



Consiglio regionale della Calabria

*Settore Commissioni Affari Istituzionali Riforme, Sanità, Attività Sociali, Culturali e
Formative, Ambiente e Territorio*

PROPOSTA DI LEGGE N. 218/XII DI INIZIATIVA DEI CONSIGLIERI REGIONALI

PASQUALINA STRAFACE, PIETRO RASO E GIUSEPPE MATTIANI RECANTE:

*“Misure per il recupero e l’abbattimento delle liste d’attesa per l’accesso a
prestazioni sanitarie”*

RELATORE: PASQUALINA STRAFACE
RELATORE IN CONSIGLIO: PASQUALINA STRAFACE

Il Dirigente
F.to Dina Cristiani

Il Presidente
F. to Pasqualina Straface

RELAZIONE DESCRITTIVA

La presente proposta di legge intende promuovere misure per il recupero e l’abbattimento delle liste di attesa per esami, visite e ricoveri nel sistema sanitario regionale al fine di contenere il fenomeno delle lunghe attese per prestazioni ospedaliere e territoriali.

Le liste di attesa rappresentano un fenomeno percepito dai cittadini e dai pazienti come una forte criticità dei moderni sistemi sanitari, in quanto compromette l’accessibilità e la fruibilità delle prestazioni da erogare.

Il governo dei tempi di attesa per le prestazioni sanitarie è uno degli obiettivi prioritari del SSN e l’erogazione dei servizi entro tempi appropriati, rispetto alla patologia e alle necessità di cura, rappresenta una componente strutturale dei LEA, con la consapevolezza che non esistono soluzioni semplici e univoche, ma vanno poste in essere azioni complesse ed articolate, considerando in particolare la promozione del principio di appropriatezza nelle sue diverse articolazioni.

L'emergenza sanitaria derivante dal Covid-19 ha inciso negativamente in modo estremamente critico sui tempi di erogazione di tutte le prestazioni sanitarie. Oltre a quelli relativi al Covid-19 ci sono, infatti, molti percorsi di diagnosi e cura dei quali il sistema sanitario deve occuparsi con la stessa o maggiore attenzione accordata alla patologia pandemica. Durante i *lockdown* imposti dalle ondate pandemiche, si è, peraltro, dato luogo alla riduzione di prestazioni sanitarie alle quali vanno ad aggiungersi quelle che ordinariamente continuano ad essere prenotate e che devono essere gestite in un contesto estremamente difficile ostacolato dalla gestione del Covid-19. In tale contesto i tempi di attesa sono destinati ad allungarsi ulteriormente.

Nel contesto sopra delineato, la Regione Calabria si pone l’obiettivo di mettere in atto azioni specifiche per il recupero e l’abbattimento delle liste di attesa delle prestazioni di specialistica ambulatoriale e di screening oncologici.

La presente proposta, oltre ad indicare le prime misure da adottare per l’abbattimento delle liste di attesa nella sanità, vuole essere la base per organizzare e promuovere tali azioni portando alla elaborazione di un Piano operativo regionale e, inoltre, alla predisposizione di un Regolamento che sarà redatto a cura del Dipartimento Tutela della Salute e Servizi Socio-sanitari al fine di individuare specifiche modalità di offerta e di prenotazione afferenti all’ambito della prevenzione attiva.

Il Piano regionale verrà predisposto secondo le indicazioni contenute nella nota del Ministero della Salute prot. n.1356 del 21.01.2021, come integrata con nota prot. n. 1525 del 24.01.2022 di invio delle "Linee di indirizzo per il recupero delle prestazioni sanitarie non erogate in ragione dell'epidemia da SARS-COV-2 ", in cui sono definite le indicazioni per la redazione e l'aggiornamento dei Piani regionali.

CONTESTO DI RIFERIMENTO

Il sistema dell'Offerta Sanitaria della Regione Calabria è così configurato:

- 5 Aziende Sanitarie Provinciali (ASP);
- 4 Aziende Ospedaliere (AO);
- 1 Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico IRCCS (INCRA);
- 29 Case di Cura private, convenzionate con il SSN;

- 14 Distretti Sanitari.

