

IL PRESIDENTE
IN QUALITA' DI COMMISSARIO AD ACTA
(delibera del Consiglio dei Ministri del 21 marzo 2013)

DECRETO n. 000314 del 05 LUG. 2013

Adozione della Proposta di Programmi Operativi 2013- 2015 a salvaguardia degli obiettivi strategici di Rientro dai disavanzi sanitari della Regione Lazio.

IL COMMISSARIO AD ACTA

VISTA la Legge costituzionale n. 3/2001;

VISTO lo Statuto della Regione Lazio;

VISTA la Legge regionale 18 febbraio 2002, n. 6 e successive modifiche ed integrazioni;

VISTO il Regolamento di organizzazione degli uffici e dei servizi della Giunta regionale 6 settembre 2002 e successive modifiche ed integrazioni;

VISTO il Decreto Legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 e s.m.i. concernente: *“Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell’art. 1 della legge 23 ottobre 1992, n. 421 e successive modificazioni”*;

VISTA la legge regionale 16 giugno 1994, n. 18 e successive modifiche ed integrazioni;

VISTA la legge 30 dicembre 2004, n.311 *“Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato (legge finanziaria 2005)”* ed in particolare l’art.1, comma 180 che ha previsto per le regioni interessate, qualora si verificasse una situazione di squilibrio economico – finanziario, l’obbligo di procedere ad una ricognizione delle cause ed alla conseguente elaborazione un programma operativo di riorganizzazione, di riqualificazione o di potenziamento del Servizio Sanitario Regionale, di durata non superiore al triennio;

VISTA l’Intesa Stato Regioni del 23 marzo 2005 che in attuazione della Legge Finanziaria dello Stato pone in capo alla Regione:

- l’impegno ad adottare provvedimenti in ordine alla razionalizzazione della rete ospedaliera con l’obiettivo, tra l’altro, del raggiungimento degli standard nazionali relativi alla dotazione di posti letto per mille abitanti e al tasso di ospedalizzazione (art.4);
- l’obbligo di garantire, coerentemente con gli obiettivi sull’indebitamento netto delle amministrazioni pubbliche, l’equilibrio economico-finanziario del servizio sanitario regionale nel suo complesso, realizzando forme di verifica trimestrale della coerenza degli andamenti con gli obiettivi assegnati in sede di bilancio preventivo per l’anno di riferimento (art.6);
- la stipula - in relazione a quanto disposto dall’art.1 comma 180 della Legge 30 dicembre 2004 - con i Ministri dell’Economia e della Salute di un apposito accordo che individui gli interventi necessari per il perseguimento dell’equilibrio economico, nel rispetto dei livelli essenziali di assistenza (art.8);

VISTE le deliberazioni della Giunta Regionale n.66 del 12 febbraio 2007 concernente: *“Approvazione del “Piano di Rientro” per la sottoscrizione dell’Accordo tra Stato e Regione Lazio ai sensi dell’art.1, comma 180, della Legge 311/2004”* e n.149 del 6 marzo 2007 avente ad oggetto: *“Preso d’atto dell’Accordo Stato Regione Lazio ai sensi dell’art. 1, comma 180, della legge n. 311/2004, sottoscritto il 28 febbraio 2007. Approvazione del “Piano di Rientro”*;

Segue decreto n. U00314/13
IL PRESIDENTE
IN QUALITA' DI COMMISSARIO AD ACTA
(*delibera del Consiglio dei Ministri del 21 marzo 2013*)

VISTA la Deliberazione del Consiglio dei Ministri del 21 marzo 2013, con cui il Presidente della Regione Lazio Nicola Zingaretti è stata nominato Commissario *ad acta* per la prosecuzione del vigente Piano di rientro dai disavanzi regionali del settore sanitario della Regione, con il compito prioritario di adottare e attuare i Programmi operativi 2013-2015;

DATO ATTO che con la citata Delibera del 21 marzo 2013 sono stati confermati i contenuti del mandato commissariale affidato al Presidente *pro tempore* della Regione Lazio con deliberazione del Consiglio dei Ministri del 23 aprile 2010, come riformulato con la successiva deliberazione del 20 gennaio 2012, intendendosi aggiornati i termini ivi indicati a decorrere dal corrente anno;

DATO ATTO che con deliberazione del Consiglio dei Ministri del 3 marzo 2011 (prot. n. ACG/23/SANIT/3103) il Dott. Giuseppe Antonino Spata è stato nominato Sub Commissario per l'attuazione del Piano di Rientro dai disavanzi del Servizio Sanitario Regionale della Regione Lazio, con il compito di affiancare il Commissario *ad acta* nella predisposizione dei provvedimenti da assumere in esecuzione dell'incarico commissariale di cui alla deliberazione del Consiglio dei Ministri del 23 aprile 2010;

DATO ATTO, altresì, che il Consiglio dei Ministri, con delibera del 20 gennaio 2012 ha, tra l'altro, rimodulato le funzioni del Sub Commissario Giuseppe Antonino Spata ed ha nominato a Sub Commissario il dott. Gianni Giorgi a norma dell'articolo 4 del decreto-legge 1 ottobre 2007, n. 159;

VISTA l'Intesa Stato Regioni del 3 dicembre 2009 concernente il Patto per la salute – per gli anni 2010 – 2012;

CONSIDERATO in particolare quanto disposto dall'art. 13 comma 14 del Patto per la Salute del 3 dicembre 2009, ove è stabilito che *“Per le regioni già sottoposte ai piani di rientro e già commissariate alla data di entrata in vigore legge attuativa della presente Intesa restano fermi l'assetto della gestione commissariale previgente per la prosecuzione del piano di rientro, secondo programmi operativi, coerenti con gli obiettivi finanziari programmati, predisposti dal commissario ad acta, nonché le relative azioni di supporto contabile e gestionale;*

VISTO l'art. 2 comma 88 della legge 23 dicembre 2009 n. 191 ove è recepito il disposto del su richiamato art. 13 comma 14 del Patto per la Salute del 3 dicembre 2009;

VISTO il Decreto del Commissario *ad acta* n. U0113 del 31 dicembre 2010 con il quale è stato approvato il documento *“Programmi Operativi 2011 - 2012”*;

VISTO Il Decreto Legge 98/2011 *“Disposizioni urgenti per la stabilizzazione finanziaria”* così come convertito con legge 15/07/2011 n. 111;

VISTO Il Decreto Legge n. 95/2012 *“Disposizioni urgenti per la revisione della spesa pubblica con invarianza dei servizi ai cittadini”*, convertito con Legge 7/8/2012 n. 135;

Segue decreto n. 000314/13
IL PRESIDENTE
IN QUALITA' DI COMMISSARIO AD ACTA
(delibera del Consiglio dei Ministri del 21 marzo 2013)

VISTA la Legge di conversione, con modificazioni, del Decreto Legge 13 settembre 2012, n. 158 (Decreto Balduzzi), recante disposizioni urgenti per promuovere lo sviluppo del Paese mediante un più alto livello di tutela della salute dell'8 novembre 2012 n. 189;

VISTA La Legge 228/2012 "*Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato*" (Legge di stabilità 2013);

VISTO il Decreto Legge n. 35/2013: "*Disposizioni urgenti per il pagamento dei debiti scaduti della pubblica amministrazione, per il riequilibrio finanziario degli enti territoriali, nonché in materia di versamento di tributi degli enti locali. Disposizioni per il rinnovo del Consiglio di presidenza della giustizia tributaria.*";

VISTO il verbale della riunione del 14 novembre 2012 dove Tavolo e Comitato, per la verifica degli adempimenti regionali nel quale sono riportate le osservazioni del Tavolo Tecnico e Comitato ex art. 9 e 12 dell'Intesa del 23 marzo 2005;

VISTO il verbale della riunione del 17 aprile 2013 dove Tavolo e Comitato, per la verifica degli adempimenti regionali nel quale sono riportate le osservazioni del Tavolo Tecnico e Comitato ex art. 9 e 12 dell'Intesa del 23 marzo 2005;

VISTA la Proposta di Programmi Operativi 2013- 2015 predisposta dal Commissario Palumbo entro il termine del 20 marzo 2013, e dallo stesso Commissario inviata in preventiva valutazione al Tavolo di Verifica per gli adempimenti da Piano di Rientro in data 11 marzo 2013, con propria nota prot. 517/2013, Prot. Siveas n. 82A del giorno 11 marzo 2013.;

RITENUTO necessario approfondire e inquadrare detti Programmi Operativi nell'ambito della programmazione strategica della Regione volta alla ristrutturazione dell'organizzazione aziendale pubblica dei servizi territoriali e ospedalieri, nonché della rete dei servizi sanitari privati (autorizzati, accreditati e a contratto) del Servizio Sanitario Regionale;

VALUTATA la necessità di proseguire l'azione di revisione dei servizi sanitari ospedalieri e territoriali regionali, nonché l'azione di risanamento dei conti del SSR mediante l'adozione dei Programmi Operativi 2013 – 2015 (cfr. ALLEGATO 1), da attuarsi in due fasi (Fase 1: adozione proposta; Fase 2: adozione definitiva), così da permettere un approfondimento e l'aggiornamento della sopraindicata proposta già inviata in preventiva valutazione al Tavolo di verifica;

VISTA la necessità di integrare il Programma 9 "Razionalizzazione Spesa" della Proposta dei Programmi operativi 2013-2015, alla luce del D.L. n.35/2013 con uno specifico intervento relativo al piano dei pagamenti dei fornitori ed uno ulteriore intervento volto all'erogazione delle risorse del SSR trattenute dal bilancio regionale (vedasi appendice al testo allegato);

CONSIDERATO che è in corso da parte della Regione la complessiva revisione delle Reti dei servizi territoriali e ospedalieri, così come definite dal documento proposto;

RITENUTO dover richiedere, altresì, l'attivazione di appositi Tavoli tecnici congiunti tra Regione e Ministeri vigilanti per l'approfondimento della proposta stessa;

Segue decreto n. 000314/13
IL PRESIDENTE
IN QUALITA' DI COMMISSARIO AD ACTA
(delibera del Consiglio dei Ministri del 21 marzo 2013)

RITENUTO necessario dare atto che, ferma restando la necessità di procedere ad una completa revisione della programmazione sanitaria regionale da parte dell'Attuale Gestione Commissariale, gli obiettivi di contenimento della spesa e di programmazione economica contenuti nella Proposta di Programmi Operativi 2013-2015 formulata dal Commissario Palumbo resteranno comunque invariati, a garanzia del perseguimento dell'equilibrio economico entro la fine dell'esercizio 2015;

DECRETA

per i motivi di cui in premessa che formano parte integrante e sostanziale del presente provvedimento:

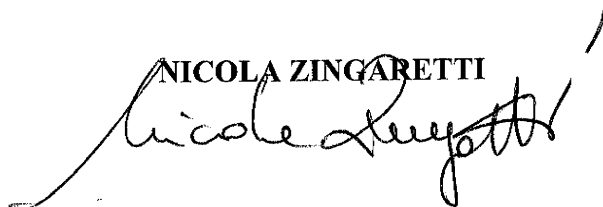
- di adottare la Proposta di Programmi Operativi per 2013 – 2015 già inviata in preventiva valutazione al Tavolo di Verifica per gli adempimenti ministeriali con nota prot. 517 del 11 marzo 2013 da parte del Commissario Palumbo e allegata al presente atto (cfr. ALLEGATO 1), completata dall'appendice che aggiorna il Programma 9 "Razionalizzazione Spesa";
- di dare atto che è in corso da parte della Regione la complessiva revisione delle Reti dei servizi territoriali e ospedalieri, così come definite dal documento proposto;
- di rinviare l'approvazione della versione definitiva dei Programmi Operativi 2013-2015, da elaborare anche alla luce dei rilievi che verranno formulati dal Tavolo di Verifica sulla Proposta di cui all'ALLEGATO 1, all'esito degli opportuni approfondimenti che dovranno essere effettuati entro il 30 settembre 2013;
- di riservare all'attuale Gestione Commissariale la possibilità di procedere ad una completa revisione della Programmazione Sanitaria contenuta nella proposta di Programmi Operativi 2013-2015, fermi restando gli obiettivi di contenimento della spesa sanitaria in esso contenuti ed il perseguimento dell'equilibrio economico sanitario entro la fine dell'esercizio 2015.

Avverso il presente provvedimento è ammesso ricorso giurisdizionali dinanzi al Tribunale Amministrativo Regionali del Lazio entro 60 giorni dalla sua pubblicazione, ovvero ricorso straordinario al Presidente della repubblica entro 120 giorni dalla sua pubblicazione.

Il presente provvedimento sarà pubblicato sul B.U.R.L.

