incremento di budget assegnato per l'anno 2023, anche ai fini della valutazione di eventuale deroga ai tetti di spesa.

Si ricorda, da ultimo, che analoghi obblighi di rendicontazione ricadono sugli Enti per l'utilizzo nell'anno 2023 delle quote di finanziamento assegnato agli Enti con d.g.r. n. 1810 del 24 novembre 2022 (ex art. 29 del d.l. n. 104/2020 e art. 1, c. 276, della l. n. 234/2021) e non utilizzato alla data del 31.12.2022, quote per le quali gli Enti hanno proceduto ad accantonamento a bilancio a chiusura dell'esercizio 2022. Benché per tali risorse non si possa direttamente disporre delle deroghe già previste dalla legge n. 234/2021 e cessate al 31/12/2022, nondimeno le stesse risorse possono essere utilizzate per concorrere all'abbattimento delle liste d'attesa, ma del loro utilizzo deve essere operata la necessaria rendicontazione in quanto originate da finanziamento statale finalizzato.

IL SEGRETARIO GENERALE

IL PRESIDENTE