Sul tema "liste e tempi di attesa" sono state poste in essere sin dall'anno 2022 da parte del Dipartimento Tutela della Salute e Servizi Socio-sanitari e delle Aziende Sanitarie della Regione Calabria diverse azioni atte a dare sostegno normativo a tutte le iniziative attuate per il contenimento e la riduzione dei tempi di attesa.

Le azioni hanno interessato, in particolare, i principi ed i criteri per l'erogazione delle prestazioni e per la gestione delle liste di attesa, quelli per il monitoraggio dei valori rilevati e l'informazione all'utenza, con l'individuazione delle prestazioni oggetto di monitoraggio da parte dell'amministrazione regionale ed i relativi standard di riferimento.

Ogni anno sono stati assegnati ai Direttori generali obiettivi relativi ai tempi di attesa per le visite e prestazioni ambulatoriali e prestazioni di screening oncologici.

EVOLUZIONE DEL SISTEMA NELLA REGIONE CALABRIA

La gestione delle liste di attesa può trovare più agevole soluzione se si individuano strumenti e modi di collaborazione di tutti gli attori del sistema (Aziende Sanitarie, utenti del SSR, specialisti dipendenti e convenzionati, medici di medicina generale, pediatri di libera scelta, strutture private accreditate erogatrici di prestazioni ambulatoriali, organizzazioni rappresentative degli erogatori privati a livello regionale (ANISAP, AIOP, ARIS ecc.), per una concreta presa in carico dei pazienti fin dal processo di definizione o approfondimento diagnostico da parte dei professionisti e delle strutture, prevedendo anche modelli di gestione integrata dell'assistenza per pazienti cronici nell'ambito delle cure primarie (così come indicato nel D.M. 9 dicembre 2015, "Condizioni di erogabilità e di appropriatezza prescrittiva delle prestazioni di assistenza ambulatoriale erogabili nell'ambito del Servizio Sanitario Nazionale").

È utile anche ricordare che il tema non trova risposta gestionale in un'unica azione risolutiva, ma deve essere affrontato secondo una logica sistemica, agendo a livello programmatico e operativo su più livelli.

Al fine di assicurare il ripristino ed il recupero delle liste di attesa, le ASP e le Aziende Ospedaliere (AO) devono, ad esempio, assicurare ordinariamente le prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale, per l'utenza esterna, attraverso l'apertura delle strutture anche nelle ore serali e durante il fine settimana (venerdì, sabato e domenica), sia nell'ambito dell'attività istituzionale che attraverso le prestazioni aggiuntive di cui all'articolo 55 comma 2 lett. d del CCNL 08/06/2000 dell'area della dirigenza medica, veterinaria e dell'area della dirigenza sanitaria.

La soluzione alle criticità nella gestione delle liste di attesa, pertanto, non può essere meramente quantitativa sul versante dell'organizzazione dell'offerta e dei volumi della produzione, ma deve coniugare il bisogno espresso con adeguate strategie di governo della domanda che tenga conto della applicazione di rigorosi criteri sia di appropriatezza, sia di priorità delle prestazioni.

Non meno importante, deve stimolare performance virtuose, anche incoraggiando responsabilità competitive che riducano i divari dei tempi di attesa tra prestazioni istituzionali e attività libero professionali, divari oggi profondi ma che dovrebbero invece essere allineati. Per tale ragione si propone, con la presente iniziativa legislativa, l'istituzione del Responsabile unico aziendale delle liste d'attesa (Rula). La nomina di un Responsabile Unico Aziendale, al quale affidare i compiti di presidio

