

XI LEGISLATURA



CONSIGLIO
REGIONALE
DEL LAZIO

PROPOSTA DI LEGGE

N. 6 del 16 aprile 2018

DI INIZIATIVA DEI CONSIGLIERI

**BARILLARI – LOMBARDI – NOVELLI – PORRELLO
CACCIATORE – MARCELLI – PERNARELLA – DE VITO**

“LEGGE QUADRO PER IL GOVERNO DELLE LISTE DI ATTESA”

ASSEGNATA ALLE COMMISSIONI: VII, IV e XI

ALTRI PARERI RICHIESTI: -

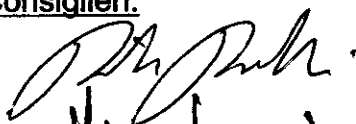
XI Legislatura

Proposta di legge

Oggetto: "LEGGE QUADRO PER IL GOVERNO DELLE LISTE DI ATTESA"

D'iniziativa dei Consiglieri:


Davide Barillari



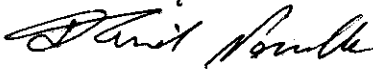
Roberta Lombardi



Valerio Novelli



Devid Porrello



Silvia Blasi

Marco Cacciatore

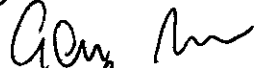


Valentina Corrado

Loreto Marcelli



Gaia Pernarella



Francesca De Vito



Relazione

Uno dei maggiori problemi vissuti dai cittadini del Lazio e' il mancato o difficoltoso accesso alle prestazioni sanitarie, a causa dei lunghissimi tempi d'attesa.

Secondo il Censis-Rbm (giugno 2016) 11 milioni di italiani hanno rinunciato alle cure per difficoltà economiche (+2 milioni rispetto a 4 anni fa) e la spesa privata aumenta perché le liste d'attesa sono troppo lunghe.

Dei 7 milioni di cittadini che hanno scelto l'intramoenia, il 66,4% è per saltare le liste d'attesa.

Chi non si può permettere una visita privata ha solo due opzioni: o rinuncia del tutto a curarsi, o attende speranzoso mesi e mesi per una visita nel pubblico, mentre la propria patologia peggiora o si acutizza.

La sanità e' quindi negata ad un numero sempre piu' ampio di cittadini, e ciò avviene in netto contrasto con l'articolo 32 della Costituzione: "La Repubblica tutela la salute come fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività, e garantisce cure gratuite agli indigenti".

2 milioni di anziani sono oggi in difficoltà nell'accesso al sistema sanitario, e il loro numero sta aumentando, prefigurando una vera emergenza sociale e sanitaria.

Questo disegno di legge risana profondamente il cuore pulsante del Sistema Sanitario Regionale del Lazio, affrontando una volta per tutte la riorganizzazione procedurale e normativa del governo delle liste di attesa con lo scopo di garantire l'erogazione dei servizi nei tempi prestabiliti, evidenziando tutte le precise responsabilità per il raggiungimento di questo obiettivo.

Devono essere garantiti ai cittadini standard di alta qualità per il loro diritto di accesso alle cure sanitarie, ovunque loro risiedano nel Lazio nel rispetto dei Livelli Essenziali di Assistenza.

Identificando in modo chiaro e semplice le classi di priorità, si assegna al medico prescrittore un ruolo più efficace, per garantire ai pazienti la presa in carico del loro "intero" percorso diagnostico terapeutico anche attraverso il teleconsulto fra i diversi medici coinvolti nelle diverse fasi dell'erogazione della prestazione sanitaria, nonché la rimodulazione dei percorsi terapeutici e di tutte le attività istituzionali.

Questa legge rende monitorabile la prassi della chiusura delle agende, ma anche la pianificazione delle stesse, aspetto critico per risolvere il problema della lunghezza delle liste di attesa e delle prestazioni non erogabili.

Un importante articolo della presente legge riorganizza il Centro di Prenotazione, definendolo unico per singola Asl. Riassume un ruolo centrale al Recup, quale responsabile della



programmazione vincolante delle agende in termini di volume, e non solo della semplice prenotazione.

Viene inoltre affrontato il tema dei tempi di apertura dei servizi, garantendo orari precisi su strutture pubbliche sia in periodo feriale che festivo, prevedendo un utilizzo minimo necessario delle apparecchiature diagnostiche, in base alla capacità produttiva delle stesse. Si istituisce inoltre un sistema di monitoraggio e controllo dei tempi di erogazione delle prestazioni, correlato ad un processo di responsabilizzazione effettiva di tutti gli operatori, in modo da coinvolgere attivamente e proattivamente sia Asl ed Aziende Ospedaliere, che gli erogatori privati accreditati.

La legge prevede una partecipazione attiva sia delle associazioni a tutela dei diritti del malato, e sia degli utenti, garantendo un giorno a settimana per il rapporto diretto con il Direttore generale della struttura.

Viene istituito un numero verde, per segnalare lo sfioramento dei tempi di erogazione delle prestazioni, ed il controllo dell'attività di intramoenia.

Si istituisce in ogni Asl un tavolo di monitoraggio, che ha il compito di verificare l'appropriatezza prescrittiva e l'andamento dell'offerta aziendale, sia ospedaliera sia di specialistica interna, nonché quella degli erogatori privati accreditati, consentendo la modulazione della stessa.

Questo disegno di legge prevede, oltre a strumenti di effettiva responsabilizzazione dei dirigenti sanitari, anche una serie di sanzioni nel caso di mancato rispetto dei tempi individuati per l'erogazione delle prestazioni.