Roma, il 05 LUG. 2013

NICOLA ZINGARETTI





PROGRAMMI OPERATIVI 2013-2015

(ai sensi della legge 23 dicembre 2009, n. 191, art. 2, comma 88)

INDICE

PREMESSA E QUADRO NORMATIVO	5
1. AREA: ANALISI DI CONTESTO E DEFINIZIONE DELLO SCENARIO REGIONALE	7
1.1 INDICATORI DEMOGRAFICI, SOCIO-SANITARI E STRUTTURA DELLA POPOLAZIONE	7
1.2 IL PIANO DI RIENTRO, IL COMMISSARIAMENTO E I PROGRAMMI OPERATIVI: RISULTATI CONSEGUITI NEGLI ANNI 2007-2012.	15
1.3 TENDENZIALI E PROGRAMMATICI 2013-2015	21
2. AREA: GOVERNO DEL SISTEMA	1
PROGRAMMA 1: GOVERNANCE DEL PO	1
INTERVENTO 1.1: UFFICIO DEL COMMISSARIO AD ACTA PER L'ATTUAZIONE DEL PIANO DI RIENTRO.	1
INTERVENTO 1.2: GOVERNANCE DELL'AGENZIA DI SANITÀ PUBBLICA REGIONALE ASP LAZIO SANITÀ.	4
INTERVENTO 1.3: GOVERNANCE DELLE AZIENDE SANITARIE DEL LAZIO.	5
INTERVENTO 1.4: ADEMPIMENTI LEA	6
INTERVENTO 1.5: GESTIONE DEL CONTENZIOSO SANITARIO.	7
INTERVENTO 1.6: PROVVEDIMENTI DI NOMINA E DI RISOLUZIONE DEI DIRETTORI GENERALI, QUANDO NE RICORRANO I PRESUPPOSTI DI LEGGE;	9
INTERVENTO 1.7: PROGRAMMAZIONE ECONOMICO –FINANZIARIA	9
PROGRAMMA 2: ATTUAZIONE DEL DECRETO LEGISLATIVO N. 118/2011	11
PROGRAMMA 3: CERTIFICABILITÀ DEI BILANCI DEL SSR	15
PROGRAMMA 4: FLUSSI INFORMATIVI	17
INTERVENTO 4.1: POTENZIAMENTO E MIGLIORAMENTO DEI FLUSSI INFORMATIVI GESTIONALI E CONTABILI. IMPLEMENTAZIONE NUOVI FLUSSI	17
INTERVENTO 4.2: TESSERA SANITARIA: CORRETTA GESTIONE DEI FLUSSI ESISTENTI ED IMPLEMENTAZIONE DELLE EVOLUZIONI IN MATERIA DI RICETTA ELETTRONICA	20
PROGRAMMA 5: ACCREDITAMENTO	21
INTERVENTO 5.1: INDIVIDUAZIONE DEL FABBISOGNO DI PRESTAZIONI PER TUTTE LE TIPOLOGIE ASSISTENZIALI (SANITARIE E SOCIOSANITARIE), E CONSEGUENTE DEFINIZIONE DEL FABBISOGNO DI OFFERTA, ARTICOLATO PER CIASCUN LIVELLO DI ASSISTENZA	21
INTERVENTO 5.2: DEFINIZIONE/AGGIORNAMENTO DEI REQUISITI AUTORIZZATIVI	23
INTERVENTO 5.3: DEFINIZIONE/AGGIORNAMENTO E ATTIVAZIONE PROCEDURE PER AUTORIZZAZIONE	24
INTERVENTO 5.4: DEFINIZIONE/AGGIORNAMENTO E ATTIVAZIONE PROCEDURE PER L'ACCREDITAMENTO DEFINITIVO (IN CASO DI ACCREDITAMENTO ISTITUZIONALE DEFINITIVO ATTUATO)	25
INTERVENTO 5.5: RECEPIMENTO DI ULTERIORI REQUISITI, ANCHE DERIVANTI DA ATTI E INTESA ADOTTATI IN CONFERENZA STATO- REGIONI;	28
INTERVENTO 5.6: MODALITÀ DI VERIFICA DI ALLINEAMENTO DEI REQUISITI RICHIESTI PER L'ACCREDITAMENTO, IN COERENZA CON LA NORMATIVA VIGENTE	29
INTERVENTO 5.7: MODALITÀ DI VERIFICA PERIODICA DELLA SUSSISTENZA DEI REQUISITI.	29
INTERVENTO 5.8: MODALITÀ DI VERIFICA DI ALLINEAMENTO DEI REQUISITI RICHIESTI PER L'ACCREDITAMENTO, IN COERENZA CON LA NORMATIVA VIGENTE PER LE STRUTTURE PUBBLICHE	30
INTERVENTO 5.9: PROCREAZIONE MEDICALMENTE ASSISTITA (PMA). DEFINIZIONE/AGGIORNAMENTO DEI REQUISITI AUTORIZZATIVI E AVVIO PROCEDURE PER IL RILASCIO DELL'AUTORIZZAZIONE ALL'ESERCIZIO.	31
PROGRAMMA 6: CONTABILITÀ ANALITICA	33
INTERVENTO 6.1: CONTABILITÀ ANALITICA	33
PROGRAMMA 7: RAPPORTI CON GLI EROGATORI	35
INTERVENTO 7.1: RICOGNIZIONE E RIDEFINIZIONE DELLE TARIFFE DELLE PRESTAZIONI TERRITORIALI	35
INTERVENTO 7.2: INDIVIDUAZIONE DELLE FUNZIONI ASSISTENZIALI DI CUI AL D.LGS. 502/92, CON INDICAZIONE DEI CRITERI DI CALCOLO DELLA RELATIVA ASSEGNAZIONE ECONOMICA;	35
INTERVENTO 7.3: ADOZIONE DELLA QUOTA DI PARTECIPAZIONE A CARICO DEL COMUNE/ASSISTITO PER L'ASSISTENZA SOCIO- SANITARIA, COSÌ COME PREVISTA DAL DPCM 29 NOVEMBRE 2001;	39
INTERVENTO 7.4: PROGRAMMA DEI CONTROLLI DI APPROPRIATEZZA;	40
INTERVENTO 7.5: PROGRAMMA DEI CONTROLLI DI CONGRUENZA TRA CARTELLA CLINICA E SDO;	42
INTERVENTO 7.6: PIANO DELLE PRESTAZIONI E RELATIVA TEMPSTICA;	44
INTERVENTO 7.7: STIPULA INTESA E CONTRATTI	44
INTERVENTO 7.8 SPERIMENTAZIONI GESTIONALI: OVE PRESENTI, INDIVIDUAZIONE DI PERCORSI DI STABILIZZAZIONE O CONCLUSIONE DELLE STESSE	66
INTERVENTO 7.9 RAPPORTI CON LE UNIVERSITÀ PUBBLICHE: SOTTOSCRIZIONE DEI PROTOCOLLI CHE DEFINISCANO I VARI ASPETTI ECONOMICO-ORGANIZZATIVI E GESTIONALI	67
INTERVENTO 7.10 RAPPORTI CON LE UNIVERSITÀ PRIVATE: SOTTOSCRIZIONE DEI PROTOCOLLI CHE DEFINISCANO GLI ASPETTI ASSISTENZIALI E DI DIDATTICA E RICERCA.	71
VALORIZZAZIONE PROGRAMMA 7: RAPPORTI CON GLI EROGATORI	72
INTERVENTO 8. 1 FORMAZIONE DEL PERSONALE, IVI COMPRESO SISTEMI DI JOB EVALUATION, PERFORMANCE MEASUREMENT E INCENTIVAZIONE (TABELLE 18 E 19)	74
INTERVENTO 8.2 PROMOZIONE DELLA CARTA DEI SERVIZI NELLE AZIENDE SANITARIE	75
INTERVENTO 8.3 ATTIVAZIONE DI AZIONI FINALIZZATE ALLA RILEVAZIONE SISTEMATICA DELLA QUALITÀ PERCEPITA DAGLI UTENTI/CITTADINI.	77
INTERVENTO 8.4 DISCIPLINA SUGLI OBBLIGHI DI PUBBLICITÀ, TRASPARENZA E DIFFUSIONE DI INFORMAZIONI E PER LA PREVENZIONE E LA REPRESSIONE DELLA CORRUZIONE E DELL'ILLEGALITÀ NELLA, DA PARTE DELLE PUBBLICHE AMMINISTRAZIONI	80
INTERVENTO 8.5 PIANO DI FORMAZIONE AZIENDALE PER LA SICUREZZA DEI PAZIENTI (ROOT CAUSE ANALYSIS, AUDIT CLINICO).	81
3. AREA: RAZIONALIZZAZIONE DEI FATTORI PRODUTTIVI	81
PROGRAMMA 9: RAZIONALIZZAZIONE SPESA	81
INTERVENTO 9.1: PIANIFICAZIONE POLIENNALE SUGLI ACQUISTI — ANALISI E GOVERNO DEI FABBISOGNI	82

INTERVENTO 9.2: ASPETTI ORGANIZZATIVI E LOGISTICI DEI PROCESSI DI ACQUISTO	85
INTERVENTO 9.3: CENTRALIZZAZIONE DEGLI ACQUISTI — ATTIVAZIONE DI SISTEMI DI E-PROCUREMENT REGIONALI - ADESIONE A CONSIP	88
INTERVENTO 9.4: RIORGANIZZAZIONE E POTENZIAMENTO DEI SISTEMI DI CONTROLLO E MONITORAGGIO DELLA SPESA SANITARIA IN TERMINI DI PREZZI E QUANTITÀ AI SENSI DELLA NORMATIVA VIGENTE (PREZZI DI RIFERIMENTO, CONTRATTO QUADRO, LIVELLI DI SERVIZIO, ATTIVAZIONI DI PENALI, ETC.)	93
INTERVENTO 9.5: ATTUAZIONE DELLA NORMATIVA NAZIONALE IN MATERIA DI BENI E SERVIZI (DL 98/2011 E DL 95/2012)	95
INTERVENTO 9.6: ASSISTENZA FARMACEUTICA: DISTRIBUZIONE DIRETTA E PER CONTO	96
INTERVENTO 9.7: MODELLO DI APPROVVIGIONAMENTO FARMACI	99
INTERVENTO 9.8: HEALTH TECHNOLOGY ASSESSMENT	100
INTERVENTO 9.9: MONITORAGGIO DEI TEMPI DI PAGAMENTO	101
VALORIZZAZIONE PROGRAMMA 9: RAZIONALIZZAZIONE SPESA	103
PROGRAMMA 10: GESTIONE DEL PERSONALE	104
INTERVENTO 10.1: CONTENIMENTO DELLA SPESA PER IL PERSONALE — AZIONE DI MACRO CONTENIMENTO DELLA SPESA	105
INTERVENTO 10.2: AZIONI DI GOVERNANCE	109
VALORIZZAZIONE PROGRAMMA 10: GESTIONE DEL PERSONALE	131

4. AREA “LIVELLI ESSENZIALI DI ASSISTENZA”

135

4.1. “PREVENZIONE”	135
PROGRAMMA 11 – SANITÀ PUBBLICA	135
INTERVENTO 11.1: AZIONI COERENTI CON IL PROGRAMMA NAZIONALE DI PREVENZIONE;	135
INTERVENTO 11.2: QUALIFICAZIONE DEI PROGRAMMI DI SCREENING (ONCOLOGICI, MALATTIE INFETTIVE, ETC.) E ADEGUAMENTO DEGLI SCREENING AZIENDALI AGLI STANDARD NAZIONALI;	137
INTERVENTO 11.3: PREVENZIONE NEGLI AMBIENTI DI VITA E DI LAVORO	139
PROGRAMMA 12 - SANITÀ VETERINARIA E SICUREZZA ALIMENTARE	143
INTERVENTO 12.1 RIQUALIFICAZIONE E RIORGANIZZAZIONE DEL NODO REGIONALE	154
INTERVENTO 12.2: COERENZA DELLE LINEE DI ATTIVITÀ PROGRAMMATE A LIVELLO REGIONALE CON QUELLE RIPORTATE NEL PIANO NAZIONALE INTEGRATO 2011-2014	156
INTERVENTO 12.3: DEFINIZIONE DI UN PIANO REGIONALE INTEGRATO DEI CONTROLLI UFFICIALI, O IL SUO EVENTUALE AGGIORNAMENTO CON TUTTE LE LINEE DI ATTIVITÀ PREVISTE DALLA PIANIFICAZIONE NAZIONALE	156
INTERVENTO 12.4: MIGLIORAMENTO DELLA RETE DEI LABORATORI, CON AMPLIAMENTO DEL BACINO DI METODICHE ACCREDITATE A SUPPORTO DELLE ATTIVITÀ REGIONALI DI CONTROLLO UFFICIALE, RIDUCENDO L’AGGRAVIO SUI SOGGETTI EXTRAREGIONALI	157
INTERVENTO 12.5: ASSEGNAZIONE DI OBIETTIVI AI DIRETTORI GENERALI DELLE AZIENDE SANITARIE LOCALI, CON RIBALTAMENTO A CASCATA SU TUTTA LA STRUTTURA OPERATIVA	157
PROGRAMMA 13 – RETI ASSISTENZIALI PER INTENSITÀ DI CURE	160
INTERVENTO 13.1.: INDIVIDUAZIONE DEI PRESIDI SECONDO IL MODELLO HUB&SPOKE SECONDO LA LOGICA DELL’INTENSITÀ DELLE CURE (ES. RETE TRAUMA, ONCOLOGIA, ICTUS, TRAPIANTI); RELATIVA INDIVIDUAZIONE DEI CENTRI DI RIFERIMENTO	160
INTERVENTO 13.2.: DEFINIZIONE DEI PERCORSI DI CURA, NONCHÉ DEI PERCORSI DIAGNOSTICO TERAPEUTICI RELATIVI AD ALCUNE AREE DI PARTICOLARE INTERESSE, IN AGGIUNTA ALL’AREA ONCOLOGICA E CARDIOVASCOLARE, CHE PREVEDANO LA INTEGRAZIONE OSPEDALE/TERRITORIO	179
PROGRAMMA 14 – RIEQUILIBRIO OSPEDALE-TERRITORIO	182
INTERVENTO 14.1: RETE OSPEDALIERA E RICONVERSIONI	182
INTERVENTO 14.2: CURE PALLIATIVE E TERAPIA DEL DOLORE PER IL PAZIENTE ADULTO E PEDIATRICO	191
INTERVENTO 14.3 ASSISTENZA PRIMARIA	197
INTERVENTO 14.4 RETE TERRITORIALE	209
VALORIZZAZIONE INTERVENTO 14.4 ASSISTENZA TERRITORIALE	224
PROGRAMMA 15 - RETE EMERGENZA-URGENZA	226
INTERVENTO 15.1: RIDEFINIZIONE DELLA RETE NELLE SUE COMPONENTI TERRITORIALE ED OSPEDALIERA:	226
PROGRAMMA 16 - SANITÀ PENITENZIARIA	245
INTERVENTO 16.1: RICOGNIZIONE PROCEDURE DI TRASFERIMENTO DELLE COMPETENZE DAL DIPARTIMENTO AMMINISTRAZIONE PENITENZIARIA AL SSR - TUTELA DELLA SALUTE IN CARCERE	245
INTERVENTO 16.2 : DISATTIVAZIONE OSPEDALI PSICHIATRICI GIUDIZIARI (OPG) E INDIVIDUAZIONE DEI PERCORSI DI PRESA IN CARICO DEI RELATIVI PAZIENTI	247
INTERVENTO 16.3: TUTELA DELLA SALUTE IN CARCERE	249
PROGRAMMA 17 – ASSISTENZA FARMACEUTICA	250
INTERVENTO 17.1: COMMISSIONE TERAPEUTICA REGIONALE	250
INTERVENTO 17.2: REVISIONE DEL PTOR	250
INTERVENTO 17.3: DEFINIZIONE SPECIFICA DI PERCORSI PER CATEGORIE DI FARMACI “ALTO SPENDENTI	251
INTERVENTO 17.4: MONITORAGGIO DELLA ATTIVITÀ PRESCRITTIVA E INCENTIVI PER LA PRESCRIZIONE DEI FARMACI EQUIVALENTI ATTRAVERSO IL SUPPORTO DEL SISTEMA TESSERA SANITARIA, AI SENSI DI QUANTO PREVISTO DALL’ART. 11, COMMA 7, LET. B) DEL DL 78/2010	252
INTERVENTO 17.5: RAZIONALIZZAZIONE DELL’USO DEL FARMACO IN OSPEDALE	253
INTERVENTO 17.6: BUDGET DEI MMG E PLS ATTRAVERSO IL SUPPORTO DEL SISTEMA TESSERA SANITARIA	255
VALORIZZAZIONE PROGRAMMA 17: ASSISTENZA FARMACEUTICA	257
PROGRAMMA 18 – SICUREZZA E RISCHIO CLINICO	257
INTERVENTO 18.1 DEFINIZIONE DI UN PROGRAMMA REGIONALE ARTICOLATO NELLE DIMENSIONI DEL GOVERNO CLINICO E CHE CONTENGA ANCHE METODOLOGIA E STRUMENTI PER LA GESTIONE DEGLI EVENTI AVVERSI	257
INTERVENTO 18.2: MONITORAGGIO DEI PIANI DI MIGLIORAMENTO ATTUATI DALLE AZIENDE A SEGUITO DELL’OCCORRENZA DI EVENTI SENTINELLA	259
INTERVENTO 18.3: MONITORAGGIO SISTEMATICO DELL’USO DELLA CHECK LIST IN SALA OPERATORIA	260
INTERVENTO 18.4: IMPLEMENTAZIONE E MONITORAGGIO DELLA RACCOMANDAZIONE PER LA SICUREZZA NELLA TERAPIA ONCOLOGICA	260
INTERVENTO 18.5: PREVISIONE DELL’INSERIMENTO DELL’IMPLEMENTAZIONE DEI DOCUMENTI MINISTERIALI SULLA QUALITÀ E SICUREZZA DEI PAZIENTI (RACCOMANDAZIONI, MANUALE PER LA SICUREZZA IN SALA OPERATORIA) TRA I CRITERI DI VALUTAZIONE DEI D.G.	262