dell’organizzazione aziendale relativamente, ad esempio, al corretto rapporto tra attività istituzionale e libero professionale, all’ottimale utilizzo delle risorse disponibili e al quale affidare la gestione esclusiva delle agende, in sinergia con le Direzioni strategiche aziendali, è considerata difatti una misura utile al perseguimento di una più efficiente organizzazione orientata al perseguimento dell’obiettivo del contenimento delle liste d’attesa. Il Responsabile Unico Aziendale sarà inoltre competente della definizione di interventi formativi che garantiscano che l’accoglienza dei pazienti e la comunicazione sulla permanenza nelle liste d’attesa siano gestite con competenze adeguate da parte degli operatori incaricati. Le funzioni sono, inoltre, quelle di monitoraggio continuo della realizzazione delle azioni attraverso l’analisi dei dati dei sistemi informativi correnti e l’esame delle criticità, per la valutazione del raggiungimento degli obiettivi posti attraverso appositi indicatori.

La proposta mira altresì alla istituzione di un Centro di coordinamento, al fine di assumere iniziative utili a rendere omogenea, sull’intero territorio regionale, la risposta sui tempi e a promuovere iniziative di supporto reciproco tra le diverse organizzazioni ospedaliere per contenere fenomeni di particolare criticità.

L’obiettivo deve essere quello di promuovere la capacità del SSR di intercettare il reale bisogno di salute, di ridurre l’inappropriatezza e di rendere compatibile la domanda con la garanzia dei LEA.

Il governo delle liste d’attesa è, altresì, fortemente connesso ad altri processi che, sia a livello centrale sia periferico, si ripercuotono decisamente sulle modalità organizzative del rapporto domanda-offerta, rispetto al quale deve essere perseguita una necessaria coerenza di sistema.

Nella ridefinizione di tali modalità operative, devono essere assicurati criteri per garantire l’omogeneità tra le azioni poste in essere per il governo delle liste d’attesa e:

- le altre iniziative in corso finalizzate all’informatizzazione del ciclo “prescrizione - prenotazione - referto”, con particolare attenzione alle Classi di priorità, fino alla digitalizzazione dei documenti stessi;
- gli obiettivi dei contratti e degli accordi collettivi nazionali, sia per quanto attiene le modalità prescrittive, sia per l’attività libero-professionale intramuraria;
- gli indirizzi definiti in materia di accreditamento istituzionale e per la stipula dei contratti con gli erogatori, in particolare per quanto riguarda la gestione trasparente e programmata del volume e della tipologia delle prestazioni oggetto degli accordi, anche in coerenza con quanto indicato nelle Linee guida nazionali- sistema CUP Unico regionale (SovraCup).

Tra l’altro, il miglioramento dell’appropriatezza delle prestazioni poste a carico del SSR ed il conseguente efficientamento dei fattori produttivi investiti in sanità, provoca - come conseguenza diretta - la riqualificazione della spesa sanitaria stessa.

Alcune delle maggiori criticità, in un percorso organizzato di governo delle liste d’attesa, riguardano l’ambito finanziario, in parte determinate da condizioni oggettive nazionali:

- l’emanazione di norme di limitazione della spesa regionale sul Fondo sanitario nazionale, con conseguente riduzione della spesa sanitaria;
- l’imposizione di abbassamento dei tetti di spesa per il personale del SSR, o della quota destinata agli erogatori privati accreditati.

**PROPOSTA DI LEGGE N. 218/XII DI INIZIATIVA DEI CONSIGLIERI REGIONALI
PASQUALINA STRAFACE, PIETRO RASO E GIUSEPPE MATTIANI RECANTE:**

*“Misure per il recupero e l’abbattimento delle liste d’attesa per l’accesso a
prestazioni sanitarie”*

- Relatore: On. Pasqualina Straface -

Al fine di ricomporre la frammentarietà normativa e l'eterogeneità dei comportamenti aziendali, è risultato evidente come sia indispensabile prevedere degli strumenti che consentano di rendere omogenee le modalità di gestione dei tempi di attesa, garantendo l'accessibilità dei servizi ai cittadini, la garanzia dei tempi massimi - come previsto dalla normativa nazionale - ed il monitoraggio regionale degli standard di erogazione.

