

LEGGE REGIONALE 28 marzo 2019, n. 13

**“Misure per la riduzione delle liste d’attesa in sanità – Primi provvedimenti”.**

IL CONSIGLIO REGIONALE HA APPROVATO

**IL PRESIDENTE DELLA GIUNTA REGIONALE**

**PROMULGA LA SEGUENTE LEGGE:**

*Art. 1*

Monitoraggio e pubblicazione dei dati

1. La Regione Puglia recepisce l’Intesa Stato-Regioni sul Piano nazionale di governo delle liste di attesa (PNGLA) e, in conformità con le linee di intervento in esso definite, adotta il Piano regionale di governo delle liste di attesa (PRGLA).
2. Con scadenza bimestrale, e comunque non oltre il quinto giorno del bimestre successivo, i direttori generali delle aziende sanitarie locali, delle aziende ospedaliero-universitarie e degli IRCCS di diritto pubblico, provvedono a pubblicare sul relativo sito istituzionale i dati di monitoraggio distinti per classi di priorità sui tempi d’attesa nell’erogazione di tutte le prestazioni eseguite nell’ambito delle attività istituzionale e dell’attività libero professionale intramuraria (ALPI), e i risultati della contabilità analitica separata riferita al bimestre precedente, con indicazione dei costi diretti e indiretti, ai sensi dell’articolo 17 del regolamento regionale 11 febbraio 2016, n. 2 (Linee Guida sull’attività libero-professionale intramuraria del personale dipendente della Dirigenza Medica, Veterinaria e del Ruolo Sanitario delle Aziende del S.S.R.), e dei mancati introiti da compartecipazione alla spesa sanitaria.
3. Le pubblicazioni di cui al comma 2 devono riferirsi a ogni singola unità operativa ospedaliera o territoriale autorizzata all’erogazione e aggregati per lo stesso tipo di prestazione.
4. Le prenotazioni istituzionali in ALPI devono essere effettuate per mezzo dei centri unici di prenotazione (CUP). L’erogazione della prestazione senza la prenotazione a mezzo CUP, comporta l’attivazione del procedimento disciplinare e il mancato riconoscimento per l’ALPI della quota di remunerazione prevista per l’attività libero-professionale.

*Art. 2*

Presa in carico dell’assistito

1. Al fine di evitare che per gli accertamenti diagnostici connessi alla medesima patologia il paziente venga iscritto in una pluralità di successive liste di attesa, 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.
2. Il medico specialista, si affianca e si coordina con il medico di medicina generale nel processo di presa in carico del paziente.

*Art. 3*

## Responsabile unico aziendale delle liste d'attesa

1. Entro e non oltre quindici giorni dalla data di entrata in vigore della presente legge, i direttori generali delle aziende sanitarie locali, delle aziende ospedaliero-universitarie e degli IRCCS di diritto pubblico provvedono a nominare il Responsabile unico aziendale delle liste d'attesa (RULA), a cui attribuiscono le funzioni e gli obiettivi tematici e temporali contenuti nel Piano aziendale sulle liste d'attesa da adottare con validità annuale.
2. Il RULA è responsabile dell'attuazione e del raggiungimento degli obiettivi contenuti nel Piano aziendale sulle liste d'attesa, delle attività di cui all'articolo 1 e provvede al controllo sull'avvenuto adempimento.
3. I RULA devono essere nominati tra il personale in servizio presso le rispettive organizzazioni sanitarie, dotati di qualifica dirigenziale ed esperienza coerente con la funzione da assolvere. Il mancato raggiungimento degli obiettivi indicati dal Piano aziendale sulle liste d'attesa comporta la mancata erogazione della retribuzione di risultato.
4. Il mancato raggiungimento degli obiettivi indicati dal Piano aziendale sulle liste d'attesa esclude la erogazione della retribuzione di risultato, totale o parziale, a seconda dei livelli di raggiungimento degli stessi obiettivi, e determina l'avvio del procedimento di decadenza del direttore generale ai sensi della normativa vigente.
5. Il RULA detiene e aggiorna apposito registro in cui sono riportati volumi, tempi di attesa e ogni altro dato necessario al monitoraggio di cui all'articolo 1. Segnala al direttore generale e all'organismo paritetico di promozione e verifica dell'ALPI le inadempienze e le violazioni alle disposizioni della presente legge e all'atto aziendale di cui all'articolo 5 del r.r. 2/2016.
6. Con decreto del Presidente della Giunta regionale, i RULA sono organizzati in coordinamento regionale presieduto dallo stesso Presidente della Giunta regionale o da suo delegato, con competenza funzionale a monitorare l'andamento del processo di riduzione dei tempi d'attesa, a proporre iniziative di coordinamento dalle aziende e strutture sanitarie finalizzate a ridurre eventuali disomogeneità territoriali nella gestione delle liste d'attese e a proporre iniziative di supporto reciproco dalle aziende e strutture sanitarie regionali per superare condizioni di particolare criticità e a promuovere un sistema regionale di gestione informatizzata delle liste d'attesa, con l'utilizzo delle più innovative tecnologie per il monitoraggio e l'accessibilità diretta.