5. AREA ULTERIORI MANOVRE REGIONALI

263

PROGRAMMA 19: GOVERNO DELLA MOBILITÀ SANITARIA INTERREGIONALE	263
INTERVENTO 19.1: ACCORDI DI CONFINE	263
PROGRAMMA 20: MISURE DI COMPARTECIPAZIONE ALLA SPESA SANITARIA REGIONALE.	267
INTERVENTO 20.1 – COMPARTECIPAZIONE SULLE PRESTAZIONI DI SPECIALISTICA AMBULATORIALE.	267
INTERVENTO 20.2 – ULTERIORI MANOVRE NAZIONALI DI COMPARTECIPAZIONE ALLA SPESA SANITARIA.	271
PROGRAMMA 21: INVESTIMENTI SANITARI.	271

6. ALLEGATI **274**

ALLEGATO 1: RISULTATI DELLA RICOGNIZIONE SUI POSTI LETTO PER ACUTI ATTIVI ALL'1-1-2013.	274
ALLEGATO 2: LINEE DI INDIRIZZO PER LA QUALIFICAZIONE DELLA RETE OSPEDALIERA E TERRITORIALE NELLA REGIONE LAZIO	278

Proposta PO 2013-2015
Copia

Premessa e quadro normativo

Con la legge 191/2009 si è previsto che: "E' fatta salva la possibilità per la Regione di presentare un nuovo Piano di rientro ai sensi della disciplina recata dal presente articolo. A seguito dell'approvazione del nuovo Piano cessano i commissariamenti, secondo i tempi e le procedure definiti nel medesimo Piano per il passaggio dalla gestione straordinaria commissariale alla gestione ordinaria regionale".

Con la legge 311/2004 (legge finanziaria 2005) è stata prevista la possibilità, per le Regioni che presentavano situazioni di squilibrio economico-finanziario e di mancato mantenimento dei Livelli Essenziali di Assistenza, di elaborare un Programma Operativo di riorganizzazione, di riqualificazione o di potenziamento del Servizio Sanitario Regionale da sottoscrivere, con apposito Accordo, con il Ministero dell'Economia e delle Finanze e con il Ministero della Salute. Con l'Accordo si individuano gli interventi necessari per il perseguimento dell'equilibrio economico, nel rispetto dei LEA e gli adempimenti previsti dalla successiva intesa fra Governo e Regioni, stipulata il 23 marzo 2005.

L'articolo 1, commi 274 e ss., della legge 266/2005 (legge Finanziaria 2006), nel confermare gli obblighi a carico delle Regioni di cui alla legge 30 dicembre 2004, n. 311 art. 1, comma 174 e all'intesa del 23 marzo 2005, ha previsto l'innalzamento nella misura massima delle aliquote regionali IRPEF e IRAP qualora i provvedimenti adottati non risultassero idonei al ripianamento del disavanzo.

La successiva intesa Stato-Regioni e P.A. del 5 ottobre 2006, "Patto della Salute" per il triennio 2007-2009, è stata recepita dalla legge n. 296/2006 (Finanziaria 2007) che ha disciplinato i Piani di rientro e l'attività di affiancamento da parte dei Ministeri. La Regione Lazio è stata la prima regione ha sottoscrivere l'Accordo sul Piano di Rientro con il Ministero della Salute e il Ministero dell'Economia e delle Finanze, per il triennio 2007-2009, il 28 febbraio 2007.

A seguito della riunione del Tavolo di Verifica per l'attuazione degli adempimenti previsti da Piano di Rientro del 1 luglio 2008, il Consiglio dei Ministri con propria Delibera del 11 luglio 2008 ha proceduto, ai sensi dell'art. 4, comma 2, del D.L. 1 ottobre 2007 n. 159, convertito con modificazioni dalla legge 29 novembre 2007 n. 222, al Commissariamento della Regione Lazio, avendo riscontrato il non raggiungimento degli obiettivi prefissati, in particolare di quelli funzionali alla correzione strutturale della spesa sanitaria per l'anno 2008 e per i successivi.

In conformità con quanto disposto dal "Patto per la Salute del 3 dicembre 2009, art. 13 comma 14, e art. 2 comma 88 della legge 23 dicembre 2009, n. 191" la Regione Lazio ha predisposto in data 29.12.2009 il Programma Operativo 2010, con il quale si è inteso dare prosecuzione al Piano di rientro 2007/2009 anche per l'esercizio 2010.

In prosecuzione dell'attività di risanamento della spesa sanitaria anche per le annualità 2011 e 2012, la Regione ha predisposto inoltre, con Decreto Commissariale 113/2010 il Programma Operativo 2011-2012.

Il presente documento in attuazione di quanto previsto nella legge 23 dicembre 2009, n. 191, art. 2, comma 88, che ha integrato le disposizioni di cui all'art. 1, c. 180 della legge 311/2004 contiene i Programmi Operativi per il triennio 2013-2015, predisposti in conformità alle Linee di Indirizzo formulate dai Ministeri affiancanti, per la predisposizione di nuovi e ulteriori Programmi Operativi per l'attuazione del Piano di Rientro dal disavanzo sanitario.

Nel prosieguo si esporranno le principali azioni e le manovre che la Regione intende perseguire nei prossimi tre anni, al fine di:

- realizzare il passaggio dalla gestione straordinaria commissariale del SSR a quella ordinaria regionale dal momento in cui ne saranno realizzate le condizioni;
- perseguire e mantenere l'equilibrio economico, finanziario e dei flussi di cassa;
- garantire e migliorare la qualità dei Livelli Essenziali di Assistenza;
- superare i punti aperti e le criticità espresse dal Tavolo tecnico e Comitato permanente per la verifica dei LEA e degli adempimenti così come elencati nei Verbali delle Riunioni tenutesi in data 19.07.2012 e 13.11.2012.

Nel presente documento saranno anche esposte le manovre che la Regione dovrà attuare ai sensi della normativa nazionale di riferimento, ed in particolare:

- Il Decreto Legge 98/2011 "Disposizioni urgenti per la stabilizzazione finanziaria" così come convertito con legge 15/07/2011 n. 111;
- Il Decreto Legge 95/2012 "Disposizioni urgenti per la revisione della spesa pubblica con invarianza dei servizi ai cittadini", convertito con Legge 7/8/2012 n. 135;
- La Legge 158/2012 (cd DL Balduzzi), fermo restando il necessario adeguamento alle disposizioni della Legge 189/2012 (di cui all'art.16 del 158/2012);
- La Legge 228/2012 "Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato" (Legge di stabilità 2013).

Fermo restando il primario obiettivo di equilibrio economico da realizzare con esclusivo riferimento al concorso dello Stato al finanziamento del SSR, compreso quello relativo alla realizzazione degli obiettivi di PSN ex art. 1, c. 34/34 bis, Legge n. 662/1996, il triennio 2013-2015 dovrà segnare il passaggio da una gestione prevalentemente tesa al contenimento dei costi ad una gestione finalizzata alla migliore garanzia dei LEA che allo stato attuale risultano ancora carenti, come rilevato dallo specifico Tavolo di monitoraggio, nel corso delle periodiche valutazioni.

I presenti programmi Operativi 2013-2015, sono redatti in base a quanto previsto dalle linee guida emanate dal Ministero della Salute e dal Ministero dell'Economia e delle Finanze per la predisposizione dei Programmi Operativi di attuazione e prosecuzione del Piano di Rientro dal debito sanitario. In essi sono individuati gli interventi di carattere generale e specifico da porre in essere nel triennio 2013 – 2015. Per ciascuno intervento individuato, sono evidenziati:

1. Area: Analisi di contesto e definizione dello scenario regionale

1.1 Indicatori demografici, socio-sanitari e struttura della popolazione

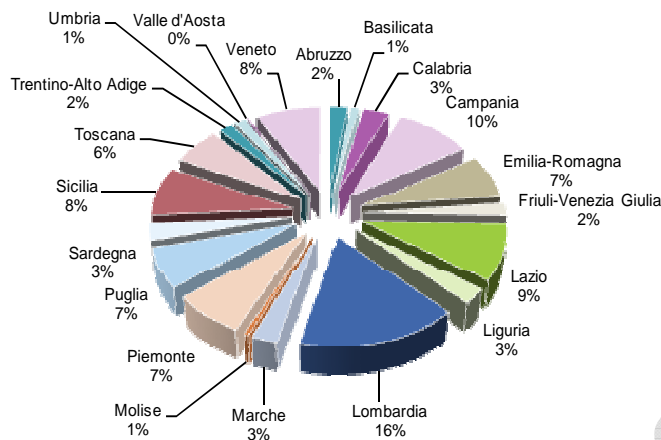
Si riporta di seguito la struttura della popolazione residente della Regione Lazio in base ai dati ISTAT riferibili all'anno 2011. Inoltre in considerazione del completamento delle procedure di censimento esperite nello stesso anno 2011, si riportano anche i dati relativi allo stesso, con la precisazione che con propria Circolare n. 3 del 20/02/2012, il Ministero degli Interni ha chiarito che le operazioni di allineamento tra esiti del CENSIMENTO 2011 e ANAGRAFI dei Comuni dovranno concludersi entro il 31.12.2013. Di fatto tale disposizione sembra pertanto confermare che ai fini della ripartizione del FSN 2013, non potranno che utilizzarsi i dati ufficiali ISTAT al 1 gennaio 2012.

1.1.1 Struttura della popolazione.

Dall'analisi della Tabella 1 emerge che la popolazione residente in Regione Lazio al 01/01/2011, in base ai dati ISTAT è pari a ca. 5,728 mln (ca. il 9% dell'intera popolazione italiana).

Popolazione ISTAT al 1/1/2011			
Regione	Maschi	Femmine	Totale
Piemonte	2.158.445	2.298.890	4.457.335
Valle d'Aosta	62.803	65.427	128.230
Lombardia	4.844.524	5.073.190	9.917.714
Trentino Alto Adige	509.415	527.699	1.037.114
Veneto	2.413.890	2.523.964	4.937.854
Friuli-Venezia Giulia	598.109	637.699	1.235.808
Liguria	767.898	848.890	1.616.788
Emilia-Romagna	2.151.133	2.281.285	4.432.418
Toscana	1.805.132	1.944.681	3.749.813
Umbria	436.259	470.227	906.486
Marche	759.397	805.938	1.565.335
Lazio	2.754.318	2.974.370	5.728.688
Abruzzo	652.286	690.080	1.342.366
Molise	155.675	164.105	319.780
Campania	2.829.162	3.004.894	5.834.056
Puglia	1.984.310	2.106.949	4.091.259
Basilicata	287.618	299.899	587.517
Calabria	980.112	1.031.283	2.011.395
Sicilia	2.441.599	2.609.476	5.051.075
Sardegna	821.189	854.222	1.675.411
ITALIA	29.413.274	31.213.168	60.626.442

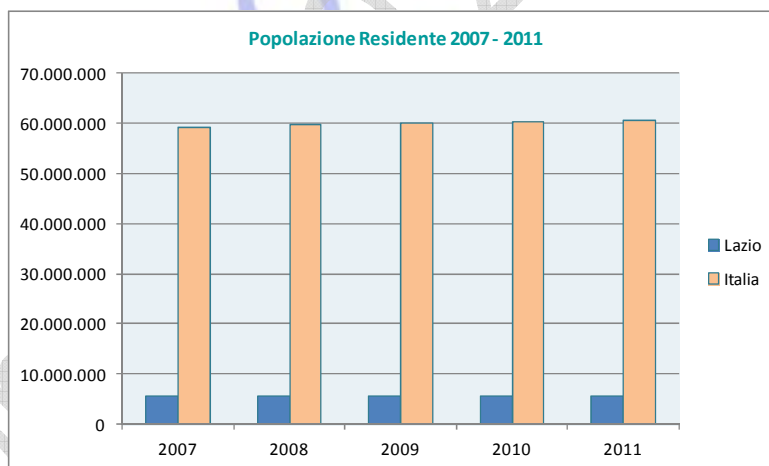
Tabella 1 – popolazione residente in Italia al 2011 ripartita per Regione (Fonte ISTAT)



Rispetto al 2010 la popolazione residente in Regione Lazio è aumentata di una percentuale pari a ca. lo 0,82% a fronte di un aumento medio in Italia di ca. lo 0,47% (+286.114 individui).