L'attenzione sul tema delle liste di attesa delle prestazioni di specialistica ambulatoriale è stata rimarcata, in Regione Calabria già nel 2020.

Il percorso che si vuole avviare da subito prevede la redazione, da parte della Giunta regionale, del "Piano regionale per il Governo e l’abbattimento dei tempi di attesa delle prestazioni di specialistica ambulatoriale” per il triennio 2023-2025.

L’atto ha lo scopo di definire una prima identificazione dei criteri di garanzia per le prestazioni di specialistica ambulatoriale e di laboratorio e di individuare, tra l’altro, le aziende sanitarie regionali che saranno coinvolte ed i bacini territoriali entro i quali deve essere garantita l’erogazione nei tempi massimi previsti dalle Classi di priorità.

Il modello operativo dipende principalmente dai seguenti elementi:

- dimensionamento dell'offerta e della sua distribuzione;
- dimensionamento delle risorse dedicate ai diversi punti di erogazione;
- accessibilità ai vari servizi;
- modalità di accesso alla prestazione;
- dati di contesto demografico ed epidemiologico dell'area considerata;
- frequenza di consumo della prestazione (domanda/utilizzo);
- grado di diffusione della prestazione: eseguibilità da parte di differenti soggetti o erogatori, livello di professionalità richiesta/disponibilità della disciplina;
- rischio connesso all'esecuzione (ambito di sicurezza) per invasività della manovra e/o somministrazione mezzi di contrasto (MdC) o farmaci;
- utilizzo di apparecchiature/tecnologie (costo, gestione, manutenzione, materiali di consumo);
- livello di specializzazione del personale medico, infermieristico, tecnico e paramedico coinvolto.

Nell’ambito dell’individuazione dei "Raggruppamenti Omogenei di Attesa" (“Modello RAO”), per le branche ad oggi individuate quali prioritarie dal Piano nazionale di Governo delle Liste d'Attesa, per il triennio 2019-2021 l’AGENAS indica, in specifico:

- gastroenterologia; • radiodiagnostica;
- cardiologia.

PRESTAZIONI DI SPECIALISTICA AMBULATORIALE OGGETTO DEL PROGRAMMA

Il modello operativo da implementare si riferisce in via prioritaria, alle tipologie di prestazioni ambulatoriali oggetto di monitoraggio nazionale e regionale, ai livelli di priorità cliniche, ai primi accessi e agli accessi successivi e alla valutazione di appropriatezza conseguente.

Sono considerate quali modalità per il corretto accesso alle prestazioni sanitarie, l'utilizzo delle Classi di priorità, del quesito diagnostico e l'identificazione di primo accesso, o accesso successivo.

Vengono posti in essere sistemi di monitoraggio dei volumi di prescrizione per tipologia di prestazione che tengano conto delle caratteristiche epidemiologiche della popolazione assistita per orientare in modo virtuoso i comportamenti prescrittivi nel contesto di specifici PDTA.

IL PIANO OPERATIVO REGIONALE: OBIETTIVI E MODELLI ORGANIZZATIVI

In tale ambito, al fine di rispondere nei tempi e nei setting appropriati e secondo priorità cliniche, è necessario sviluppare un livello di governance della Direzione Sanità, che tenga conto della domanda e dell'offerta complessiva disponibile e che sia riportato verso le Aziende Sanitarie regionali.

Il modello di riferimento del piano operativo dovrà essere confermato nelle "Aree Omogenee di Programmazione" ex DM 70/2015 coordinate dalle Direzioni sanitarie aziendali e capaci di soddisfare le esigenze specialistiche negli ambiti in cui sono articolate le 5 Aziende Sanitarie Provinciali regionali, le 4 Aziende Ospedaliere e l'INCRA.

Le modalità di collaborazione da parte delle Aree Omogenee sono da concordarsi fra le Aziende afferenti alle stesse, previo accordo con la Direzione Sanità, in base alla tipologia del bisogno assistenziale.