*Art. 4*

## Prestazioni di prevenzione attiva

1. La Regione nei successivi sessanta giorni dall'adozione del PRGLA emana apposito regolamento al fine di individuare specifiche modalità di offerta e di prenotazione afferenti all'ambito della prevenzione attiva assicurando i tempi e le modalità di accesso e di fruizione, dandone visibilità, anche in relazione all'obiettivo di aumentare l'adesione della popolazione target.

*Art. 5*

## Programma attuativo aziendale

1. Entro sessanta giorni dall'adozione del PRGLA, le aziende sanitarie adottano un nuovo Programma attuativo

aziendale o aggiornano quello in uso, in coerenza con quanto definito in ambito regionale e provvedono all'invio dello stesso alla Regione che provvederà al monitoraggio delle iniziative e degli interventi attuati.

2. Il Programma attuativo aziendale è reso disponibile sul portale dell'azienda sanitaria e costantemente aggiornato.

3. Il Programma attuativo aziendale recepisce il Piano regionale e contempla, secondo le indicazioni del PNGLA, le misure da adottare in caso di superamento dei tempi massimi stabiliti, senza oneri aggiuntivi a carico degli assistiti, se non quelli dovuti come eventuale quota per la compartecipazione alla spesa sanitaria che possono consistere in:

- a) ridefinizione quali-quantitativa dei volumi di attività e della tipologia delle prestazioni delle strutture pubbliche e private accreditate mediante rivisitazione dell'accordo contrattuale ex 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);
- b) riprogrammazione delle ore di medicina specialistica ambulatoriale interna;
- c) mediante prestazioni richieste, in via eccezionale e temporanea, ad integrazione dell'attività istituzionale, dalle aziende ai propri dirigenti allo scopo di ridurre le liste di attesa o di acquisire prestazioni aggiuntive, soprattutto in presenza di carenza di organico e impossibilità anche momentanea di coprire i relativi posti con personale in possesso dei requisiti di legge, in accordo con le équipes interessate;
- d) mediante l'applicazione dell'articolo 3, comma 13, del decreto legislativo 29 aprile 1998, n. 124 (Ridefinizione del sistema di partecipazione al costo delle prestazioni sanitarie e del regime delle esenzioni, a norma dell'articolo 59, comma 50, della l. 27 dicembre 1997, n. 449), nella parte in cui si prevede che in caso di mancato rispetto dei tempi di attesa, l'assistito può chiedere che la prestazione venga resa nell'ambito dell'attività libero-professionale intramuraria, ponendo a carico dell'azienda unità sanitaria locale di appartenenza e dell'azienda unità sanitaria locale nel cui ambito è richiesta la prestazione, in misura eguale, la differenza tra la somma versata a titolo di partecipazione al costo della prestazione e l'effettivo costo di quest'ultima, sulla scorta delle tariffe vigenti. Nel caso l'assistito sia esente dalla predetta partecipazione l'azienda unità sanitaria locale di appartenenza e l'azienda unità sanitaria locale nei cui ambito è richiesta la prestazione corrispondono, in misura eguale, l'intero costo della prestazione;
- e) incremento delle ore a specialisti ambulatoriali interni già in servizio o attivando nuove ore di specialistica ambulatoriale interna con stipula di rapporti convenzionali a tempo determinato finalizzati alla riduzione dei tempi di attesa;
- f) acquisto di prestazioni da operatori accreditati esterni per le branche di riferimento, in extra budget rispetto agli accordi contrattuali vigenti.