	2007	2008	2009	2010	2011	Δ%	Δ%	Δ%	Δ%
						2008-2007	2009-2008	2010-2009	2011-2010
ITALIA	59.131.287	59.619.290	60.045.068	60.340.328	60.626.442	0,83%	0,71%	0,49%	0,47%
LAZIO	5.493.308	5.561.017	5.626.710	5.681.868	5.728.688	1,23%	1,18%	0,98%	0,82%

Tabella 2 – popolazione residente in Italia e nel Lazio, anni 2007-2011 (Fonte ISTAT)



Dall'analisi della Tabella 3 si evince che la provincia più popolosa è quella di Roma con ca. 4,2 mln di residenti (pari al 73% del totale) al 1° Gennaio 2011, mentre la provincia meno popolosa risulta essere quella di Rieti con ca. 0,16 mln di abitanti.

Provincia	Maschi	Femmine	Totale
Viterbo	156.153	164.141	320.294
Rieti	78.660	81.807	160.467
Roma	2.003.880	2.190.188	4.194.068
Latina	272.353	283.339	555.692
Frosinone	243.272	254.895	498.167
Totale	2.754.318	2.974.370	5.728.688

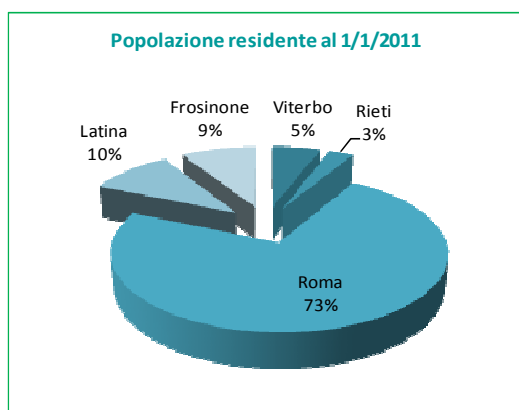


Tabella 3 – popolazione residente nel Lazio ripartita per provincia al 2011 (Fonte ISTAT)

La Tabella 4 riporta la ripartizione della popolazione per fasce d'età. Secondo la stima effettuata per l'anno 2012 il Lazio si caratterizza per una percentuale di popolazione tra 0 – 14 anni pari al 14% (l'Italia si trova al 14%), tra i 15-64 anni pari al 65,9% (l'Italia si trova al 65,3%) e oltre i 65 anni pari al 20,1% (l'Italia si trova al 20,6%). Negli ultimi anni nel Lazio si assiste a un progressivo aumento della quota di ultra-65enni, in linea con la media italiana.

REGIONI	STRUTTURA PER ETÀ DELLA POPOLAZIONE											
	2009			2010			2011			2012*		
	0-14 anni	15-64 anni	65 anni e oltre	0-14 anni	15-64 anni	65 anni e oltre	0-14 anni	15-64 anni	65 anni e oltre	0-14 anni	15-64 anni	65 anni e oltre
Lazio	14,0	66,4	19,7	14,0	66,3	19,8	14,0	66,2	19,8	14,0	65,9	20,1
Nord	13,5	65,3	21,2	13,6	65,0	21,3	13,7	65,0	21,3	13,8	64,6	21,7
Centro	13,3	65,3	21,4	13,4	65,2	21,5	13,4	65,1	21,5	13,5	64,8	21,8
Sud	15,4	66,9	17,7	15,2	67,0	17,8	15,1	67,0	18,0	14,9	66,7	18,4
Isole	14,7	66,9	18,4	14,6	66,9	18,6	14,4	66,8	18,8	14,3	66,6	19,1
ITALIA	14,0	65,8	20,1	14,1	65,7	20,2	14,0	65,7	20,3	14,0	65,3	20,6

Tabella 4 – composizione percentuale della popolazione in fasce d'età, per compartimento geografico, anni 2009-2012 (Fonte ISTAT)

Dall'analisi dei diversi indicatori di crescita (Tabella 5), per il Lazio nel 2011 si stima un tasso di natalità pari a ca. 9,4 rispetto ad un tasso di mortalità pari a ca. 9,5. Il Lazio presenta quindi un tasso di crescita negativo, leggermente più contenuto rispetto al tasso medio di crescita italiano (-0,6). Il tasso di nuzialità è pari a 3,3 x 1000 ab., in linea con la media italiana di 3,5 x 1000 ab.

TASSI GENERICI DI NATALITA', MORTALITA' E NUZIALITA' PER AREA REGIONALE													
REGIONI	Natalità				Mortalità				Nuzialità				
	2008	2009	2010	2011*	2008	2009	2010	2011*	2008	2009	2010	2011*	
Lazio	10,1	9,7	9,5	9,4	9,2	9,4	9,4	9,5	4,0	3,7	3,3	3,3	
Nord	9,7	9,5	9,4	9,2	10,2	10,1	10,0	10,0	3,6	3,3	3,1	3,0	
Centro	9,7	9,3	9,1	9,0	10,3	10,3	10,2	10,2	4,0	3,7	3,4	3,2	
Sud	9,6	9,5	9,3	9,2	8,8	9,1	8,9	9,0	4,9	4,6	4,4	4,2	
Isole	9,4	9,3	9,2	9,0	9,3	9,6	9,3	9,6	4,7	4,5	4,2	4,1	
ITALIA	9,6	9,5	9,3	9,1	9,8	9,8	9,7	9,7	4,1	3,8	3,6	3,5	

Tabella 5 – indicatori di crescita della popolazione (tassi per 1000 ab.) per compartimento geografico, anni 2008-2011 (Fonte ISTAT)

In Tabella 6 sono riportati gli stessi indici della tabella precedente, analizzando la situazione regionale per singola provincia. Limitando l'analisi al 2011 (valore stimato) Roma e Latina presentano il tasso di natalità più alto (9,6 x 1000 ab.), seguite da Frosinone e Viterbo (8,4 x 1000 ab.), mentre in coda troviamo Rieti con un valore pari a 7,8 x 1000 ab.. Prendendo in considerazione il tasso di mortalità invece la situazione si ribalta; i valori più alti, infatti, si registrano presso Rieti (12,1 x 1000 ab.) e Viterbo (11,4 x 1000 ab.), mentre Roma, Latina presentano i valori più bassi (rispettivamente 9,2 x 1000 ab. e 8,5 x 1000 ab.). Tra le 5 province, le uniche che presentano un tasso di crescita positivo sono Roma e Latina, pur mostrando un andamento in flessione negli ultimi 4 anni.

TASSI GENERICI DI NATALITA', MORTALITA' E NUZIALITA' PER AREA PROVINCIALE DEL LAZIO												
PROVINCIA	Natalità				Mortalità				Nuzialità			
	2008	2009	2010	2011*	2008	2009	2010	2011*	2008	2009	2010	2011*
Viterbo	8,4	8,5	8,3	8,4	11,3	11,2	11,2	11,4	4,4	4,1	3,7	3,6
Rieti	8,2	8,3	7,6	7,8	11,6	11,5	11,7	12,1	3,7	3,5	3,7	3,6
Roma	10,5	9,9	9,7	9,6	9,1	9,3	9,2	9,2	4,0	3,6	3,2	3,2
Latina	10,2	10,1	10,1	9,6	8,2	8,2	8,7	8,5	4,2	4,0	3,7	3,4
Frosinone	8,8	8,7	8,9	8,4	9,8	10,3	10,4	10,7	4,0	3,8	3,5	3,4
LAZIO	10,1	9,7	9,5	9,4	9,2	9,4	9,4	9,5	4,0	3,7	3,3	3,3

In Tabella 7 sono riportati gli indicatori di struttura, ripartiti per compartimento geografico. Il Lazio presenta un andamento in linea con quello del resto di Italia, caratterizzato però da un indice di vecchiaia più basso di quello del resto del paese (ad esclusione delle Isole). L'indice di vecchiaia è linea con i livelli nazionali. In particolare si evidenzia come mentre l'Italia ha un indice di vecchiaia stimato per il 2012 pari al 147%, lo stesso indicatore per il Lazio ha un valore pari al 144%. L'età media nel Lazio è pari a 43,5 anni, mentre nel resto del paese ha un valore pari a 43,7.

INDICATORI DI STRUTTURA DELLA POPOLAZIONE																
AREA	Indice di dipendenza strutturale				Indice di dipendenza anziani				Indice di vecchiaia				Età media			
	2009	2010	2011	2012	2009	2010	2011	2012	2009	2010	2011	2012	2009	2010	2011	2012
Lazio	51%	51%	51%	52%	30%	30%	30%	30%	141%	142%	142%	144%	43	43	43	43,5
Nord	53%	54%	54%	55%	33%	33%	33%	34%	157%	157%	156%	157%	44	44	44	44,5
Centro	53%	53%	54%	54%	33%	33%	33%	34%	161%	161%	160%	162%	44	44	44	44,5
Sud	49%	49%	49%	50%	26%	27%	27%	28%	115%	117%	119%	123%	41	41	42	41,9
Isole	49%	50%	50%	50%	28%	28%	28%	29%	125%	128%	130%	133%	42	42	42	42,5
ITALIA	52%	52%	52%	53%	31%	31%	31%	32%	143%	144%	145%	147%	43	43	43	43,7

Tabella 7 – indicatori di struttura della popolazione per compartimento geografico, anni 2009-2012 (Fonte ISTAT)

- Indice di dipendenza strutturale: rapporto percentuale tra la popolazione in età non attiva (0-14 anni e 65 anni e più) e la popolazione in età attiva;
- indice di dipendenza anziani: rapporto percentuale tra la popolazione di 65 anni e più e la popolazione in età attiva (15-64 anni);
- indice di vecchiaia: rapporto percentuale tra la popolazione di 65 anni e più e la popolazione 0-14 anni.
- La speranza di vita alla nascita nel Lazio, come si evince dalla Tabella 8, risulta essere leggermente superiore rispetto ai dati nazionali. Il numero medio di figli per donna è lievemente inferiore a quello degli ultimi anni e con la media italiana.

SPERANZA DI VITA ALLA NASCITA A 0 E 65 ANNI																
Anno	2008				2009				2010***				2011***			
Sesso	maschi		femmine		maschi		femmine		maschi		femmine		maschi		femmine	
Età	0	65	0	65	0	65	0	65	0	65	0	65	0	65	0	65
Lazio	78,9	18,1	84,0	21,5	78,9	18,2	83,9	21,5	79,0	18,3	84,3	21,7	79,1	18,3	84,5	22,0
Nord	79,0	17,9	84,3	21,8	79,3	18,1	84,5	21,9	79,3	18,2	84,5	22,0	79,7	18,5	84,7	22,1
Centro	79,2	18,2	84,3	21,7	79,4	18,3	84,4	21,9	79,5	18,4	84,6	22,0	79,6	18,6	84,8	22,2
Sud	78,3	17,7	83,5	21,1	78,4	17,8	83,5	21,1	78,6	18,0	83,8	21,3	78,8	18,1	84,0	21,4
Isole	78,4	17,8	83,4	21,0	78,3	17,7	83,2	20,9	78,7	18,0	83,8	21,3	78,7	18,0	83,8	21,2
ITALIA	78,8	17,9	84,1	21,6	79,0	18,1	84,1	21,6	79,1	18,2	84,3	21,8	79,4	18,4	84,5	21,9

Numero medio di figli per donna				
AREA	2008	2009	2010	2011*
Lazio	1,42	1,38	1,39	1,39
Nord	1,46	1,48	1,48	1,48
Centro	1,41	1,38	1,38	1,38
Sud	1,35	1,35	1,35	1,35
Isole	1,35	1,35	1,35	1,35
ITALIA	1,42	1,41	1,41	1,42

Tabella 8 – speranza di vita alla nascita e numero medio di figli per donna anni 2008-2011(Fonte ISTAT)

Il Lazio presenta un saldo migratorio interno positivo. La stima per il 2011 del saldo migratorio con l'estero risulta essere invece più alta del 2010, e molto superiore rispetto alla media nazionale.

TASSI GENERICI DI MIGRAZIONE PER AREA REGIONALE																
AREA	Saldo migratorio interno				Saldo migratorio con l'estero				Saldo migratorio per altro motivo				Saldo migratorio totale			
	2008	2009	2010	2011**	2008	2009	2010	2011**	2008	2009	2010	2011**	2008	2009	2010	2011**
Lazio	0,2	1,0	1,1	1,6	10,8	9,0	8,2	7,3	-0,2	-0,5	-1,2	-1,0	10,8	9,5	8,1	7,9
Nord	2,1	1,3	1,3	1,3	9,3	7,2	7,6	6,6	-0,8	-1,5	-1,9	-1,6	10,5	7,0	7,0	6,3
Centro	1,3	1,3	1,1	1,3	10,5	8,4	7,9	7,2	-0,7	-0,9	-1,5	-1,3	11,1	8,8	7,6	7,2
Sud	-3,2	-2,0	-2,3	-2,6	3,7	3,2	3,8	2,7	-0,2	-0,3	-0,4	-0,4	0,3	0,9	1,1	-0,3
Isole	-1,5	-1,1	-0,9	-1,4	3,5	2,8	3,1	2,2	-0,1	-0,4	-0,4	-0,4	1,9	1,3	1,8	0,4
ITALIA	0,3*	0,3*	0,2*	0,1*	7,6	6,0	6,3	5,3	-0,6	-1,0	-1,3	-1,1	7,3	5,3	5,2	4,3

Tabella 9 – tassi generali di migratorietà (per 1000 ab.) per compartimento geografico, anni 2008-2011(Fonte ISTAT)

Tra tutte le province del Lazio Viterbo è quella che presenta il saldo migratorio interno positivo di maggior entità (3,4 il valore stimato per il 2011, in crescita rispetto al valore 2010).