L'attuazione del Piano operativo regionale deve essere realizzata attraverso la costituzione di un Centro di coordinamento regionale i cui obiettivi a livello regionale e aziendale sono i seguenti:

- analizzare la situazione attuale per quanto riguarda i tempi e le liste di attesa per interventi, visite, prestazioni e screening;
- definire, in tale ambito, le principali criticità;
- mettere in atto azioni di miglioramento coerenti.

Presso ogni Azienda Sanitaria viene istituita la "Unità di Gestione e Miglioramento dei Tempi e delle Liste di attesa", le quali dovranno operare in sinergia per l'attuazione degli interventi previsti a livello di Area Omogenea di Programmazione.

La gestione dei percorsi e delle prenotazioni derivanti deve comunque avvenire attraverso la piattaforma CUP Unico regionale (Sovracup), opportunamente configurata.

AZIONI SU BISOGNI E DOMANDA

Le azioni sui bisogni e sulla domanda sono da sviluppare, in particolare, sul versante della comunicazione e sensibilizzazione con i cittadini e sull'appropriatezza prescrittiva.

**PROPOSTA DI LEGGE N. 218/XII DI INIZIATIVA DEI CONSIGLIERI REGIONALI
PASQUALINA STRAFACE, PIETRO RASO E GIUSEPPE MATTIANI RECANTE:**

“Misure per il recupero e l’abbattimento delle liste d’attesa per l’accesso a prestazioni sanitarie”

- Relatore: On. Pasqualina Straface -

A livello territoriale le Aziende sanitarie, anche in un contesto interaziendale, sono tenute al coinvolgimento degli URP aziendali in una strategia comunicativa nei confronti della popolazione (associazioni e sindacati rappresentativi delle varie categorie di utenti) per informarla, oltre che sul corretto utilizzo dei servizi sanitari, anche sull’articolazione delle liste di attesa (es. differenziate per priorità clinica, diversificate dalla "libera professione") e contestualmente per sensibilizzarla alla necessità, nonché dovere, di disdetta della prenotazione in caso di sopravvenuta impossibilità a fruire della prestazione.

La proposta si compone di 11 articoli, come di seguito descritti:

- l’art. 1 prevede, quali finalità e obiettivi della legge, l’adozione di misure per il recupero e l’abbattimento delle liste d’attesa per l’accesso a prestazioni sanitarie;
- l’art. 2 prevede la predisposizione di un Piano operativo regionale per il Governo e l’Abbattimento dei Tempi di Attesa delle prestazioni di specialistica ambulatoriale;
- l’art. 3 prevede un’azione di “monitoraggio e pubblicazione dei dati” al fine di una adeguata informazione ai cittadini;
- l’art. 4 prevede la presa in carico dell’assistito fino al completamento del percorso diagnostico;
- l’art. 5 prevede l’istituzione del Responsabile unico aziendale delle liste d’attesa (RULA);
- l’art. 6 prevede la costituzione di un Centro di coordinamento regionale con funzioni di monitoraggio e propositive;
- l’art. 7 prevede la predisposizione di un Regolamento al fine di individuare specifiche modalità di offerta e di prenotazione afferenti all’ambito della prevenzione attiva;
- l’art. 8 prevede la realizzazione di forme di comunicazione istituzionale al fine di promuovere la sensibilizzazione e l’informazione capillare dei cittadini;
- l’art. 9 prevede la Clausola di invarianza degli oneri finanziari;
- l’art. 10 prevede la clausola valutativa;
- l’art. 11 dispone l’entrata in vigore anticipata della legge rispetto al termine ordinario di 15 giorni (*vacatio legis*) in quanto il recupero e l’abbattimento delle liste d’attesa rappresenta una delle priorità in materia di Salute per garantire livelli essenziali di assistenza a tutti gli assistiti.