4. Nel caso in cui il fondo previsto dall'articolo 2 della legge 8 novembre 2012, n. 189 (Conversione in legge, con modificazioni, del decreto-legge 13 settembre 2012, n. 158, recante disposizioni urgenti per promuovere lo sviluppo del Paese mediante un più alto livello di tutela della salute) non risulti sufficiente a garantire il rispetto dei tempi di attesa, il direttore generale attiva intese sindacali finalizzate a incrementare detto fondo, attingendo alle quote già accantonate per i fondi perequativi alimentati dalla libera professione.

#### Art. 6

##### Comunicazioni istituzionali

1. La Giunta regionale assicura il monitoraggio della presenza sui siti web - sezione su liste e tempi di attesa - delle aziende sanitarie pubbliche e private accreditate le quali assicurano la comunicazione su tempi e liste di attesa e il rafforzamento della multicanalità nell'accesso alle informazioni attraverso vari strumenti, tra

cui campagne informative, uffici relazioni con il pubblico (URP), carte dei servizi, sezioni dedicate e facilmente accessibili sui siti web regionali e aziendali.

#### *Art. 7*

##### Centro di prenotazione

1. Il CUP deve essere unico per ciascuna azienda sanitaria e gli erogatori pubblici nonché i privati accreditati ospedalieri e ambulatoriali devono afferire allo stesso. Le prestazioni specialistiche, a eccezione di quelle di medicina di laboratorio, devono essere prenotate esclusivamente tramite il CUP.
2. Gli erogatori pubblici nonché i 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.
3. Il CUP deve prevedere un sistema di "recall" per ricordare all'assistito la data di erogazione della prestazione e per ricevere le disdette delle prenotazioni.
4. L'assistito che non si presenta nel giorno previsto per l'erogazione della prestazione, senza aver dato idonea disdetta entro le quarantotto ore antecedenti l'erogazione, fatti salvi i casi di forza maggiore, è tenuto al pagamento della prestazione all'erogatore pubblico o privato accreditato, secondo la tariffa prevista dal vigente nomenclatore tariffario, anche se esente dalla partecipazione alla spesa sanitaria.

#### *Art. 8*

##### Agenda di prenotazione

1. Per agenda di prenotazione si intende uno strumento informatizzato che consente di gestire il calendario delle prenotazioni per le prestazioni sanitarie ambulatoriali e di diagnostica strumentale.
2. L'agenda deve essere visibile dai sistemi informativi aziendali e regionali delle agende di prenotazione, sia per il primo accesso che per i controlli successivi e deve indicare tutta l'attività erogata a carico del Servizio sanitario regionale (SSR), ivi inclusa quella in ALPI, e il singolo medico erogatore della prestazione.
3. Ciascun responsabile di unità operativa deve nominare un referente per la gestione delle agende tra il personale assegnato alla stessa, dandone opportuna comunicazione alla direzione medica di presidio e al responsabile dei CUP aziendali.
4. La chiusura delle agende di prenotazione è vietata in conformità all'articolo 1, comma 282, della legge 23 dicembre 2005, n. 266 (Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato).

#### *Art. 9*

##### Dotazioni organiche

1. I direttori generali delle aziende sanitarie locali, delle aziende ospedaliere e degli IRCSS di diritto pubblico entro sessanta giorni dalla data di entrata in vigore della presente legge rideterminano le dotazioni

organiche in funzione dell'accrescimento dell'efficienza e della realizzazione della migliore utilizzazione delle risorse umane, tenendo anche conto della necessità di procedere all'abbattimento delle liste d'attesa.

*Art. 10*

Urgenza diagnostica nelle neoplasie

1. Gli interventi di chirurgia correlati alla diagnosi di una neoplasia maligna (primaria, secondaria, in situ) sono inseriti nella classe di priorità A, nel caso di intervento chirurgico ambulatoriale.

La presente legge è pubblicata sul Bollettino ufficiale della Regione Puglia ai sensi e per gli effetti dell'articolo 53, comma 1, della legge regionale 12 maggio 2004, n. 7 "Statuto della Regione Puglia".

E' fatto obbligo a chiunque spetti di osservarla e farla osservare come legge della Regione Puglia.

Data a Bari, addì 28 MAR. 2019

**MICHELE EMILIANO**