TASSI GENERALI DI MIGRAZIONE PER AREA PROVINCIALE DEL LAZIO																
PROVINCIA	Saldo migratorio interno				Saldo migratorio con l'estero				Saldo migratorio per altro motivo				Saldo migratorio totale			
	2008	2009	2010	2011*	2008	2009	2010	2011*	2008	2009	2010	2011*	2008	2009	2010	2011*
Viterbo	7,8	4,2	3,2	3,4	11,1	7,3	7,2	5,8	-0,5	-0,6	-0,8	-0,5	18,4	10,9	9,6	8,7
Rieti	8,7	3,1	2,5	2,1	9,7	6,9	6,4	5,2	-0,8	-0,8	-1,8	-1,6	17,5	9,2	7,1	5,7
Roma	-1,1	0,7	1,0	1,7	11,7	10,0	9,3	8,2	-0,2	-0,5	-1,3	-1,0	10,4	10,2	8,9	8,9
Latina	3,4	2,1	1,5	1,7	9,6	7,3	5,9	6,0	-0,2	-0,3	-0,8	-0,7	12,8	9,1	6,6	7,0
Frosinone	0,2	-0,4	-0,1	0,2	5,4	4,2	2,9	2,6	-0,3	-0,4	-0,6	-0,6	5,3	3,5	2,2	2,2
LAZIO	0,2	1,0	1,1	1,6	10,8	9,0	8,2	7,3	-0,2	-0,5	-1,2	-1,0	10,8	9,5	8,1	7,9

Tabella 10 – tassi generali di migratorietà (per 1000 ab.) per provincia, anni 2008-2011(Fonte ISTAT)

1.1.2 Il Censimento della popolazione 2011.

Al 9 ottobre 2011, data di riferimento del 15° Censimento generale della popolazione e delle abitazioni, la popolazione residente nella regione Lazio ammonta a 5.502.886 unità, di cui il 72,6% risiede abitualmente in provincia di Roma.

Rispetto al 2001, quando si contarono 5.112.413 residenti, l'incremento è del 7,6%, da attribuire, per il 70,2%, alla componente straniera. Tuttavia, rispetto invece alla popolazione ISTAT al 1/1/2011, si registra una riduzione di circa il 3,94% (-225.802 abitanti).

Come si vede dalla Tabella 11, la riduzione più consistente, dell'ordine del 4,69%, riguarda la popolazione la capitale.

Popolazione ISTAT al 1/1/2011				Popolazione Censimento 2011			
Provincia	Maschi	Femmine	Totale	Provincia	Maschi	Femmine	Totale
Viterbo	156.153,00	164.141,00	320.294,00	Viterbo	151.880,00	160.984,00	312.864,00
Rieti	78.660,00	81.807,00	160.467,00	Rieti	75.762,00	79.402,00	155.164,00
Roma	2.003.880,00	2.190.188,00	4.194.068,00	Roma	1.902.725,00	2.094.740,00	3.997.465,00
Latina	272.353,00	283.339,00	555.692,00	Latina	266.395,00	278.337,00	544.732,00
Frosinone	243.272,00	254.895,00	498.167,00	Frosinone	240.388,00	252.273,00	492.661,00
Totale	2.754.318,00	2.974.370,00	5.728.688,00	Totale	2.637.150,00	2.865.736,00	5.502.886,00

Differenziale rispetto a censimento					
Provincia	Maschi	Femmine	Totale	Δ%	
Viterbo	- 4.273,00	- 3.157,00	- 7.430,00	-2,32%	
Rieti	- 2.898,00	- 2.405,00	- 5.303,00	-3,30%	
Roma	- 101.155,00	- 95.448,00	- 196.603,00	-4,69%	
Latina	- 5.958,00	- 5.002,00	- 10.960,00	-1,97%	
Frosinone	- 2.884,00	- 2.622,00	- 5.506,00	-1,11%	
Totale	- 117.168,00	- 108.634,00	- 225.802,00	-3,94%	

Tabella 11 –Differenziale popolazione residente ISTAT 2011 – Censimento 2011 (Fonte ISTAT)

Il significativo valore di riduzione della popolazione, e l'elevata incidenza che lo stesso registra, in particolare nella città di Roma, fa ritenere che il procedimento censuario, come pure accaduto nella precedente edizione del 2001, abbia scontato alcune criticità nel funzionamento, per le quali si renderà sicuramente necessaria una fase di ulteriore correzione e di assestamento. Peraltro tale fenomeno risulta in linea con quanto accaduto rispetto all'intera attività censuaria a livello nazionale. Dall'analisi della tabella 12, si evince infatti che una riduzione di popolazione fra i dati di censimento 2011 e quelli risultanti all'ISTAT al 1/1/2011 si registra in tutte le regioni italiane.

Popolazione ISTAT al 1/1/2011			
Regione	Maschi	Femmine	Totale
Piemonte	2.158.445	2.298.890	4.457.335
Valle d'Aosta	62.803	65.427	128.230
Lombardia	4.844.524	5.073.190	9.917.714
Trentino Alto Adige	509.415	527.699	1.037.114
Veneto	2.413.890	2.523.964	4.937.854
Friuli-Venezia Giulia	598.109	637.699	1.235.808
Liguria	767.898	848.890	1.616.788
Emilia-Romagna	2.151.133	2.281.285	4.432.418
Toscana	1.805.132	1.944.681	3.749.813
Umbria	436.259	470.227	906.486
Marche	759.397	805.938	1.565.335
Lazio	2.754.318	2.974.370	5.728.688
Abruzzo	652.286	690.080	1.342.366
Molise	155.675	164.105	319.780
Campania	2.829.162	3.004.894	5.834.056
Puglia	1.984.310	2.106.949	4.091.259
Basilicata	287.618	299.899	587.517
Calabria	980.112	1.031.283	2.011.395
Sicilia	2.441.599	2.609.476	5.051.075
Sardegna	821.189	854.222	1.675.411
ITALIA	29.413.274	31.213.168	60.626.442

Popolazione Censimento 2011			
Regione	Maschi	Femmine	Totale
Piemonte	2.104.988	2.258.928	4.363.916
Valle d'Aosta	61.861	64.945	126.806
Lombardia	4.712.503	4.991.648	9.704.151
Trentino Alto Adige	504.053	525.422	1.029.475
Veneto	2.364.682	2.492.528	4.857.210
Friuli-Venezia Giulia	588.025	630.960	1.218.985
Liguria	741.972	828.722	1.570.694
Emilia-Romagna	2.095.163	2.246.972	4.342.135
Toscana	1.761.444	1.910.758	3.672.202
Umbria	424.057	460.211	884.268
Marche	745.944	795.375	1.541.319
Lazio	2.637.150	2.865.736	5.502.886
Abruzzo	634.397	672.912	1.307.309
Molise	152.794	160.866	313.660
Campania	2.795.782	2.971.028	5.766.810
Puglia	1.963.743	2.088.823	4.052.566
Basilicata	282.779	295.257	578.036
Calabria	954.172	1.004.878	1.959.050
Sicilia	2.418.757	2.584.147	5.002.904
Sardegna	801.241	838.121	1.639.362
ITALIA	28.745.507	30.688.237	59.433.744

Differenziale rispetto a Censimento 2011				
Regione	Maschi	Femmine	Totale	Δ%
Piemonte	- 53.457	- 39.962	- 93.419	-2,10%
Valle d'Aosta	- 942	- 482	- 1.424	-1,11%
Lombardia	- 132.021	- 81.542	- 213.563	-2,15%
Trentino Alto Adige	- 5.362	- 2.277	- 7.639	-0,74%
Veneto	- 49.208	- 31.436	- 80.644	-1,63%
Friuli-Venezia Giulia	- 10.084	- 6.739	- 16.823	-1,36%
Liguria	- 25.926	- 20.168	- 46.094	-2,85%
Emilia-Romagna	- 55.970	- 34.313	- 90.283	-2,04%
Toscana	- 43.688	- 33.923	- 77.611	-2,07%
Umbria	- 12.202	- 10.016	- 22.218	-2,45%
Marche	- 13.453	- 10.563	- 24.016	-1,53%
Lazio	- 117.168	- 108.634	- 225.802	-3,94%
Abruzzo	- 17.889	- 17.168	- 35.057	-2,61%
Molise	- 2.881	- 3.239	- 6.120	-1,91%
Campania	- 33.380	- 33.866	- 67.246	-1,15%
Puglia	- 20.567	- 18.126	- 38.693	-0,95%
Basilicata	- 4.839	- 4.642	- 9.481	-1,61%
Calabria	- 25.940	- 26.405	- 52.345	-2,60%
Sicilia	- 22.842	- 25.329	- 48.171	-0,95%
Sardegna	- 19.948	- 16.101	- 36.049	-2,15%
ITALIA	- 667.767	- 524.931	- 1.192.698	-1,97%

Tabella 12 –Differenziale popolazione residente Regioni e Italia - ISTAT 2011 – Censimento 2011 (Fonte ISTAT)

Peraltro è evidente che la significativa riduzione registrata nel Lazio (-3,94%), rispetto alla media nazionale di circa il 2% in meno di popolazione censita, è dovuta prettamente alla rilevazione della capitale. Peraltro confrontando gli esiti del censimento della popolazione di

Roma, con quelli di Milano, seconda città d'Italia per popolazione dopo Roma, si evince che l'errore di rilevazione anche in questo caso è molto significativo.

Provincia	Maschi	Femmine	Totale	$\Delta\%$
Milano	70.700,00	47.574,00	118.274,00	-3,75%
Roma	101.155,00	95.448,00	196.603,00	-4,69%

Tabella 13 –Differenziale popolazione residente Milano - Roma - ISTAT 2011 – Censimento 2011 (Fonte ISTAT)

I risultati del censimento pertanto presentano una elevata criticità che sarà necessario discutere sia con l'ISTAT ai fini demoscopici, che con le altre Regioni, in sede di definizione del Progetto di Ripartizione del Fondo Sanitario Nazionale dell'anno 2013.

Proposta PO 2013-2015
Copia

1.2 Il Piano di rientro, il commissariamento e i Programmi operativi: risultati conseguiti negli anni 2007-2012.

Il Piano di Rientro (Triennio 2007-2009)

L'Accordo del 28 febbraio 2007, all'art. 1 (Piano di rientro per gli anni 2007-2009) stabiliva che la Regione Lazio si impegnasse:

- ad approvare con delibera della Giunta Regionale (DGR n. 149 del 6 marzo 2007), entro sette giorni dalla stipula, l'Accordo stesso unitamente al Piano di rientro dal disavanzo e di riqualificazione e razionalizzazione del Servizio Sanitario Regionale, che ne costituisce parte integrante;
- ad attuare il suddetto Piano - elaborato a seguito della ricognizione delle cause che hanno comportato il mancato rispetto degli adempimenti previsti dall'Intesa Stato-Regioni del 23 marzo 2005 per l'anno 2005, dell'Accordo 16 dicembre 2004 per l'anno 2004 nella predetta Regione ed in base a quanto previsto dalla legislazione vigente con particolare riferimento a quanto disposto dall'articolo 1, comma 796, lettera b), della legge 27 dicembre 2006, n. 296;

in particolare, ad attuare le misure contenute nel Piano di rientro:

misure di riequilibrio del profilo erogativo dei livelli essenziali di assistenza, per renderlo conforme a quello desumibile dal vigente Piano Sanitario Nazionale e dal vigente decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri di fissazione dei medesimi livelli di assistenza; gli obblighi e le procedure previste dall'articolo 8 dell'Intesa Stato-Regioni del 23 marzo 2005; misure di riequilibrio della gestione corrente necessarie all'azzeramento del disavanzo entro il 2010; gli interventi di riorganizzazione, di riqualificazione e di potenziamento del Servizio Sanitario Regionale e gli interventi ivi previsti per il perseguimento dell'equilibrio economico, nel rispetto dei Livelli Essenziali di Assistenza e degli adempimenti di cui alla Intesa del 23 marzo 2005, correlati con gli ordinari strumenti della programmazione sanitaria regionale; il quadro sintetico degli obiettivi e interventi progettuali alla luce del contesto regionale economico finanziario, demografico, socio-economico ed organizzativo e gestionale del Servizio Sanitario Regionale; gli obiettivi generali, specifici ed operativi; gli interventi progettuali, gli indicatori e le fonti di verifica; la sostenibilità economica e finanziaria e le condizioni per il raggiungimento degli obiettivi programmatici ed infine gli strumenti di monitoraggio.

Il Piano prevedeva:

- la produzione sistematica di un'informazione contabile precisa e dettagliata del sistema sanitario, sulla base della quale effettuare un puntuale ed efficace controllo di gestione ed una rendicontazione tempestiva;
- la realizzazione della contabilità analitica per centri di costo ed il controllo di gestione;
- il completamento del processo di aziendalizzazione delle strutture ospedaliere - universitarie, ai sensi del Decreto Legislativo 21 dicembre 1999, n.517;
- l'adozione di provvedimenti che razionalizzino la rete ospedaliera, la spesa farmaceutica, la spesa per l'acquisto di beni e servizi, e la spesa per il personale dipendente e convenzionato con il Servizio Sanitario Regionale, nel rispetto dei Livelli Essenziali di Assistenza.

NOMINA DEL COMMISSARIO AD ACTA E PROGRAMMA OPERATIVO 2010

Nella riunione del **10 ottobre 2007**, nel corso della quale il Tavolo e il Comitato, congiuntamente riuniti, sulla base di quanto emerso hanno valutato, ai sensi e per gli effetti dell'articolo 4, comma 1, del decreto legge 1° ottobre 2007, n. 159, che per la Regione Lazio si prefigurava il mancato rispetto degli adempimenti previsti dal Piano di rientro, in relazione alla realizzabilità degli equilibri finanziari nella dimensione e nei tempi ivi programmati, in funzione degli interventi di risanamento, di riequilibrio economico-finanziario e di riorganizzazione del sistema sanitario regionale, anche sotto il profilo amministrativo e contabile, tale da mettere in pericolo la tutela dell'unità economica e dei livelli essenziali delle prestazioni.