RELAZIONE TECNICO-FINANZIARIA

La presente legge reca disposizioni di carattere ordinamentale che non comportano oneri finanziari per il bilancio regionale. Quadro di riepilogo analisi economico finanziaria:

Relazione finanziaria

Quadro di riepilogo analisi economico finanziaria

(allegato a margine della relazione tecnico finanziaria art. 39 Statuto Regione Calabria)

Titolo della legge: “Misure per il recupero e l’abbattimento delle liste d’attesa per l’accesso a prestazioni sanitarie”.

Tab. 1 - Oneri finanziari:

	Descrizione spese	Tipologia I o C	Carattere temporale A o P	Importo
Art. 1	Norma a carattere ordinamentale che prevede, quali finalità e obiettivi della legge, l’adozione di misure per il recupero e l’abbattimento delle liste d’attesa per l’accesso a prestazioni sanitarie.			0
Art. 2	Norma a carattere ordinamentale che prevede la predisposizione di un Piano operativo regionale per il Governo e l’Abbattimento dei Tempi di Attesa delle prestazioni di specialistica ambulatoriale.			0

**PROPOSTA DI LEGGE N. 218/XII DI INIZIATIVA DEI CONSIGLIERI REGIONALI
PASQUALINA STRAFACE, PIETRO RASO E GIUSEPPE MATTIANI RECANTE:**

*“Misure per il recupero e l’abbattimento delle liste d’attesa per l’accesso a
prestazioni sanitarie”*

- Relatore: On. Pasqualina Straface -

Art.3	Norma a carattere ordinamentale che, al fine di una adeguata informazione ai cittadini, prevede un’azione di “monitoraggio e pubblicazione dei dati”.			0
Art.4	Norma a carattere ordinamentale che prevede la presa in carico dell’assistito fino al completamento del percorso diagnostico.			0
Art.5	Norma a carattere ordinamentale che prevede l’istituzione del Responsabile unico aziendale delle liste d’attesa (RULA).			0
Art.6	Norma a carattere ordinamentale che prevede la costituzione di un Centro di coordinamento regionale con funzioni di monitoraggio e propositive.			0
Art.7	Norma a carattere ordinamentale che prevede la predisposizione di un Regolamento al fine di individuare specifiche modalità di offerta e di prenotazione afferenti all’ambito della prevenzione attiva.			0

**PROPOSTA DI LEGGE N. 218/XII DI INIZIATIVA DEI CONSIGLIERI REGIONALI
PASQUALINA STRAFACE, PIETRO RASO E GIUSEPPE MATTIANI RECANTE:**

“Misure per il recupero e l’abbattimento delle liste d’attesa per l’accesso a prestazioni sanitarie”

- Relatore: On. Pasqualina Straface -

Art.8	Norma a carattere ordinamentale che prevede la realizzazione di forme di comunicazione istituzionale al fine di promuovere la sensibilizzazione e l’informazione capillare dei cittadini.			0
Art.9	Prevede la clausola di invarianza finanziaria.			0
Art.10	Prevede la clausola valutativa.			0
Art.11	Dispone l’urgenza della legge, anticipandone l’entrata in vigore rispetto al termine ordinario di 15 giorni decorrenti dalla pubblicazione della stessa sul BURC telematico.			0

Tab. 2 Copertura finanziaria:

Programma / capitolo	Anno 2023	Anno 2024	Anno 2025	Totale
	0,00			
	0,00			
Totale	0,00	0,00	0,00	0,00

Proposta di legge recante

“Misure per il recupero e l’abbattimento delle liste d’attesa per l’accesso a prestazioni sanitarie”

Art. 1

(Finalità e obiettivi)

1. La Regione Calabria, in conformità con le linee di intervento definite nel Piano nazionale di governo delle liste di attesa (PNGLA), promuove l’adozione del “Piano regionale di governo delle liste di attesa” 2023-2025 (PRGLA 2023-2025).
2. Il Piano di cui al comma 1 ha lo scopo di delineare i criteri di garanzia per le prestazioni di specialistica ambulatoriale e di laboratorio nonché di individuare, tra l’altro, le aziende sanitarie regionali che saranno coinvolte ed i bacini territoriali entro i quali deve essere garantita l’erogazione nei tempi massimi previsti dalle Classi di priorità.