Il presente progetto di legge si compone di n°23 articoli:

- L'art. 1 indica le finalità della legge, che ha l'obiettivo di garantire il diritto dei pazienti nel ricevere cure in tempi certi e ridotti;
- L'art. 2 contiene gli ambiti di intervento, sia per assicurare l'erogazione delle prestazioni, e sia per monitorare il rispetto dei tempi;
- L'art. 3 definisce le risorse;
- L'art. 4 definisce alcuni servizi di sanità digitale;
- L'art. 5 disciplina la presa in carico dell'assistito, responsabilizzando il medico specialista in coordinamento con il mmg;
- L'art. 6 definisce il rapporto fra le strutture sanitarie e le associazioni/comitati, per garantire una relazione diretta e l'implementazione di un "customer care" con l'obiettivo di segnalare e

migliorare i servizi carenti;

- L'art. 7 prevede un sistema di vigilanza e controllo;
- L'art. 8 istituisce il numero verde per gli assistiti;
- L'art. 9 prevede orari e giorni di apertura dei servizi ambulatoriali e diagnostici ospedalieri, per garantire anche un utilizzo minimo delle apparecchiature;
- L'art. 10 affronta il tema dell'appropriatezza prescrittiva ed erogativa delle prestazioni di specialistica ambulatoriale, definendo 4 classi di priorit  e il loro utilizzo;
- L'art. 11 stabilisce i tempi massimi per gli interventi chirurgici, definendo l'appropriatezza dei ricoveri;
- L'art. 12 definisce strumenti e linee di intervento per il governo delle liste d'attesa, intervenendo nel merito dei singoli flussi per il monitoraggio delle liste;
- L'art. 13 affronta l'attivit  in regime di libera professione;
- L'art. 14 delinea le responsabilit  della funzione ospedaliera;
- L'art. 15 prevede lo sviluppo di ulteriori reti assistenziali;
- L'art. 16 istituisce e regola in ogni Asl il tavolo di monitoraggio aziendale, strumento per verificare e rimodulare sia l'appropriatezza prescrittiva che l'andamento dell'offerta sanitaria;
- L'art. 17 ridefinisce i percorsi terapeutici, in base ad una precisa classificazione delle patologie del territorio, assegnando una responsabilit  della struttura nella presa in carico e nel monitoraggio della corretta esecuzione del PDTA
- L'art. 18 ridefinisce il ruolo e le funzioni del Centro Unico di Prenotazione;
- L'art. 19 entra nel merito della riforma del Recup regionale;
- L'art. 20 stabilisce gli obiettivi dei direttori generali delle aziende sanitarie mettendoli in stretta relazione con i risultati relativi all'erogazione delle prestazioni e alla soddisfazione degli utenti;
- L'art. 21 definisce le sanzioni nel mancato rispetto di quanto previsto dalla presente legge;
- L'art. 22 e' la clausola valutativa della legge stessa, per verificarne l'efficacia dopo la promulgazione;
- L'art. 23 e' la norma finanziaria, isorisorse.



Art. 1
(Finalità)

1. La Regione promuove un sistema integrato di governo delle liste d'attesa al fine di garantire a tutti gli assistiti un accesso equo, responsabile e sostenibile alle migliori prestazioni sanitarie, in un luogo e con una tempistica adeguati, nonché la sicurezza delle stesse, mediante l'individuazione di strategie per la gestione delle criticità, in conformità del Piano nazionale di governo delle liste di attesa.
2. Il sistema integrato dovrà basarsi su un'apposita pianificazione atta ad individuare e intercettare il reale fabbisogno di salute che dovrà essere oggetto di studio preliminare annuale da redigersi a carico di ciascuna azienda sanitaria locale e azienda ospedaliera.
3. La Regione promuove la valutazione della compatibilità della domanda con i LEA e l'appropriatezza del servizio erogato per singola azienda mediante appositi indicatori.
4. Per le finalità di cui al comma 1, 2 e 3, le Asl e le Aziende Ospedaliere, anche tramite le strutture sanitarie private accreditate, devono rispettare nei confronti dei propri assistiti, per l'accesso alle prestazioni sanitarie, i tempi massimi di attesa e i volumi delle prestazioni pianificati.
5. La presente legge per il governo delle liste di attesa sarà parte integrante dei futuri protocolli d'intesa sottoscritti con i policlinici universitari.



Art. 2
(Ambiti d'intervento)

L'attività della Regione è volta, in particolare:

a garantire a ciascun cittadino l'accesso alle cure;

a perseguire la riduzione ed il rispetto dei tempi di attesa;

a perseguire il rispetto dei volumi pianificati;

ad assicurare all'assistito la effettiva possibilità di usufruire di prestazioni di assistenza ospedaliera e di assistenza specialistica, garantendo l'erogazione delle prestazioni sanitarie nell'ambito delle strutture pubbliche e private accreditate;

a monitorare e vigilare sui risultati raggiunti;

a prevedere idonee misure/sanzioni da adottare nei confronti del management delle Aziende Sanitarie Locali e delle Aziende Ospedaliere nonché delle strutture sanitarie private accreditate, in caso di mancato rispetto dei tempi individuati per l'erogazione delle prestazioni e/o nel caso di prestazioni erogate in maniera incongrua ed inappropriata;

ad informare il cittadino, nel caso in cui l'Azienda sanitaria non renda disponibile la prestazione in almeno uno dei presidi o punti di erogazione costituenti l'offerta complessiva per i propri assistiti in tempi congrui, verificata l'appropriatezza dell'indicazione della priorità di accesso, sulla possibilità di utilizzare, nel più breve tempo possibile, i percorsi di accesso alla cura definiti, all'art 3, comma 10, del Decreto Legislativo 29 aprile 1998, n. 124;



Art. 3
(Risorse)

Le Regioni si impegnano a destinare una quota delle risorse di cui all'articolo 1, comma 34, della legge 23 dicembre 1996, n . 662, da vincolare alla realizzazione di specifici progetti regionali ai sensi dell'articolo 1, comma 34-bis, della medesima legge, utilizzando anche quanto previsto nel Piano e-gov 2012, Obiettivo 4 - Progetto "Rete centri di prenotazione", per il perseguimento degli obiettivi del presente Piano nazionale, anche al fine di realizzare un sistema che assicuri ai cittadini la possibilità di prenotare le prestazioni tramite un Centro unico di prenotazione (CUP) al fine di interfacciare in modo ottimale il complesso dell'offerta con quello della domanda, e per supportare la gestione dei percorsi diagnostico-terapeutici, sulla base delle indicazioni riportate nelle linee guida nazionali sul sistema CUP del Ministero della Salute di cui all'accordo Stato-Regioni del 29 aprile 2010 .