Successivamente, il Presidente del Consiglio dei Ministri con propria **nota del 30 ottobre 2007**, non essendo stati raggiunti gli obiettivi prefissati, ha diffidato la Regione Lazio ad adottare, nei termini prescritti dalla citata legge, tutti gli atti normativi, amministrativi e gestionali che risultassero produttivi di effetti finanziari nel 2008 e idonei alla correzione strutturale della spesa per gli anni successivi.

A seguito della riunione del 1 luglio 2008, persistendo i presupposti riscontrati precedentemente, il Consiglio dei Ministri, con **Delibera del 11 luglio 2008 ha proceduto con la nomina del Presidente della Regione Piero Marrazzo, quale Commissario ad acta** per l'intero periodo di vigenza del Piano di Rientro.

Con successiva **delibera della Presidenza del Consiglio dei Ministri del 17.10.2008** è stato nominato quale sub commissario per l'attuazione del Piano di Rientro della Regione Lazio e affiancamento al Commissario ad acta il **dott. Mario Morlacco**.

In data 26 ottobre 2009 il Commissario ad acta della Regione Lazio Piero Marrazzo ha comunicato al Presidente del Consiglio di aver invitato il vice presidente della regione a sostituirlo nell'esercizio delle sue funzioni essendosi dimesso sia da Presidente della Regione Lazio sia da Commissario ad acta. In seguito a tale comunicazione il **Consiglio dei Ministri in data 28 ottobre 2009 ha nominato un nuovo Commissario ad acta nella persona del Prof. Elio Guzzanti**.

La Regione Lazio, , in conformità con quanto disposto dal "Patto per la Salute del 3 dicembre 2009, art. 13 comma 14, e art. 2 comma 88 della legge 23 dicembre 2009, n. 191" ha approvato con i Decreti del Commissario ad acta n. 49 del 31.05.2010 ed il successivo n. 63 del 14.07.2010 il **Programma Operativo 2010**, con il quale si intende dare prosecuzione al Piano di rientro 2007/2009 così specificato:

- Ridefinizione e contenimento della spesa per il personale con particolare riferimento al blocco del turn over, alla rideterminazione dei fondi per la contrattazione integrativa aziendale ed alla diminuzione delle posizioni organizzative.;
- Razionalizzazione della spesa per acquisto di beni e servizi con particolare riferimento alla realizzazione di un sistema centralizzato di acquisti, alla standardizzazione dei beni e dei servizi da acquisire, alla ottimizzazione della rete logistica e distributiva;
- Intervento sulla spesa farmaceutica convenzionata con prioritario riferimento alla revisione dell'accordo vigente con le farmacie convenzionate in materia di c.d. "distribuzione per conto", alle misure per l'incremento dell'appropriatezza prescrittiva e all'allargamento ulteriore delle forme di distribuzione diretta.;

- interventi sulla spesa farmaceutica ospedaliera;
- Definizione dei contratti con gli erogatori privati accreditati e ridefinizione delle relative tariffe;
- Stipula dei protocolli di intesa con le Università pubbliche e private, in coerenza con le iniziative di riordino delle modalità di finanziamento della didattica e della ricerca in programma dal Governo;
- Riassetto della rete ospedaliera con adeguati interventi per la dismissione/riconversione dei presidi non in grado di assicurare adeguati profili di efficienza e di efficacia e revoca/riconversione degli accreditamenti per le corrispondenti strutture private accreditate;
- Completamento del riassetto della rete laboratoristica e di assistenza specialistica ambulatoriale;
- Riequilibrio dell'offerta a favore delle strutture territoriali intermedie e dell'assistenza domiciliare;
- Introduzione di misure di compartecipazione.
- Approvazione del piano sanitario regionale in coerenza con il Piano di Rientro;
- Verifica dei provvedimenti regionali che presentino eventuali significative discordanze rispetto al parere preventivo di approvazione da parte dei Ministeri interessati d'attività di affiancamento;
- Altri interventi.

A seguito delle Elezioni Regionali del marzo 2010, con la **delibera della Presidenza del Consiglio dei Ministri del 23.04.2010**, è stato nominato **Commissario ad acta** per la prosecuzione Piano di Rientro dai disavanzi del settore sanitario della Regione, il **neo Presidente della Regione Lazio Renata Polverini**

NOMINA DEI NUOVI SUB COMMISSARI E PROGRAMMI OPERATIVI 2011-2012

La Regione Lazio ha trasmesso in data 31.12.2010 al Tavolo tecnico di monitoraggio il **Programma Operativo 2011-2012**: DCA 113/2010 del 31 dicembre 2010 contenente i seguenti programmi di carattere generale:

- Rete ospedaliera;
- Riqualficazione Assistenza territoriale;
- Prevenzione
- Assistenza farmaceutica
- Razionalizzazione gestione del personale
- Interventi di sistema
- Centrale Acquisti
- Definizione rapporti con le Università
- Manovre da bilancio regionale

Con delibera della **Presidenza del Consiglio dei Ministri del 3 marzo 2011**, e a seguito delle dimissioni del precedente sub commissario dott. Mario Morlacco, è stato nominato quale sub commissario per l'attuazione del Piano di Rientro della Regione Lazio e affiancamento al commissario ad acta il dott. **Giuseppe Antonio Spata**.

Con delibera del **Consiglio dei Ministri del 20 gennaio 2012** si è proceduto a rimodulare il mandato del Commissario ad acta (nominato con DCM 20.04.2010) e del sub commissario (nominato con DCM 3.3.2011), e contestualmente si è nominato, con decorrenza dal 1.2.2012, un nuovo sub commissario, Dott.Gianni Giorgi, definendo per entrambi i sub commissari specifici ambiti di competenza.

Nella riunione del tavolo di verifica del 3 aprile 2012, Tavolo e Comitato richiedono un nuovo Programma operativo per l'anno 2012 che ridefinendo quanto previsto dai precedenti programmi tenga conto delle osservazioni formulate dai Ministeri affiancanti al fine di indirizzare la gestione 2012, al tempo già iniziata, verso un percorso virtuoso di risanamento strutturale. La Regione Lazio, pur avendo predisposto un documento contenente l'attualizzazione dei Programmi Operativi 2012, non ha provveduto ad approvarlo con decreto commissariale essendo intervenute nel frattempo le dimissioni della Presidente Renata Polverini.

A seguito delle dimissioni della Presidente Polverini, il Consiglio dei Ministri con propria deliberazione del 16 ottobre 2012 ha conferito al Dr. Enrico Bondi l'incarico di commissario ad acta per l'attuazione del Piano di Rientro dai disavanzi del settore sanitario fino alla data di insediamento del nuovo Presidente della Giunta Regionale, confermando i contenuti del mandato commissariale già affidato alla Presidente pro-tempore della Regione Lazio con delibera del Consiglio dei Ministri del 20 gennaio 2012.

Successivamente, nella seduta del Consiglio dei Ministri del 7/01/2013, a seguito delle dimissioni del Dr. Enrico Bondi, è stato nominato quale Commissario ad Acta per la prosecuzione del Piano di Rientro dai disavanzi del settore sanitario il dott. Filippo Palumbo. Prima il Piano di Rientro 2007-2009, poi i Programmi Operativi 2010-2012, hanno tracciato un primo percorso finalizzato all'appropriato utilizzo delle risorse, al rientro dal disavanzo, con il necessario contenimento dei costi e adeguamento delle reti strutturali senza tuttavia raggiungere pienamente gli standard prefissati a livello nazionale.

Nel corso degli anni, dal 2007 al 2012 la Regione Lazio ha, infatti, conseguito i seguenti risultati:

Anno	Risultato di gestione strutturale(mln/€)	Risultato di gestione dopo le coperture(mln/€)
2012 *	- 780,00	7,00
2011	- 682,90	109,40
2010	- 991,40	159,30
2009	- 1.605,80	- 110,90
2008	- 1.693,30	- 186,40
2007	- 1.696,50	- 141,90

*Dato stimato dall'Advisor sulla base dei dati di II trimestre 2012, scontando gli effetti del dl 95/2012 tranne che per l'intervento sui tetti di spesa e l'intervento sui beni e servizi.

RISULTATI CONSEGUITI NELL'ULTIMO TRIENNIO

Negli ultimi tre anni la Regione Lazio ha adottato i seguenti atti programmatori e ha conseguito importanti risultati nei seguenti punti:

- attività programmatiche relative al riassetto della rete ospedaliera e territoriale e rientro nello standard complessivo di posti letto ospedalieri;
- rideterminazione dei fondi integrativi del personale per l'anno 2011 e attuazione del blocco del turn over conseguente alle specifiche disposizioni nazionali e decreti attuativi commissariali;
- avvio del percorso di accreditamento definitivo per le strutture di ricovero e ambulatoriali e avanzamento dello stesso;
- accordo pagamenti a partire dall'anno 2012 al fine di garantire regolarità, puntualità, trasparenza ed omogeneità di trattamento delle varie categorie di soggetti che intrattengono rapporti con il Sistema Sanitario Regionale;
- superamento degli adempimenti LEA per l'anno 2008-2009.

PUNTI DI ATTENZIONE

In relazione ai precedenti programmi operativi e alle verifiche trimestrali del Tavolo e Comitato, da ultima quella del 14 novembre 2012, si evidenziano le criticità da affrontare:

- Riorganizzazione della rete che dia evidenza di tutte le variazioni intervenute nella rete stessa, tenendo in considerazione le osservazioni ministeriali già espresse, nonché le disposizioni di cui al DL 95/2012, convertito in Legge 135/2012, e le indicazioni che perverranno a breve attraverso l'emanando regolamento sugli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera;
- in relazione ai rapporti con gli erogatori privati permanere la criticità nella governance complessiva del settore e nella gestione del contenzioso;
- debolezza dell'impianto sanzionatorio nei confronti dei DG, in particolare in relazione al blocco del turn over;
- piano analitico di mobilità che individui il personale in esubero, le modalità e le procedure di gestione dello stesso, secondo quanto già previsto dai Programmi Operativi in conseguenza dei processi di ristrutturazione in atto
- ritardo nel percorso di accreditamento definitivo;
- predisposizione linee guida atti aziendali;
- potenziamento flussi informativi che permettano valutazioni precise e tempestive a supporto delle decisioni di governo del SSR;
- stipula dei protocolli di intesa con le Università pubbliche e private;

PROGRAMMA OPERATIVO 2013-2015

Il presente Programma Operativo 2013-2015, ha lo scopo, da un lato, di adeguare il SSR all'evoluzione della normativa nazionale in atto; in particolare del D.L. 95/2012 e la Legge 24.12.2012 n° 228 (Legge di stabilità), dall'altro di individuare azioni e interventi strutturali che consentano di rientrare dal disavanzo nell'arco del triennio di riferimento.

Nel citato Programma vengono descritte le manovre, in coerenza con le linee guida ministeriali, da realizzarsi relativamente a:

1. Governance del PO
2. Attuazione del decreto legislativo n.118/2011
3. Certificabilità dei bilanci del SSR
4. Flussi informativi

5. Accreditamento
6. Contabilità analitica
7. Rapporti con gli erogatori
8. Formazione e comunicazione ai cittadini
9. Razionalizzazione spesa
10. Gestione del personale
11. Sanità pubblica
12. Sanità veterinaria e Sicurezza alimentare
13. Reti assistenziali per intensità di cure
14. Riequilibrio Ospedale – Territorio
15. Rete Emergenza – Urgenza
16. Sanità penitenziaria
17. Assistenza farmaceutica
18. Sicurezza e rischio clinico

Proposta PO 2013-2015
Copia

1.3 Tendenziali e programmatici 2013-2015

1.3.1. Scenario macro-economico di riferimento.

Al fine di individuare correttamente l'entità dell'azione di contenimento della spesa sanitaria, che la Regione Lazio si appresta a perseguire in attuazione dei presenti Programmi Operativi 2013-2015, è opportuno preliminarmente delineare il quadro macro-economico di riferimento, determinato dall'intervento di misure di governo e contenimento della spesa sanitaria in ambito nazionale. Si fa in particolare riferimento ai seguenti provvedimenti normativi:

- Decreto Legge 98/2011 "Disposizioni urgenti per la stabilizzazione finanziaria" così come convertito con legge 15/07/2011 n. 111;
- Decreto Legge 95/2012 "Disposizioni urgenti per la revisione della spesa pubblica con invarianza dei servizi ai cittadini", convertito con Legge 7/8/2012 n. 135;
- Legge 228/2012 "Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato" (Legge di stabilità 2013).