Art. 2

(Piano regionale per il Governo e l’Abbattimento dei Tempi di Attesa delle prestazioni di specialistica ambulatoriale)

1. La Giunta regionale entro 90 giorni dalla entrata in vigore della presente legge redige il “Piano regionale per il Governo e l’Abbattimento dei Tempi di Attesa delle prestazioni di specialistica ambulatoriale” per il triennio 2023-2025.
2. La Regione Calabria mira ad implementare pienamente il “Piano regionale di governo delle liste d’attesa” 2023-2025 promuovendo l’adozione di specifiche misure ed azioni di intervento al fine di raggiungere il totale abbattimento delle stesse in favore dei soggetti assistiti.

Art. 3

(Monitoraggio e pubblicazione dei dati)

1. Con cadenza 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 visite, prestazioni e ricoveri eseguiti nell’ambito delle attività istituzionale e dell’attività libero professionale intramuraria (ALPI).

2. Le pubblicazioni di cui al comma 1 devono riferirsi a ogni singola unità operativa ospedaliera o territoriale autorizzata all'erogazione e aggregati per lo stesso tipo di prestazione.
3. Le Aziende sanitarie attivano campagne di informazione per sensibilizzare gli utenti sulle modalità di prenotazione e accesso a visite, prestazioni e ricoveri nonché sulla appropriatezza prescrittiva utilizzando gli usuali strumenti informativi.
4. Nel sito istituzionale della Regione - Dipartimento Tutela della Salute e Servizi Socio-sanitari - viene pubblicato semestralmente l'elenco delle prestazioni specialistiche ambulatoriali e prime visite per le quali viene effettuato il monitoraggio di cui al comma 1, raggruppate per Azienda; i dati si riferiscono alla percentuale delle prestazioni di cui sopra effettuate entro determinati intervalli di tempo, sovrapponibili ai Criteri di priorità U – URGENTE con attesa massima 72 ore; B – BREVE con attesa massima 10 gg; D – DIFFERIBILE con attesa massima 30 gg per le visite e 60 gg per le prestazioni diagnostico strumentali; P – con attesa massima 120 gg. (codici U-B-D-P).
5. Le prenotazioni istituzionali in ALPI devono essere effettuate per mezzo dei Centri Unici di Prenotazione (CUP).

Art. 4

(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. 5

(Responsabile unico aziendale delle liste d’attesa)

1. Entro e non oltre quindici giorni dalla data di entrata in vigore della presente legge, presso ogni Azienda Sanitaria Locale viene istituita la "Unità di Gestione e Miglioramento dei Tempi e delle Liste di attesa", presieduta e coordinata dalla Direzione Strategica e composta da professionisti di area sanitaria e amministrativa coinvolti nella funzione.
2. Nell’ambito delle Unità di cui al comma 1, i direttori generali delle aziende sanitarie locali, delle aziende ospedaliero-universitarie e degli Istituti di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico (IRCCS) di diritto pubblico provvedono a individuare il Responsabile unico aziendale delle liste d’attesa (RULA) a cui si attribuiscono, senza alcun onere a carico dell’Azienda sanitaria, le funzioni e gli obiettivi tematici e temporali contenuti nel Piano aziendale sulle liste d’attesa da adottare con validità annuale.

3. Le Unità di Gestione e Miglioramento dei Tempi e delle Liste di attesa, costituite presso ogni Azienda Sanitaria, dovranno operare in sinergia per l’attuazione degli interventi previsti a livello di Area Omogenea di Programmazione.
4. Il RULA di cui al comma 2 è responsabile dell’attuazione e del raggiungimento degli obiettivi contenuti nel Piano aziendale sulle liste d’attesa e delle attività di cui al comma 1 e provvede al controllo sull’avvenuto adempimento.
5. 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.
6. Il RULA detiene e aggiorna un apposito registro in cui sono riportati volumi, tempi di attesa e ogni altro dato necessario al monitoraggio di cui al comma 1. Redige, con cadenza annuale, un Report di monitoraggio delle prestazioni critiche e delle liste d’attesa in ambito aziendale e 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.
7. Il RULA è inoltre competente della definizione di interventi formativi che garantiscano che l’accoglienza dei pazienti e la comunicazione sulla permanenza nelle liste d’attesa siano gestite con competenze adeguate da parte degli operatori incaricati.