Art. 4
(Strumenti di sanità digitale)

1. Le Aziende Sanitarie Locali e le Aziende Ospedaliere, nonché le strutture sanitarie private accreditate, devono rendere possibile il teleconsulto, la telerefertazione e la telediagnostica tra i medici ospedalieri, i medici di medicina generale (MMG) e i pediatri di libera scelta (PLS) di afferenza territoriale.
2. Ulteriori modalità di comunicazione diretta fra operatori e strutture possono essere avviati tramite altri strumenti di sanità digitale.



Art. 5
(Presenza in carico dell'assistito)

1. Il medico specialista, che ritiene necessari ulteriori accertamenti al fine di completare il sospetto diagnostico, ha l'obbligo della presa in carico dell'assistito fino alla completa conclusione del percorso diagnostico. Tale presa in carico viene monitorata tramite un sistema regionale di gestione del processo e dell'intero percorso.

2. Il medico specialista si affianca e si coordina con il medico di medicina generale nel processo di presa in carico del paziente.



Art. 6

(Rapporto con gli utenti e con le associazioni in difesa dei diritti del malato)

1. Il Direttore generale dell'Azienda Sanitaria Locale e dell'Azienda Ospedaliera determina adeguate forme e modalità per il ricevimento da parte della struttura dei propri utenti, almeno due giorni al mese, dandone idonea comunicazione al pubblico nel sito istituzionale dell'Azienda.
2. Il ricevimento previsto al comma 1, si applica anche alle associazioni e ai comitati in difesa dei diritti del malato.
3. L'azienda rende periodicamente noto tramite il proprio portale web il numero di incontri effettuati e le relative criticità segnalate (attraverso la redazione di uno specifico verbale), implementando un sistema di "customer care" per monitorare e migliorare le aree, i servizi e le funzioni più carenti segnalate da cittadini e associazioni.



Art. 7
(Attività ispettiva e trasparenza)

1. Il Servizio ispettivo della sanità, istituito presso la Presidenza della Giunta regionale, effettua il controllo sul rispetto della disciplina sulle liste di attesa mediante verifica presso le Aziende Sanitarie Locali e Aziende Ospedaliere nonché le strutture sanitarie private accreditate.

2. I verbali e i dati raccolti durante le ispezioni, sono pubblicati sul portale web della Regione Lazio, in un'apposita sezione. Inoltre, per ogni Azienda Sanitaria Locale ed Azienda Ospedaliera viene pubblicato il numero di ispezioni effettuate e l'andamento migliorativo e peggiorativo nell'arco degli ultimi 6 mesi dall'introduzione della presente normativa.



Art. 8
(Numero verde e servizio online)

1. È istituito presso il Servizio ispettivo della sanità un numero verde regionale a cui gli assistiti possono rivolgersi per segnalare criticità legate ai tempi di attesa per accedere alle prestazioni sanitarie.
2. Altresi potrà essere istituito un servizio online per la segnalazione di criticità e per l'assistenza.



Art. 9
(Apertura delle strutture e orari dei servizi ambulatoriali e diagnostici ospedalieri)

1. Le Aziende Sanitarie Locali e le Aziende Ospedaliere nonché le strutture sanitarie private accreditate assicurano ordinariamente le prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale per l'utenza esterna attraverso l'apertura delle strutture dalle ore 7.00 alle ore 22.00 per almeno tre giorni a settimana dal lunedì al venerdì, e dalle ore 8.00 alle ore 12.00, almeno due weekend al mese.
2. La programmazione dell'attività delle apparecchiature diagnostiche deve prevedere il loro utilizzo minimo per 12 ore al giorno nei giorni sopra indicati di apertura.



Art. 10**(Adeguatezza prescrittiva e di erogazione delle prestazioni di specialistica ambulatoriale e delle prestazioni di diagnostica strumentale)**

1. La Regione individua e aggiorna periodicamente, per singola prestazione ambulatoriale, diagnostica e di ricovero, i tempi massimi di attesa che dovranno essere osservati dalle aziende sanitarie locali, dalle aziende ospedaliere e dalle strutture sanitarie private accreditate.

2. I tempi di erogazione delle prestazioni al momento sono stabiliti, in base alle classi di priorità, che il medico prescrittore assegna alla richiesta di prestazioni a carico del SSN; per ciascuna classe, in accordo con il Piano Nazionale (Intesa Stato-Regioni 2011) con le seguenti tempistiche:

- a) entro 72 ore, URGENTE (U);
- b) entro 10 giorni, BREVE (B);
- c) entro 30 giorni per le visite e 60 giorni per le prestazioni diagnostiche, DIFFERIBILE (D);
- d) entro 180 giorni, PROGRAMMABILE (P).

Nello specifico, sono oggetto di monitoraggio obbligatorio da parte della Regione, anche attraverso la direzione Recup, e delle Singole aziende sanitarie, le visite specialistiche e le prestazioni di diagnostica strumentale, di seguito elencate.