Valori in Mln di Euro		ITALIA			LAZIO		
D.L. 98/2011 - Conv. Legge 111/2011 (art. 17)		2012	2013	2014	2012	2013	2014
Prezzo di riferimento per dispositivi medici, farmaci anche ospedalieri, beni e servizi, prestazioni sanitarie, anche mediante l'avvio di un osservatorio prezzi nazionale		-	750,00	- 1.199,00	-	69,00	- 110,31
Interventi di contenimento della spesa farmaceutica ospedaliera a carico dell'industria		-	1.000,00	- 1.090,00	-	92,00	- 100,28
Introduzione dal 2013 di un tetto di spesa nazionale e regionale annuale sull'acquisto di dispositivi medici e di assistenza protesica		-	750,00	- 817,50	-	69,00	- 75,21
Nuove misure di compartecipazione alla spesa sanitaria (ticket) sulla farmaceutica e sulle altre prestazioni sanitarie ulteriori rispetto a quelle già attivate dalle Regioni		-	-	- 2.180,00	-	-	- 200,56
Manovre di contenimento della spesa per il personale di cui all'art. 16 della legge 111/2011		-	-	- 163,50	-	-	- 15,04
Totale Manovra DL 98/2011		-	2.500,00	- 5.450,00	-	230,00	- 501,40
D.L. 95/2012 - Conv. Legge 135/2012 (art. 15)		2012	2013	2014	2012	2013	2014
Rideterminazione del tetto 2012 al 13,1% e del tetto 2013 al 11,5%. Effetto complessivo manovra farmaceutica convenzionata		325,00	- 1.395,00	- 1.395,00	29,90	- 128,34	- 128,34
<i>Farmaceutica convenzionata aumento dello sconto farmacisti (dal 1,82% al 3,65%)</i>		- 90,00	- 190,00	190,00	- 8,28	- 17,48	17,48
<i>Farmaceutica Convenzionata aumento dello sconto industria (dal 1,83% al 6,5% solo per il restante periodo del 2012)</i>		- 235,00	-	-	- 21,62	-	-
<i>Farmaceutica Convenzionata PayBack</i>		-	- 1.205,00	- 1.205,00	-	- 110,86	- 110,86
Farmaceutica Ospedaliera - Modifica della lettera b) dell'art. 17 DI 98 2011		-	648,00	648,00	-	59,62	59,62
Subtotale Farmaceutica		325,00	- 747,00	- 747,00	29,90	- 68,72	- 68,72
Beni e Servizi - Riduzione del 5% appalti e forniture		- 505,00	- 463,00	- 393,00	- 46,46	- 42,60	- 36,16
Beni e Servizi - Riduzione Standard posti letto da 4 a 3,7 per mille abitanti		-	20,00	50,00	-	1,84	4,60
Beni e servizi - Ulteriore riduzione del tetto di spesa per dispositivi medici dal 5,2% al 4,9% 2013 e al 4,8% al 2014		-	400,00	500,00	-	36,80	46,00
Subtotale Beni e Servizi		- 505,00	- 883,00	- 943,00	- 46,46	- 81,24	- 86,76
Erogatori Privati Accreditati - Contenimento della remunerazione a funzione		-	30,00	30,00	-	2,76	2,76
Erogatori Privati Accreditati Riduzione dello 0,5% per il 2012, del 1% per il 2013 e del 2% per il 2014 degli importi dei contratti di acquisto delle prestazioni di assistenza specialistica e ospedaliera		- 70,00	- 140,00	- 280,00	- 6,44	- 12,88	- 25,76
Subtotale Erogatori privati accreditati		- 70,00	- 170,00	- 310,00	- 6,44	- 15,64	- 28,52
Totale Manovra DL 95/2012		- 900,00	- 1.800,00	- 2.000,00	- 82,80	- 165,60	- 184,00
Legge 228/2012 (Legge di Stabilità 2013)		2012	2013	2014	2012	2013	2014
		-	600,00	- 1.000,00	-	55,20	- 92,00
Totale Legge 228/2012		-	600,00	- 1.000,00	-	55,20	- 92,00
Totale Manovre di contenimento settore sanitario		- 900,00	- 4.900,00	- 8.450,00	- 82,80	- 450,80	- 777,40

Considerando l'evoluzione dell'entità del finanziamento sanitario nazionale, così come previsto nel DPEF, e la quota ordinaria di accesso della Regione Lazio allo stesso, pari al 9,2%, si ottiene una stima prospettica del Finanziamento sanitario regionale.

Valori in Mln di Euro	ITALIA			LAZIO		
	2012	2013	2014	2012	2013	2014
Fondo Sanitario						
Finanziamento Complessivo Pre-Manovre	108.780,00	111.794,00	116.236,00	10.007,76	10.285,05	10.693,71
Manovre DL 98/2011 + DL 95/2012 + Legge 228/2012	- 900,00	- 4.900,00	- 8.450,00	- 82,80	- 450,80	- 777,40
Fondo Residuo dopo manovre	107.880,00	106.894,00	107.786,00	9.924,96	9.834,25	9.916,31

Con riferimento al suddetto quadro economico, la Regione dovrà pertanto programmare nel triennio in divenire, interventi di contenimento della spesa, tesi a:

1. Proseguire nell'azione di governo, al fine di perseguire l'equilibrio economico, completando il recupero del Disavanzo Strutturale;
2. Riassorbire la deriva inflazionistica dei costi operativi di gestione, recuperandone l'espansione in assenza del necessario maggior finanziamento nazionale;
3. Proseguire nell'azione di risanamento dei conti recuperando anche, nell'anno 2013, una riduzione reale del finanziamento sanitario (FSR), in decremento rispetto all'anno 2012, per circa 90 mln di Euro.

Proposta PO 2013-2015

1.3.2 Tendenziale 2013-2015

Lo schema seguente illustra lo schema sintetico gestionale dei Conti Economici al IV Trimestre 2012 e Tendenziali 2013-2015.

Il Tendenziale 2013-2015 è stato costruito sulla base dei dati e/o informazioni che seguono:

- Conti Economici NSIS degli anni 2008-2011;
- Risultato economico al IV Trimestre 2012;
- Evidenze emerse durante gli incontri con le Aziende Sanitarie del SSR (di seguito Aziende), e analisi della documentazione prodotta dalle Aziende finalizzata all'approfondimento dei dati economici contabilizzati nel CE IV Trimestre 2012;
- Stima del fenomeno inflattivo mediante Indice del Prezzo al Consumo (IPC) registrato nel corso dell'anno 2012 pari al 3,0%¹.

Dal momento che il Conto Economico Tendenziale nasce come sovrapposizione di diversi effetti, nel presente paragrafo verrà indicata per ciascuna annualità:

- Stima del **CE Tendenziale T1** costruito a partire dalle ipotesi sui trend storici delle voci di ricavo e costo indipendentemente dalle recenti disposizioni normative nazionali (DL 98/2011, L 135/2012, L 228/2012). Si è reputato opportuno, tuttavia, conteggiare gli effetti della recente normativa nazionale sui Contributi FSR;
- Stima del **CE Tendenziale T2**, costruito applicando ai valori di tendenziale T1 i correttivi (laddove valorizzabili) legati agli effetti economici delle misure nazionali che trovano diretta applicazione (senza decreti attuativi regionali);
- Stima del **CE Tendenziale T3– attuazione manovre nazionali**, costruito applicando ai valori di tendenziale T2 i correttivi (laddove valorizzabili) legati agli effetti economici delle misure previste dalle disposizioni normative nazionali (DL 98/2011, L 135/2012, L 228/2012) la cui attuazione richiede tuttavia l'adozione di atti e azioni attuative a livello regionale.

Il valore a CE Tendenziale T3 include, quindi, la somma di tutti e 3 fenomeni (andamento storico e correttivi della normativa nazionale) e rappresenta la base cui applicare gli effetti delle manovre regionali ai fini della determinazione del risultato economico programmatico.

¹ Fonte Istat, IPC per l'anno 2012 (Media annuale a dicembre 2012).

CONTO ECONOMICO Tendenziale 2013-2015										
	2012 (S)	T1 2013 (F)	T2 2013 (F)	T3 2013 (F)	T1 2014 (F)	T2 2014 (F)	T3 2014 (F)	T1 2015 (F)	T2 2015 (F)	T3 2015 (F)
Contributi F.S.R.	9.927.365	9.830.488	9.830.488	9.830.488	9.912.344	9.912.344	9.912.344	9.903.167	9.903.167	9.903.167
Saldo Mobilità	-111.721	- 129.105	- 129.105	-129.105	- 134.105	- 134.105	- 134.105	- 134.105	- 134.105	- 134.105
Entrate Proprie	529.932	471.792	471.792	483.792	471.792	656.792	672.792	471.792	656.792	672.792
Saldo Intramoenia	26.524	26.524	26.524	26.524	26.524	26.524	26.524	26.524	26.524	26.524
Rettifica Contributi c/esercizio per investimenti	-322	-	-	0	-	-	-	-	-	-
Saldo per quote inutilizzate contributi vincolati	-65.422	-	-	0	-	-	-	-	-	-
Totale Ricavi Netti (A)	10.306.356	10.199.699	10.199.699	10.211.699	10.276.555	10.461.555	10.477.555	10.267.378	10.452.378	10.468.378
Personale	2.958.981	2.958.981	2.958.981	2.958.981	2.958.981	2.958.981	2.958.981	2.958.981	2.958.981	2.958.981
Prodotti Farmaceutici ed Emoderivati	765.930	787.524	787.524	787.524	802.459	802.459	802.459	817.775	817.775	817.775
Altri Beni e Servizi	2.092.021	2.149.285	2.149.285	2.077.585	2.208.268	2.208.268	2.127.068	2.269.020	2.269.020	2.187.820
Ammortamenti e Costi Capitalizzati	76.754	101.296	101.296	101.296	126.479	126.479	126.479	128.845	128.845	128.845
Accantonamenti	254.215	233.858	233.858	233.858	233.858	233.858	233.858	233.858	233.858	233.858
Variazione Rimanenze	8.461	-	-	0	-	-	-	-	-	-
Totale Costi Interni (B)	6.156.362	6.230.944	6.230.944	6.159.244	6.330.045	6.330.045	6.248.845	6.408.479	6.408.479	6.327.279
Medicina Di Base	614.626	614.626	614.626	614.626	614.626	614.626	614.626	614.626	614.626	614.626
Farmaceutica Convenzionata	983.085	955.066	951.066	951.066	937.093	933.093	933.093	919.399	915.399	915.399
Prestazioni da Privato - Ospedaliera	1.303.882	1.280.832	1.280.832	1.263.313	1.280.832	1.280.832	1.250.376	1.280.832	1.280.832	1.250.376
Prestazioni da Privato - Ambulatoriale	514.376	512.146	512.146	507.534	512.146	512.146	504.479	512.146	512.146	504.479
Prestazioni da Privato - Riabilitazione Extra Osp	211.071	211.150	211.150	211.150	211.150	211.150	211.150	211.150	211.150	211.150
Altre Prestazioni da Privato	791.733	809.849	809.849	809.849	819.667	819.667	819.667	829.780	829.780	829.780
Prestazioni da Privato	2.821.062	2.813.977	2.813.977	2.791.846	2.823.795	2.823.795	2.785.672	2.833.907	2.833.907	2.795.785
Totale Costi Esterni (C)	4.418.773	4.383.669	4.379.669	4.357.538	4.375.514	4.371.514	4.333.391	4.367.932	4.363.932	4.325.810
Totale Costi Operativi D=(B+C)	10.575.135	10.614.613	10.610.613	10.516.783	10.705.558	10.701.558	10.582.236	10.776.411	10.772.411	10.653.089
Margine Operativo E=(A-D)	-268.779	- 414.915	- 410.915	-305.084	- 429.003	- 240.003	- 104.680	- 509.033	- 320.033	- 184.711
Svalutazione Immob., Cred., Rival. e Svalut. Fin.	0	-	-	0	-	-	-	-	-	-
Saldo Gestione Finanziaria	118.713	153.285	153.285	153.285	153.285	153.285	153.285	153.285	153.285	153.285
Oneri Fiscali	226.396	226.396	226.396	226.396	226.396	226.396	226.396	226.396	226.396	226.396
Saldo Gestione Straordinaria	22.386	22.386	22.386	22.386	22.386	22.386	22.386	22.386	22.386	22.386
Totale Comp. Finanziarie e Straordinarie (F)	367.495	402.067	402.067	402.067	402.067	402.067	402.067	402.067	402.067	402.067
Risultato Economico (E-F)	-636.274	- 816.982	- 812.982	-707.151	- 831.070	- 642.070	- 506.747	- 911.100	- 722.100	- 586.778

RICAVI

CONTRIBUTI FSR

T1. La stima dei contributi FSR per l'anno 2013-2015 è stata calcolata considerando la sovrapposizione degli effetti del DL 98/11 (art.17, comma 1), della L 135/2012 (art. 15, comma 22) e L228/2012 (art. 15, comma 22).

Per la ripartizione del Fondo Sanitario Nazionale a valle delle riduzioni previste dalla *spending review* (1.800€/mln per l'anno 2013, 2.000€/mln per l'anno 2014 e 2.100€/mln per l'anno 2015) e dalla legge di stabilità (ulteriori 600€/mln per l'anno 2013, ulteriori 1.000€/mln per l'anno sia 2014 sia 2015), si è utilizzata la quota di accesso al Fondo Sanitario Nazionale della Regione Lazio come da ultimo riparto (9,2%) coerentemente con quanto comunicato dalla Direzione Bilancio.

In assenza di indicazioni sulla crescita del Fondo Sanitario Nazionale nel 2015, cautelativamente tale valore è stato ottenuto decurtando gli ulteriori 100€/mln di manovra di riduzione del finanziamento previsto dalla L135/2015 al FSN 2014.

Andamento FSR					
€/mIn	2011	2012	2013	2014	2015*
Fondo Sanitario Nazionale	106.905	107.880	106.824	107.716	107.616
Quota di accesso Regione Lazio		9,2%	9,2%	9,2%	9,2%
Stima FSR	9.900	9.803	9.885	9.876	9.876
Entrate Proprie Convenzionali (-)	-	162	162	162	162
Obiettivi di Piano e penitenziaria (+)		152	152	152	152
Finanziamento Medicina Penitenziaria (+)		17	17	17	17
Ulteriori risorse (+)		20	20	20	20
Totale risorse assegnate Regione Lazio		9.927	9.830	9.912	9.903

Le stime non includono gli effetti di rideterminazione del riparto connessi alla verifica della popolazione residente da Censimento 2011.

Si segnala che la quota parte dei Contributi FSR vincolati è posta pari a **190,2 €/mln** secondo la composizione indicata in tabella.

Importi in €/000	
Obiettivi di Piano 2012	151.879
Finanziamento per la medicina penitenziaria art.2 comma 283 lettera c) legge 224/07 (Stima)	17.181
Ulteriori Risorse: Fibrosi Cistica, Fondo Esclusività, Borse MMG, AIDS	14.996
Emersione extracomunitari (art.1-ter, comma 17 della L.103/2009)	5.306
Finanziamento per la medicina penitenziaria (D.Lgs. 230/99)	782
Finanziamento Hanseniani (L. 31/86)	24
Totale - Contributi FSR vincolati	190.167

Complessivamente, rispetto all'entità dei Contributi FSR al IV Trim 2012 si prevede una riduzione della voce di 96,9€/mln per il 2013, 15€/mln per il 2014 e di 24,2€/mln per il 2015.

SALDO MOBILITÀ EXTRA-REGIONALE IN COMPENSAZIONE

T1. Il Saldo di mobilità in compensazione extraregionale per gli anni 2013-2015 è stato posto pari al valore definito con DCA 101 del 18.06.2012 (- 119 €/mln), prevedendo un fattore peggiorativo per tenere traccia del trend negativo del saldo rilevato negli ultimi anni (ca -8 €/mln tra 2011 e 2012).

