

Bur n. 127 del 30 dicembre 2016

LEGGE REGIONALE n. 30 del 30 dicembre 2016
Collegato alla legge di stabilità regionale 2017.

Il Consiglio regionale ha approvato

Il Presidente della Giunta regionale

p r o m u l g a

la seguente legge regionale:

(omissis)

CAPO VII

Disposizioni in materia di sanità

(omissis)

Art. 38

Interventi per il governo delle liste d'attesa.

1. La Regione del Veneto promuove il governo delle liste d'attesa al fine di garantire a tutti gli assistiti un accesso equo 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. Per le finalità di cui al comma 1, le Aziende ULSS e ospedaliere, anche tramite gli erogatori privati accreditati, devono rispettare nei confronti dei propri assistiti i tempi massimi di attesa per l'accesso alle prestazioni sanitarie.
3. L'attività della Regione è volta, in particolare:
 - a) a perseguire la riduzione ed il rispetto dei tempi di attesa;
 - b) ad assicurare all'assistito l'effettiva possibilità di vedersi garantita l'erogazione delle prestazioni sanitarie nell'ambito delle strutture pubbliche e private accreditate;
 - c) a monitorare e vigilare sui risultati raggiunti;
 - d) a prevedere idonee misure da adottarsi nei confronti del direttore generale delle Aziende ULSS e Ospedaliere, Istituti di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico (IRCCS), nonché degli erogatori privati accreditati, in caso di mancato rispetto dei tempi individuati per l'erogazione delle prestazioni.
 - e) a vigilare che Aziende ULSS, aziende ospedaliere, Istituti di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico (IRCCS), nonché erogatori privati accreditati, rispettino le disposizioni e gli adempimenti impartiti dall'Autorità Nazionale Anticorruzione sul rispetto degli obblighi in tema di anticorruzione e trasparenza.
4. Al fine di garantire l'appropriatezza prescrittiva ed erogativa delle prestazioni di specialistica ambulatoriale:
 - a) 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.

- b) 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.
- c) le classi di priorità sono le seguenti:
- 1) classe U (Urgente);
 - 2) classe B (Breve Attesa);
 - 3) classe D (Differita);
 - 4) classe P (Programmabile).
- d) ad ogni classe di priorità corrisponde una diversa tempistica di erogazione della prestazione sanitaria, come di seguito indicato:
- 1) classe U entro 24 ore dalla presentazione;
 - 2) classe B entro 10 giorni dalla prenotazione;
 - 3) classe D entro 30 giorni dalla prenotazione;
 - 4) classe P entro 60/90 giorni dalla prenotazione secondo indicazione del medico prescrittore.
- e) le Aziende ULSS 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 degli erogatori privati accreditati 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."
- f) almeno il 90 per cento delle prestazioni prioritarizzate deve essere erogato entro i tempi massimi previsti da ogni classe di priorità da parte delle Aziende ULSS e ospedaliere nonché dalle strutture private accreditate. Il restante 10 per cento deve essere erogato entro i successivi dieci giorni nel caso di classe B, entro i successivi trenta giorni negli altri casi.
- g) qualora alla prima visita sia attribuita la classe di priorità U, le Aziende ULSS e ospedaliere nonché gli erogatori privati accreditati devono organizzare idonei percorsi assistenziali, anche mediante l'accesso diretto agli ambulatori, ove possibile.
- h) 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 ULSS e ospedaliere, anche mediante gli erogatori privati accreditati, devono organizzare la presa in carico dell'assistito da parte del medico specialista.
- i) 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.
- l) non è ammessa la chiusura delle agende di prenotazione.
- m) i Direttori generali delle Aziende ULSS elaborano 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 degli erogatori privati accreditati.
5. Le Aziende ULSS e Ospedaliere, nonché gli erogatori privati accreditati, devono rendere possibile il teleconsulto tra i medici ospedalieri e i medici di medicina generale e i pediatri di libera scelta di afferenza territoriale.

6. 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.
7. Il Direttore generale dell'Azienda ULSS e ospedaliera determina adeguate forme e modalità per il ricevimento dei propri utenti, almeno un giorno alla settimana, dandone idonea comunicazione al pubblico nel sito istituzionale dell'Azienda.
8. È istituito un numero verde regionale a cui gli assistiti possono rivolgersi per segnalare criticità legate ai tempi di attesa per accedere alle prestazioni sanitarie.
9. Il Centro di prenotazione (CUP) deve essere unico a livello provinciale e gli erogatori pubblici e gli erogatori privati accreditati ospedalieri e ambulatoriali devono afferire al Centro unico di prenotazione. Le prestazioni specialistiche, ad eccezione di quelle di medicina di laboratorio, devono essere prenotate esclusivamente tramite il Centro unico di prenotazione.
10. Gli erogatori pubblici e gli erogatori 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.
11. Il Centro unico di prenotazione deve prevedere un sistema di recall per ricordare all'assistito la data di erogazione della prestazione e per ricevere le disdette delle prenotazioni.
12. L'assistito che non si presenta nel giorno previsto per l'erogazione della prestazione, senza aver dato idonea disdetta, 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.
13. Le Aziende ULSS e le Aziende ospedaliere nonché i presidi ospedalieri accreditati privati assicurano ordinariamente i servizi ambulatoriali per l'utenza esterna attraverso l'apertura delle strutture fino alle ore 23.00, per almeno tre giorni alla settimana, e dalle ore 8.00 alle 12.00 la domenica ed i giorni festivi. La programmazione dell'attività delle apparecchiature diagnostiche deve prevedere il loro utilizzo minimo per dodici ore al giorno per almeno sei giorni alla settimana.
14. È istituito il Tavolo di monitoraggio aziendale i cui componenti sono nominati dal Direttore generale. Il tavolo è presieduto dal Direttore sanitario ed è composto da: Direttore Medico responsabile della funzione ospedaliera, Direttore del Distretto, CUP Manager, rappresentanti dei medici dipendenti e dei medici convenzionati, un rappresentante delle associazioni degli erogatori privati accreditati e rappresentanti delle associazioni degli utenti. Il Tavolo di monitoraggio 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 anche attraverso l'utilizzo degli istituti contrattuali all'uopo previsti.
15. 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. 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.
16. I tempi massimi per l'effettuazione di interventi chirurgici correlati alle classi di priorità sono, inderogabilmente, i seguenti:
 - a) classe A: 30 giorni dalla data di fissazione dell'intervento;
 - b) classe B: 60 giorni dalla data di fissazione dell'intervento;
 - c) classe C: 90 giorni dalla data di fissazione dell'intervento;
 - d) classe D: 180 giorni dalla data di fissazione dell'intervento.

17. Il Direttore Medico responsabile organizzativo-funzionale dell'intera funzione ospedaliera è responsabile del rispetto dei tempi di cui al comma 16.

18. 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.

19. 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 decreto ministeriale 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.

20. In caso di mancato rispetto di quanto previsto dal presente articolo da parte dei professionisti, si applicano le procedure e le sanzioni previste dagli istituti contrattuali vigenti.

21. Agli oneri derivanti dall'applicazione del presente articolo si fa fronte con le risorse del Fondo Sanitario Regionale allocate alla Missione 13 "Tutela della salute", Programma 01 "Servizio sanitario regionale - Finanziamento ordinario corrente per la garanzia dei LEA", Titolo 1 "Spese correnti" del bilancio di previsione 2017-2019.