Visite specialistiche (tra parentesi codice del nomenclatore):

- a) Visita oculistica (95.02);
- b) Visita Dermatologica (89.7);
- c) Visita Ortopedica (89.7);
- d) Visita Cardiologica (89.7);
- e) Visita Otorinolaringoiatrica (89.7);
- f) Visita Endocrinologica (89.7);
- g) Visita Urologica (89.7);
- h) Visita Fisiatrica (89.7);
- i) Visita Pneumologica (89.7);
- j) Visita Gastroenterologica (89.7);
- k) Visita Oncologica (89.7);



- l) Visita Neurologica (89.7);
- m) Visita Chirurgica vascolare (89.7);
- n) Visita Neurologica (89.13);
- o) Visita Ginecologica (89.26);
- p) Visita Pneumologica (89.7).

Prestazioni strumentali (tra parentesi codice del nomenclatore)

- a) Diagnostica ecografica del capo e del collo (87.71.4)
- b) Ecografia della mammella bilaterale (87.73.1);
- c) Ecografia della mammella monolaterale (87.73.2);
- d) Ecografia dell'addome superiore (88.74.1);
- e) Ecografia dell'addome inferiore (87.75.1);
- f) Ecografia addome completo (87.76.1);
- g) Ecografia ostetrica (88.78)
- h) Ecografia ginecologica (88.78.2);
- i) Mammografia bilaterale (87.37.1)

3. Il medico prescrittore ha l'obbligo, nel caso di prima visita o di esami diagnostici, di attribuire la appropriata classe di priorità e di indicare il sospetto diagnostico.

4. Le classi di priorità sono lo strumento per assegnare il corretto tempo di accesso alle prestazioni sanitarie considerando la data della richiesta della prestazione rivolta all'erogatore e la data di erogazione proposta.

5. Le Aziende Sanitarie Locali hanno l'obbligo di erogare le prestazioni sanitarie di cui alla presente legge nei confronti dei propri assistiti, anche tramite l'offerta delle aziende ospedaliere nonché delle strutture sanitarie private accreditate previa stipula degli appositi accordi contrattuali previsti dall'articolo 8 quinquies del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 "Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'articolo 1 della legge 23 ottobre 1992, n. 421".

6. Qualora alla prima visita sia attribuita la classe di priorità U, le Aziende Sanitarie Locali e le Aziende Ospedaliere nonché le strutture sanitarie private accreditate devono organizzare idonei percorsi assistenziali, anche mediante l'accesso diretto agli ambulatori, ove possibile.

7. La classe di priorità U è riservata, di norma, alle prescrizioni di prima visita specialistica ambulatoriale. Nel caso di necessità di ulteriori accertamenti e controlli, le Aziende Sanitarie Locali e le Aziende Ospedaliere, anche mediante le strutture sanitarie private accreditate, devono organizzare la presa in carico dell'assistito da parte del medico specialista.

8. Le visite e gli accertamenti di controllo devono essere effettuati, nel tempo previsto dal medico prescrittore, dallo stesso ovvero da altri medici appartenenti alla medesima struttura sanitaria.

9. Non è ammessa la chiusura delle agende di prenotazione da parte delle singole aziende sanitarie locali e ospedaliere, nonché le strutture sanitarie private accreditate la responsabilità delle quali viene attribuita sia al referente diretto e sia al management delle aziende sanitarie, nonché può essere oggetto di valutazione in sede al rinnovo del titolo di accreditamento.

10. La Regione controlla periodicamente il rispetto del comma 12 in misura non inferiore alle 4 volte l'anno e considera l'esito del controllo quale elemento di valutazione aggiuntiva del direttore generale.

11. Il management delle Aziende Sanitarie Locali e delle Aziende Ospedaliere, coerentemente con l'articolo 1 comma 2, elabora annualmente un documento di analisi e previsione relativo alla domanda di prestazioni ambulatoriali proveniente dai propri assistiti e alla corrispondente offerta aziendale, comprensiva anche di quella delle Aziende Ospedaliere nonché delle strutture sanitarie private accreditate.



Art. 11
(Adeguatezza dei ricoveri)

1. I tempi massimi per l'effettuazione degli interventi chirurgici correlati alle classi di priorità, stabiliti dal Piano Nazionale di Governo delle Liste di Attesa (PNGLA 2010-2012) sono, inderogabilmente, i seguenti:

- a) 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;
- b) 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 da diventare emergenti né possono per l'attesa ricevere grave pregiudizio alla prognosi;
- c) 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;
- d) 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.

2. Il Direttore Medico responsabile organizzativo-funzionale dell'intera funzione ospedaliera è responsabile del rispetto dei tempi di cui al comma 1.

3. Gli interventi di chirurgia correlati al trattamento di una neoplasia maligna (primaria, secondaria, in situ) sono inseriti nella classe di priorità A, anche nel caso di intervento chirurgico ambulatoriale.

4. La Giunta regionale individua le sedi per lo svolgimento dell'attività chirurgica correlata a patologie oncologiche di maggiore complessità clinica e organizzativa, al fine di assicurare il rispetto del DM 2 aprile 2015, n. 70 "Regolamento recante definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera" per quanto attiene, in particolare, ai volumi di attività e agli esiti.

5. Sono oggetto di monitoraggio obbligatorio da parte della Regione e delle Singole aziende sanitarie, ma anche da parte del Ministero della salute, le prestazioni erogate in regime di ricovero diurno e i ricoveri in regime ordinario, per verificare la completezza dei dati relativi alle classi di priorità definite dall'Accordo dell'11 luglio 2002 e inserite nel flusso SDO con nota prot. n.300572/2007 e alla data di prenotazione, la cui lista è di seguito riportata:

- a) Prestazioni in day hospital /Day surgery:
 - b) Chemioterapia;
 - c) Coronarografia;
 - d) Biopsia percutanea del fegato;
 - e) Emorroidectomia;
 - f) Riparazione ernia inguinale.
- g) Prestazioni in ricovero ordinario:
 - h) Interventi chirurgici tumore Mammella;
 - i) Interventi chirurgici tumore Prostata;
 - l) Interventi chirurgici tumore Colon Retto;
 - m) Interventi chirurgici tumori all'utero;
 - n) Bypass aortocoronarico;
 - o) Angioplastica Coronarica (PTCA);



- p) Endoarteriectomia carotidea;
- q) Intervento protesi d'anca;
- r) Interventi chirurgici tumore del polmone;
- s) Tonsillectomia.