Art. 6

(Centro di Coordinamento regionale)

1. L’attuazione del Piano regionale di cui all’articolo 1 deve essere implementata e messa a regime attraverso la costituzione di un Centro di coordinamento regionale presieduto dal Presidente della Giunta regionale o suo delegato e del quale, oltre ai Dirigenti del Settore Ospedaliero, del Settore Territoriale e di Azienda Zero, fanno parte i Direttori Sanitari di ciascuna Azienda del SSR, che costituiscono il “ Gruppo di Coordinamento del ‘Piano operativo regionale per il Governo dei Tempi di Attesa delle Prestazioni di Specialistica Ambulatoriale’ “.
2. Il Gruppo di cui al comma 1 ha sede presso il Dipartimento Tutela della Salute e Servizi Socio-sanitari ed è inoltre composto da:
 - a) il Responsabile del Settore Programmazione dei Servizi Sanitari e Sociosanitari del Dipartimento Tutela della Salute;
 - b) il Responsabile Settore Ospedaliero del Dipartimento Tutela della Salute;
 - c) il Responsabile Settore Territoriale del Dipartimento Tutela della Salute;
 - d) il Responsabile del Settore Controllo di Gestione e Monitoraggio Costi per Livelli di Assistenza delle Aziende Sanitarie regionali del Dipartimento Tutela della Salute;
 - e) il Responsabile del Settore Sistemi informativi e della Gestione dei Flussi Sanitari del

Dipartimento Tutela della Salute;

f) il Direttore Sanitario di Ciascuna Azienda Sanitaria.

3. Il Centro di coordinamento regionale ha 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 di gestione e governo regionale delle liste d’attesa completamente digitalizzato e informatizzato, con l’utilizzo delle più innovative tecnologie per il monitoraggio e l’accessibilità diretta.

4. Il Centro di Coordinamento regionale si avvale di tutte le possibili e necessarie collaborazioni tecnico-scientifiche al fine di attuare gli scopi della presente legge, senza nuovi o maggiori oneri a carico del bilancio regionale.

Art. 7

(Prestazioni di prevenzione attiva)

1. La Giunta regionale approva, entro 90 giorni dalla entrata in vigore della presente legge, un regolamento per individuare le modalità di offerta e di prenotazione riguardanti la prevenzione attiva assicurando i tempi e le modalità di accesso e di fruizione, e ne dà visibilità sul proprio sito istituzionale, anche in relazione all’obiettivo di aumentare l’adesione della popolazione *target*.

Art. 8

(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 garantiscono 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. 9

(Clausola di invarianza degli oneri finanziari)

1. Dall’attuazione della presente legge non derivano nuovi o maggiori oneri finanziari a carico del bilancio regionale.

**PROPOSTA DI LEGGE N. 218/XII DI INIZIATIVA DEI CONSIGLIERI REGIONALI
PASQUALINA STRAFACE, PIETRO RASO E GIUSEPPE MATTIANI RECANTE:**

*“Misure per il recupero e l’abbattimento delle liste d’attesa per l’accesso a
prestazioni sanitarie”*

- Relatore: On. Pasqualina Straface -

Art. 10

(Clausola valutativa)

1. La Giunta regionale, entro il 31 marzo di ciascun anno, a partire dal secondo anno dalla data di entrata in vigore della presente legge, trasmette al Consiglio regionale una relazione annuale sullo stato di attuazione e sulla efficacia della presente legge.

Art. 11

(Entrata in vigore)

1. La presente legge entra in vigore il giorno successivo a quello della sua pubblicazione nel Bollettino ufficiale telematico della Regione Calabria.