6. E' obbligatoria la redazione trimestrale da parte delle aziende sanitarie del rapporto della pianificazione delle prestazioni programmate erogate in regime di ricovero diurno e i ricoveri programmati in regime ordinario, che deve essere trasmesso alla Regione con relativo stato di avanzamento e aggiornamento.



Art. 12

(Strumenti e altre linee di intervento per il governo delle liste di attesa)

1. Sulla base dei fabbisogni individuati puntualmente in base all'articolo 1 comma 2 e all'andamento dei tempi di attesa per le prestazioni specialistiche ambulatoriali e con particolare riferimento alla diagnostica per immagini "pesante", le Aziende sanitarie hanno obbligo di attivarsi ad estendere l'utilizzo delle apparecchiature ad alta tecnologia nelle proprie strutture per almeno 12 ore lavorative, dal lunedì al sabato.

2. La Regione promuove il potenziamento e l'integrazione dei sistemi informativi interaziendali al fine di monitorare i tempi di attesa, di facilitare la trasmissione dei flussi informativi regionali del sistema Recup e Sias, l'accessibilità alle prenotazioni, al servizio offerto, alla trasparenza e ai referti.

3. La Regione individua, e rende accessibili al pubblico, tutti gli indicatori, gli strumenti di rilevazione e i flussi dei dati atti al monitoraggio delle liste di attesa.

Nello specifico:

a) il flusso informativo dei tempi di attesa delle prestazioni ambulatoriali con modalità ex ante, basato sulla rilevazione semestrale in un periodo indice stabilito a livello nazionale;

b) il flusso informativo con modalità ex post, attraverso il flusso ex art. 50 della legge 326/2003 per le finalità di monitoraggio delle prestazioni ambulatoriali;

c) il flusso informativo SDO per le finalità di monitoraggio dei ricoveri ospedalieri;

d) il flusso informativo dei tempi di attesa dei percorsi diagnostico terapeutici nell'area cardiovascolare e oncologica;

e) il flusso informativo dei tempi d'attesa delle prestazioni erogate in libera professione intramuraria;

f) il flusso informativo per il monitoraggio delle sospensioni dell'erogazione delle prestazioni;

g) la gestione razionale degli accessi, attraverso l'uso diffuso del sistema CUP, al fine di integrare in modo ottimale il complesso dell'offerta pubblica e privata accreditata con quello della domanda, per supportare la gestione dei percorsi diagnostico-terapeutici: in tal senso si dovrà procedere al recepimento delle Linee guida nazionali sul sistema CUP, di cui all'Accordo Stato-Regioni 29 aprile 2010;

h) la definizione delle modalità alternative di accesso alla prestazione, nel caso in cui con l'ordinaria offerta aziendale non vengano garantite le prestazioni nei tempi massimi di attesa;

i) la trasmissione sistematica dei flussi informativi di monitoraggio delle liste e dei tempi d'attesa;

l) lo sviluppo di iniziative di Information & Communication Technologies che prevedano, anche sulla base di quanto stabilito dalle Linee guida nazionali sul sistema CUP di cui all'Accordo Stato-Regioni 29 aprile 2010, lo



sviluppo di funzionalità automatizzate per la gestione del processo di prescrizione, prenotazione e refertazione digitale, sistemi per l'accesso informatizzato ai referti e uso della telemedicina.

4. La Regione individua soluzioni riferite alle modalità gestionali per favorire l'erogazione delle prestazioni inserite nei percorsi di cura. Nello specifico individua i sistemi di integrazione, mediante attuazione di appositi protocolli diagnostici, tra gli erogatori delle cure primarie e gli specialisti ospedalieri e territoriali.

5. La Regione favorisce le modalità di prenotazione per il paziente delle prestazioni abbinate ai percorsi diagnostico terapeutici urgenti da parte dei medici di medicina generale con tempi limitati alle 48 ore.



Art. 13

(Pianificazione dell'attività istituzionale e in libera professione)

1. Sulla base dei fabbisogni individuati puntualmente in base all'articolo 1 comma 2, la Regione con apposite disposizioni vincola le aziende sanitarie locali e le aziende ospedaliere a pianificare annualmente l'offerta delle prestazioni specialistiche ambulatoriali e delle prestazioni ospedaliere in termini di volume, valore e costi della produzione.
2. Le aziende sanitarie locali e le aziende ospedaliere hanno obbligo di redigere un piano annuale delle prestazioni erogabili in regime istituzionale e in libera professione in termini di volumi, valore e costi della produzione, per singola disciplina, tenuto conto di quanto stabilito dalla Legge 8 novembre 2012, n. 189.
3. Le aziende sanitarie locali e le aziende ospedaliere hanno obbligo di effettuare e trasmettere alla regione il censimento annuale dei beni e macchinari adibiti alla produzione disponibili e non disponibili, per singolo centro di costo, che risultano contabilizzati, anche se già ammortizzati, nel bilancio aziendale.
4. Le aziende sanitarie locali e le aziende ospedaliere hanno obbligo di redigere annualmente un rapporto, afferente al censimento di cui al comma 3, che indichi puntualmente il potenziale produttivo mensile e orario e la produzione effettiva mensile e oraria erogata dei beni strumentali adibiti alle prestazioni specialistiche ambulatoriali per singolo reparto, ambulatorio, unità operativa e cumulativamente per disciplina.
5. Le aziende sanitarie locali e le aziende ospedaliere hanno obbligo di attivarsi e di raggiungere una produzione adeguata per saturare almeno all'80% la capacità produttiva dei beni strumentali individuati al comma 3;
6. Le aziende sanitarie locali e le aziende ospedaliere hanno obbligo di presentare alla Regione, coordinati dal responsabile Recup regionale, entro il termine dell'anno in corso e come previsione per l'anno successivo, il budget, in termini di volumi di attività, valore e costi della produzione, delle risorse umane e strumentali impiegate per l'erogazione delle prestazioni istituzionali per singola disciplina.
7. Le aziende sanitarie locali e le aziende ospedaliere hanno obbligo di assegnazione di un budget puntuale delle prestazioni da erogare in regime istituzionale, in termini di volumi, valore e costi della produzione, ai singoli medici specialisti, sia territoriali e sia ospedalieri, e complessivamente alle unità operative complesse nell'ambito delle specifiche discipline, basandosi sui tempari e sui nomenclatori di categoria e di riferimento.
8. I budget assegnati di cui al comma 6 e 7, anche quelli per singolo medico specialista, devono essere resi pubblici mediante report informatici accessibili a tutti e pubblicati nel sito aziendale, con il relativo indicatore di raffronto tra prestazioni erogate e prestazioni assegnate.
9. Le aziende sanitarie locali e le aziende ospedaliere hanno obbligo di inserire nelle agende Recup, senza alcuna possibilità di chiusura delle stesse, tutte le prestazioni potenzialmente erogabili stabilite in base alla pianificazione preventiva di cui al comma 6 e 7.
10. Le aziende sanitarie locali e le aziende ospedaliere, nell'ambito dell'assegnazione dei budget e della redazione dei piani annuali dovranno tenere conto anche del potenziale produttivo espresso nel comma 3.
11. Il responsabile del budget di cui ai commi 6 e 7 sarà individuato nel dirigente di struttura complessa e cumulativamente, per i volumi e valore della produzione, nel management dell'azienda sanitaria.
12. Le aziende sanitarie locali favoriscono gli interventi in libera professione, esclusivamente presso idonei spazi e nei modi e nei tempi così come previsto dalla vigente normativa e dalle linee guida regionali approvate con



Decreto del Commissario ad acta n. 114 del 04/07/2012 e s.m.i., soltanto se tali interventi evitano il formarsi di tempi di attesa dell'attività istituzionale superiori rispetto a quelli dell'attività libero professionale (quindi in misura almeno pari e/o fuori dal normale orario di servizio).

13. I professionisti che erogano una prestazione in regime di libera professione non possono prescrivere prestazioni, per proseguire l'iter diagnostico-terapeutico, con oneri a carico del Servizio sanitario regionale.

14. Il volume di prestazioni ambulatoriali erogate dal professionista in regime di libera professione non può essere superiore al volume di prestazioni erogate in regime istituzionale.



Art. 14
(Responsabilità funzione ospedaliera)

Quando le schede di dotazione ospedaliera prevedono la presenza di più apicalità di Direzione Medica Ospedaliera, le funzioni di queste devono essere differenziate, ferma restando la responsabilità organizzativo-funzionale della funzione ospedaliera in capo ad un unico Dirigente Medico.



Art. 15
(Reti assistenziali)

La Giunta regionale, sentita la competente Commissione consiliare, promuove lo sviluppo di ulteriori reti assistenziali, oltre quelle già attive nell'ambito del SSR, necessarie a garantire una maggiore efficienza ed efficacia nell'erogazione delle prestazioni sanitarie.



Art. 16
(Tavolo di monitoraggio aziendale)

1. E istituito il Tavolo di monitoraggio aziendale i cui componenti sono nominati dal Direttore generale.
2. Il tavolo è presieduto dal Direttore sanitario ed è composto da: Direttore Medico responsabile della funzione ospedaliera; Direttore del Distretto; CUP Manager, il responsabile dell'Area Pianificazione, Programmazione e Controllo di gestione e della pianificazione; rappresentanti dei medici dipendenti e dei medici convenzionati; rappresentanti delle Associazioni di Categoria delle strutture sanitarie private accreditate; rappresentanti delle associazioni degli utenti.
3. Il Tavolo di monitoraggio ha il compito di verificare l'appropriatezza prescrittiva, di redigere il budget pianificato dei volumi e di monitorare l'andamento dell'offerta aziendale in riferimento al budget e ai tempi di attesa, sia di assistenza ospedaliera sia di assistenza specialistica ambulatoriale, nonché quella delle strutture sanitarie private accreditate, consentendo la modulazione della stessa anche attraverso l'utilizzo degli istituti contrattuali all'uopo previsti.



Art. 17
(Indicazioni specifiche percorsi terapeutici)

1. Ogni azienda sanitaria locale avrà obbligo di individuare e classificare tutti i malati con patologie croniche nell'ambito del proprio territorio e di assegnare a ciascuno di essi, con una copertura minima pari all'80%, un percorso diagnostico terapeutico specifico.
2. La Regione definisce le modalità di attuazione dei PDT individuati, come da punto 1, applicando le linee guida già disponibili in ambito nazionale e internazionale, con particolare riferimento a quanto già prodotto dal Sistema Nazionale.
3. I tempi massimi di attesa per ciascun Percorso diagnostico terapeutico individuato non potranno essere superiori ai trenta giorni per la fase diagnostica e trenta giorni per l'inizio della terapia dal momento dell'indicazione clinica per almeno il 90% dei pazienti.
4. Le aziende sanitarie locali individuano ed attuano le modalità di comunicazione e informazione per l'utente e i familiari rispetto ai PDT previsti e alla relativa tempistica di erogazione delle prestazioni.
5. La Regione e le aziende sanitarie locali individuano specifici Pacchetti Ambulatoriali Complessi (PAC ed in particolare in ambito cardiovascolare che oncologico, ai fini dell'erogazione sequenziale e coordinata delle prestazioni ricomprese nei percorsi diagnostico terapeutici,) e, anche ai fini della appropriatezza organizzativa, ne promuovono l'erogazione attraverso il day service.
6. Le aziende sanitarie locali hanno responsabilità in merito al processo terapeutico successivo alla prima visita specialistica, con particolare attenzione in ambito cardio vascolare e oncologico, che dovrà essere garantita secondo le priorità indicate nel corrente articolo, e in caso di sospetto clinico, dovranno garantire il PDT che definisca puntualmente il problema e l'esecuzione dell'atto terapeutico necessario alla sua soluzione entro in tempi di attesa indicati per ciascuna delle sue fasi.
7. I percorsi diagnostico terapeutici nell'area cardiovascolare e oncologica saranno oggetto specifico di monitoraggio e valutazione da parte della Regione e rappresenteranno un obiettivo di performance non eludibile nei termini previsti di cui al comma 2.
8. Il mancato raggiungimento dell'obiettivo assegnato di cui al comma 2 comporterà automaticamente la valutazione negativa complessiva dell'operato dei direttori generali e del management compreso.



Art. 18
(Centro Unico di Prenotazione)

1. Il Centro di prenotazione è unico a livello regionale.
2. Tutti gli erogatori pubblici e privati accreditati, ospedalieri e ambulatoriali, devono afferire al Centro unico di prenotazione
3. Le prestazioni specialistiche, ad eccezione di quelle di medicina di laboratorio, devono essere prenotate esclusivamente tramite il Centro unico di prenotazione, anche con il supporto dei Medici di Medicina Generale (MMG) e dei Pediatri di Libera Scelta (PLS), nella fase di presa in carico del paziente assistito.
4. Gli erogatori pubblici e privati accreditati, ospedalieri e ambulatoriali, nominano il proprio CUP Manager con il compito di organizzare e monitorare i processi di prenotazione ed erogazione delle prestazioni sanitarie.
5. Il Centro unico di prenotazione deve prevedere un sistema di re-call (messaggio inviato tramite sistema di messaggistica istantanea) per ricordare all'assistito la data di erogazione della prestazione e per ricevere le disdette delle prenotazioni.
6. L'assistito che non si presenta nel giorno previsto per l'erogazione della prestazione, senza aver dato idonea disdetta, entro 72 ore dalla data di fissazione della prestazione, fatti salvi i casi di forza maggiore, è tenuto al pagamento dell'intera prestazione all'erogatore pubblico o privato accreditato, secondo la tariffa prevista dal vigente Nomenclatore tariffario, anche se esente dalla partecipazione alla spesa sanitaria.



Art. 19

(Indicazioni organizzative per la riforma del Recup regionale)

1. La Regione delega alle aziende sanitarie locali l'inserimento delle prestazioni erogate dalle strutture sanitarie private accreditate all'interno del sistema di prenotazione regionale RECUP.
2. La struttura centralizzata del Recup regionale garantisce la trasparenza delle liste di attesa per le prestazioni ambulatoriali e di ricovero e la vigilanza sistematica delle situazioni di sospensione dell'erogazione.
3. La struttura centralizzata del Recup regionale monitora i tempi di attesa e i volumi delle prestazioni, li pubblica e presidia la redazione del budget delle prestazioni da parte delle singole aziende sanitarie.
4. La struttura centralizzata del Recup regionale è responsabile della pianificazione generale delle prestazioni per singola disciplina di cui al comma 7 art. 13 e della pianificazione locale delle agende redatta dalle singole aziende sanitarie.
5. Il servizio Recup deve prevedere una linea e accesso dedicato ai pazienti cronici che risultano inseriti in un percorso terapeutico al fine di agevolare la presa in carico e il percorso di cura del paziente da parte della struttura territoriale e dal medico di medicina generale (MMG).
6. La Regione si impegna a monitorare mediante la struttura centralizzata del Recup regionale, i PDT in termini di tempi di attesa, di formulazione della diagnosi clinica e di effettuato avvio della terapia appropriata per singola condizione patologica.
7. La struttura centralizzata del Recup individua e pubblica mediante apposito cruscotto pubblico regionale i risultati delle aziende sanitarie locali in merito ai tempi di erogazione dei PDT che non potranno comunque essere superiori ai 30 giorni per la fase diagnostica e 30 giorni per l'inizio della terapia dal momento dell'indicazione clinica per almeno il 90% dei pazienti.
8. Il monitoraggio dei tempi di attesa, da parte del Recup, per le prestazioni ambulatoriali effettuato centralmente dal recup viene effettuato attraverso due modalità:
 - a) ex post attraverso il flusso informativo Sanitario (NSIS) evidenziando l'accesso (visite, esami), differenziando le prestazioni rispetto ai successivi controlli, la classe di priorità e la garanzia dei tempi massimi, al fine di distinguere tra chi non rinuncia alla garanzia dei tempi massimi e chi vi rinuncia in relazione alla libera scelta dell'utente che rifiuta la prima disponibilità;
 - b) ex ante attraverso la rilevazione effettuata in una settimana indice con cadenza semestrale stabilito a livello nazionale, come previsto nel PNCTA 2006-2008, in continuità con i monitoraggi condotti dall'AgeNaS.
9. Il monitoraggio dei tempi di attesa da parte del Recup, per le prestazioni erogate in regime di ricovero, si attua mediante utilizzo del flusso SDO e, per garantire la qualità del dato relativo alla data di prenotazione del ri-



covero, è obbligatorio l'utilizzo delle Agende di Prenotazione dei Ricoveri nel formato e attenersi alle Linee guida per la agende di prenotazione dei ricoveri ospedalieri programmabili, tenuto conto di quanto già disciplinato dall'articolo 3, comma 8 della legge n . 724/1994, che prevede l'obbligo delle aziende sanitarie locali, dei presidi ospedalieri delle aziende ospedaliere di tenere il registro delle prestazioni specialistiche ambulatoriali, di diagnostica strumentale e di laboratorio e dei ricoveri ospedalieri.

10. I monitoraggi di cui sopra sono effettuati, secondo linee guida condivise con le Regioni, le PA e l'Agenas, a cura del Ministero della salute che provvederà a rendere disponibili i relativi risultati.

11. La Regione, in collaborazione con l'Agenas, individua e aggiorna comunque le patologie oggetto di monitoraggio, anche localizzate, con riferimento alle condizioni cliniche a forte impatto sociale per gravità, frequenza e costi, e definisce i relativi tempi massimi d'attesa per ciascun PDT.

12. La struttura centralizzata del Recup emana le linee guida indirizzate alle singole aziende per la stesura del budget delle prestazioni specialistiche.



Art. 20

(Obiettivi dei direttori generali delle aziende sanitarie)

1. Nella predisposizione dell'atto aziendale ed dei piani operativi le Aziende Sanitarie Locali dovranno porre attenzione ai seguenti aspetti, che diverranno obbligatoriamente oggetto di valutazione dei Direttori Generali da parte della Regione:

a) la valutazione del grado di appropriatezza delle prescrizioni attraverso il controllo del quesito diagnostico nelle ricette e le specifiche azioni in cui questo avviene (aree di intervento, medici coinvolti, indicatori utilizzati);

b) la pianificazione della produzione attraverso la valutazione del fabbisogno e della capacità produttiva delle risorse e la quantificazione dell'offerta per le prestazioni specialistiche ambulatoriali secondo quanto previsto dall'articolo 13 della presente legge;

c) l'andamento dei tempi di attesa confrontati con i volumi pianificati;

d) l'eventuale strategia di modulazione temporale della produzione attraverso l'utilizzo di strumenti contrattuali (in attuazione dell'art. 52, comma 4, lettera c della Legge 289/2002);

e) gli eventuali aggiornamenti dei percorsi di garanzia e delle strutture attivanti, già avviati da parte di tutte le Aziende sanitarie locali, con gli erogatori pubblici e privati accreditati, nel caso in cui non possa essere garantita la prestazione richiesta entro i tempi standard indicati dalla normativa;

f) la regolamentazione delle attività ambulatoriali in libera professione rispetto a:

- I. la definizione dei corretti rapporti tra i volumi e tempi di attesa di attività libero professionali e attività istituzionale;
- II. i meccanismi e gli organismi di controllo per la verifica e l'applicazione di quanto previsto dalla normativa vigente;

l'esplicitazione delle modalità di accesso per le prestazioni programmabili, per i percorsi per le urgenze e per i percorsi di presa in carico compreso il Day Service ambulatoriale e le relative funzioni di accoglienza.

l'evidenza delle caratteristiche delle agende di prenotazione: separazione delle prime visite dai controlli, follow up, tipologie e volumi di prestazioni non presenti a CUP, apertura continua delle agende, monitoraggio degli abbandoni ed evidenza delle disdette;

g) le modalità di miglioramento della completezza ed accuratezza nella trasmissione dei dati nel flusso regionale;



h) un piano di formazione sulle linee guida per il corretto utilizzo della diagnostica per immagini ed in particolare di quella "pesante";

i) la predisposizione del programma di formazione dei medici prescrittori rispetto alle nuove norme per la richiesta delle prestazioni.



Art. 21
(Sanzioni)

1. All'esito di specifica contestazione da parte del Servizio ispettivo della sanità, cui sia seguito l'accertamento del reiterato mancato rispetto di quanto previsto dall'articolo 20 della presente legge, il Direttore generale dell'ASL decade dall'incarico.
2. All'esito di specifica contestazione da parte del Servizio ispettivo della sanità, cui sia seguito l'accertamento del reiterato mancato rispetto di quanto previsto dalla presente legge, agli erogatori privati è revocato l'accredito istituzionale rilasciato.
3. In caso di mancato rispetto di quanto previsto dalla presente legge da parte dei professionisti, si applicano le procedure e le sanzioni previste dagli istituti contrattuali vigenti.



Art. 22
(Clausola valutativa)

1. Il Consiglio regionale, tramite la commissione consiliare competente, esercita il controllo sull'attuazione della presente legge e ne valuta i risultati ottenuti. A tal fine la Giunta regionale, trascorsi due anni dalla data di entrata in vigore della presente legge e con successiva periodicità biennale, avvalendosi anche dei dati e delle informazioni prodotte dal management delle aziende sanitarie locali e delle Aziende Ospedaliere, nonché dalle relazioni effettuate e dai dati inviati dalle strutture sanitarie private accreditate alle aziende sanitarie locali di competenza territoriale e alla Regione Lazio, presenta al Consiglio regionale una relazione sullo stato di attuazione e sull'efficacia della legge. In particolare, la relazione dovrà contenere dati e informazioni su:

- a) rispetto e riduzione dei tempi di attesa, anche per le strutture sanitarie private accreditate;
- b) corsi di formazione effettuati verso gli operatori degli impianti;
- c) tempi di erogazione per le rispettive classi di priorità;
- d) attività ispettiva effettuata e andamento utilizzo del numero verde da parte dei cittadini;
- e) criticità legate alle funzioni ed ai servizi del CUP;
- f) attività del tavolo di monitoraggio aziendale;
- g) monitoraggio dell'attività in libera professione;
- h) sanzioni erogate.

2. La Regione può promuovere forme di valutazione partecipata coinvolgendo cittadini e soggetti attuatori degli interventi previsti.

3. Le competenti strutture del Consiglio e della Giunta regionale si raccordano per la migliore valutazione della presente legge.



Art.23
(Norma finanziaria)

Per la presente legge sono previsti oneri finanziari *(da definire in commissione bilancio e a seguito di stanziamento assessorato)*