Complessivamente, rispetto all'entità del Saldo di Mobilità al IV Trim 2012 si prevede una riduzione della voce di -17 €/mln per il 2013, -22 €/mln per il 2014.

ENTRATE PROPRIE

Ulteriori trasferimenti pubblici

T1. La voce prevede, coerentemente a quanto rilevato nel 2011, contributi regionali extra fondo per ca 103 €/mln, contributi da altri soggetti pubblici (extra fondo) - Legge 210/92 per ca 19 €/mln e contributi assegnati da altri soggetti per ca 27 €/mln.

Relativamente ai contributi regionali extrafondo di seguito si riporta il dettaglio stimato:

- **Sterilizzazione interessi impliciti operazione SAN.IM per ca 60,9 €/mln.**
- **Contributi a carico del Dipartimento Sociale per Soggiorni Estivi e Trasporti relativi alla assistenza Riabilitativa ex art.26 e programma umanitario 2010 per Soggiorni Estivi e Trasporti, per ca 22,7 €/mln.**
- **Contributi a carico del Dipartimento Sociale per prodotti ipoproteici per persone affette da insufficienza renale cronica, per ca 3,8 €/mln.**
- **Ulteriori contributi regionali extrafondo stimati in circa 16 €/mln (HPV, Interventi sostegno dei servizi del DSM, Attività di Prevenzione e Vigilanza Infortuni sul lavoro, Finanziamento per consultori, Cure palliative e Terapia del Dolore, ecc).**

Per la stima del valore tendenziale, non è stato utilizzato il dato del CE IV trim 2012 in quanto è in corso un approfondimento delle voci rilevate dalle aziende, anche, al fine di tener conto di eventuali effetti *una tantum* inerente alla rilevazione da parte delle aziende dei risconti passivi 2011 e successivo accantonamento per quote inutilizzate di contributi vincolati.

La voce è stata quindi posta pari a 149,5€/mln sul triennio, in riduzione di ca 34,7€/mln rispetto al valore al IV Trimestre 2012.

Ticket

T1. Alla voce "Ticket" è stato inserito un valore pari a **144,7 €/mln**, pari al valore relativo al CE IV Trimestre 2012.

ULTERIORI CORRETTIVI

T2. L'art. 17 del DL 98/2011 convertito con legge di modificazione 111/2011, prevede a partire dall'anno 2014, l'introduzione, a livello nazionale, di nuove manovre di compartecipazione alla spesa sanitaria per prestazioni farmaceutiche e per altre prestazioni. Ipotizzando una quota di accesso al Fondo Sanitario Nazionale prudenzialmente pari al 9,2%, si ipotizza un gettito aggiuntivo per la Regione Lazio nell'ordine di **185€/mln per l'anno 2014**. Per i dettagli, si rimanda all'intervento 20.2.

T3. Considerando che il gettito richiesto dal Decreto Interministeriale del 26 luglio 2011, risulta per la Regione Lazio pari a 95,2 mln e che il gettito reale assicurato dall'attuale modello di compartecipazione alla spesa per le prestazioni di specialistica ambulatoriale per l'anno 2012 è risultato pari a 80,4 mln, l'intervento 20.1 propone la rimodulazione della compartecipazione per garantire almeno il conseguimento del gettito preventivato dal Decreto Interministeriale del 26 luglio 2011, **con un incremento rispetto al gettito 2012 di circa 12€/mln nel 2013 e di circa 16€/mln nel 2014**. Si rimanda alla sezione "Programma 20" per gli ulteriori programmi.

Complessivamente, si prevede un incremento rispetto al valore al IV Trimestre 2012 pari a 12€/mln nel 2013 e pari a 201€/mln nel 2014.

Altre entrate

T1. Alla voce "Altre entrate proprie" è stato inserito un valore pari a **177 €/mln**, pari al valore relativo al CE IV Trimestre 2012 ridotto di ca 16€/mln per tenere conto dell'effetto *una tantum* registrato nel 2012 per il payback di cui all'art 15, comma 2c, e ridotto di ca 8 €/mln per tenere conto dell'effetto *una tantum* inerente alla rilevazione da parte delle aziende dei

risconti passivi 2011 e successivo accantonamento per quote inutilizzate di contributi vincolati.

SALDO INTRAMOENIA

T1. Viene stimato un valore tendenziale di circa **26,5 €/mln** pari al valore del IV Trimestre 2012.

RETTIFICA CONTRIBUTI C/ESERCIZIO PER DESTINAZIONE AD INVESTIMENTI

T1. Il valore a tendenziale è stato posto pari a 0 coerentemente a quanto disposto dalla circolare del 28/01/2013 del Ministero della Salute di concerto con il Ministero dell'Economia e delle Finanze prevede, in applicazione di quanto disposto dalla L.228/2012, art. 1 comma 36. Si precisa che il valore rilevato nel CE IV Trimestre 2012 attualmente è popolato con refusi di contabilizzazione (per ca 300k€) e dovrà convergere a 0 in sede di consuntivo 2012.

SALDO PER QUOTE INUTILIZZATE CONTRIBUTI VINCOLATI

T1. L'importo a tendenziale è posto pari a 0, nell'ipotesi che dal 2013 (coerentemente con le disposizioni del D.Lgs 118/2011) i contributi siano assegnati alle Aziende nell'anno di competenza. Inoltre, per l'anno 2013 si ipotizza che le Aziende procedano ad accantonare quote inutilizzate di contributi vincolati pari al valore che la GSA dovrà accantonare in sede di consuntivo 2012 per tenere traccia delle quote di contributo da fondo vincolato non assegnate alle Aziende in corso d'anno.

COSTI INTERNI

PERSONALE

T1. La voce "Personale" per gli anni 2013-2015 è stata posta pari al valore al IV Trimestre 2012 (**2.959€/mln**). Per la stima degli effetti del blocco del turn-over si rimanda al "Programma 10 - Gestione del Personale". Si precisa che il valore tendenziale presuppone l'invarianza dei contratti nazionali vigenti (inclusi gli eventuali incrementi stipendiali connessi ai rinnovi contrattuali).

PRODOTTI FARMACEUTICI ED EMODERIVATI

T1. Per la stima della voce "Prodotti Farmaceutici" è stata applicata al dato al IV Trimestre 2012 la crescita percentuale registrata tra il 2011 ed il 2012 (2,6%). Tale effetto tiene conto anche del mantenimento della Distribuzione in nome e per conto di cui ai farmaci del PHT rispetto al 2012 (per un valore complessivo di ca **203€/mln**) e del conseguente incremento della spesa farmaceutica ospedaliera.

Complessivamente, rispetto all'entità della voce "Prodotti Farmaceutici" al IV Trim 2012 si prevede un incremento dei costi per 21,6€/mln per il 2013, 36,5€/mln per il 2014 e 51,8€/mln per il 2015.

ALTRI BENI E SERVIZI

T1. La somma delle proiezioni delle singole voci di CE che compongono l'aggregato "Altri Beni e Servizi" porta ad una stima pari a 2.149,3€/mln nel 2013 (+57,2€/mln rispetto al IV trimestre 2012), 2.208,3€/mln nel 2014 (+116,2€/mln rispetto al IV trimestre 2012) e 2.269€/mln nel 2013 (+177€/mln rispetto al IV trimestre 2012).

La stima del valore a CE Tendenziale per l'aggregato è stata calcolata applicando l'Indice dei Prezzi al Consumo (media annua 2012) pari al 3,0%, ad eccezione delle voci "Consulenze sanitarie e non" e "Rimborsi, Assegni e Contributi", per le quali è stato stimato un valore pari al CE IV Trim 2012.

ULTERIORI CORRETTIVI

T3. Per effetto delle misure di cui all'intervento "9.4 - Riorganizzazione e potenziamento dei sistemi di controllo e monitoraggio della spesa sanitaria in termini di prezzi e quantità ai sensi della normativa vigente" si stima una manovra di 14,5€/mln sull'anno 2013 e una manovra ulteriore di 9,5€/mln sull'anno 2014 dalle analisi sui prezzi di riferimento di cui alla L 135/2012.

In aggiunta, l'intervento "9.5 – Attuazione della normativa nazionale in materia di beni e servizi" prevede la riduzione pari al 10%, relativamente ai contratti per servizi appaltati e beni non sanitari stipulati dalle Aziende stesse, tramite la rinegoziazione dell'importo contrattualizzato (coerentemente con quanto stabilito dalla Legge di Stabilità 2013) per una manovra da realizzarsi già nel 2013 per 57,2€/mln.

L'effetto complessivo sull'aggregato "Altri Beni e Servizi" derivante dalla sovrapposizione della crescita tendenziale della voce e dei correttivi introdotti dalla normativa nazionale determina, rispetto al IV Trimestre 2012, una riduzione della voce per 14,4€/mln nel 2013 e un incremento della voce per 35€/mln nel 2014 e per 95,8€/mln nel 2015.

Ammortamenti e Costi Capitalizzati

T1. La circolare del 28/01/2013 del Ministero della Salute di concerto con il Ministero dell'Economia e delle Finanze prevede, in applicazione di quanto disposto dalla L.228/2012, art. 1 comma 36 l'introduzione di nuove modalità di contabilizzazione degli ammortamenti in conto esercizio. In assenza di una ricognizione regionale conclusiva sul 2012, e delle previsioni aziendali 2013, 2014 e 2015 degli investimenti effettuati / da effettuarsi in conto esercizio, la stima dell'impatto economico risulta di difficile determinazione.

Tuttavia, è stato previsto un fattore correttivo peggiorativo rispetto al IV Trimestre 2012 pari a 24,5€/mln nel 2013, 49,7€/mln nel 2014 e 52€/mln nel 2015.

Tale fattore correttivo è stato stimato ipotizzando un ammontare di investimenti mediante contributi in conto esercizio pari a 60€/mln per ciascun anno dal 2013 al 2015 e applicando le percentuali di ammortamento previste da L 228/2012. In aggiunta, è stata stimata la percentuale di cessazione degli ammortamenti pre-esistenti al 2011 secondo quanto riportato in tabella.

	Anno 2013	Anno 2014	An
A= a1+a2	61.296	50.479	
Ammortamenti e costi capitalizzati rilevati nel CE Consuntivo 2011:			
a1 Ammortamenti e Costi Capitalizzati - Valore CE Consuntivo 2011	72.113	72.113	
a2 Riduzione per immobilizzazioni il cui periodo di ammortamento è terminato*	-10.817	-21.634	
B= b1+b2+b3+b4	40.000	76.000	
Incremento degli ammortamenti per cespiti finanziati con risorse correnti 2012-2013-2014-2015:			
b1 Ammortamento al 20% per Cespiti acquistati con contributi c/esercizio 2012 (valore totale ca 80 €/mln) **	16.000	16.000	
b2 Ammortamento al 40% per Cespiti acquistati con contributi c/esercizio 2013 (valore totale ca 60 €/mln) **	24.000	24.000	
b3 Ammortamento al 60% per Cespiti acquistati con contributi c/esercizio 2014 (valore totale ca 60 €/mln) **		36.000	
b4 Ammortamento al 80% per Cespiti acquistati con contributi c/esercizio 2015 (valore totale ca 60 €/mln) **			
A+B	101.296	126.479	
Ammortamenti e Costi Capitalizzati - Stima tendenziale			

* in assenza di informazioni gestionali si è proceduto a stimare i valori con le seguenti % di riduzione rispetto quanto rilevato nel CE Consuntivo 2011: 2013 - 15%; 2014 -30%; 2015 -45%
 ** con nota regionale, prot. n. 217121 del 22.11.2012, è stato imposto alle Aziende del SSR l'interruzione immediata di ogni investimento non finanziato e imputato su spesa corrente. Inoltre l'ufficio regionale competente ha effettuato una ricognizione degli investimenti 2012 finanziati dalle Aziende del SSR con risorse correnti quantificandoli in ca. 80 €/mln. Per sulla base delle informazioni disponibili è stato ipotizzato per gli anni 2013-2015 un incremento annuo di cespiti finanziati con risorse correnti di ca 60 €/mln.

Accantonamenti

T1. La voce è posta pari a 233,8€/mln, inferiore di 20,4€/mln rispetto al IV Trimestre 2012 per evitare double-counting sugli accantonamenti per prestazioni da privato, conteggiate ai fini delle stime tendenziali nella sezione specifica di costo (si veda relativo paragrafo). Si precisa che il valore tendenziale presuppone l'invarianza dei contratti nazionali vigenti (inclusi gli eventuali incrementi stipendiali connessi ai rinnovi contrattuali).

Variazione delle Rimanenze

T1. Tale voce non viene valorizzata, in quanto ricondotta nelle stime del tendenziale nelle voci di conto economico dei prodotti farmaceutici ed emoderivati, beni sanitari e non.

COSTI ESTERNI

Medicina di base

T1. Tale voce viene mantenuta costante rispetto al CE IV Trimestre 2012 (614,6€/mln).

Farmaceutica convenzionata

T1. Per la stima della voce "Farmaceutica convenzionata" è stata applicata al dato del CE IV Trimestre 2012 il CAGR 2008-2012, corretta un fattore cautelativo (-1,6%). Tale effetto tiene conto anche del mantenimento della Distribuzione in nome e per conto di cui ai farmaci del PHT e del conseguente incremento della spesa farmaceutica ospedaliera rilevato nel 2012, nonché della rettifica di 9,7€/mln per ricondurre la spesa contabilizzata a quanto rilevato invece dal flusso delle DCR.

ULTERIORI CORRETTIVI

T2. Per effetto delle disposizioni di cui all'art 15, comma 2c della L 135/2012 l'incremento dello sconto applicato alle farmacie da luglio a dicembre 2012 ha determinato una riduzione della spesa per 4.000€/mln. Per il 2013, si stima la messa a regime delle entrate conseguenti tale misura.

Complessivamente, la spesa per farmaceutica convenzionata si riduce rispetto al IV Trimestre 2012 di 32€/mln nel 2013, di 50€/mln nel 2014 e di 67,7€/mln nel 2015.

L'effetto, invece, sull'aggregato "Farmaceutica" è di sostanziale invarianza tra la spesa 2015 e la spesa al IV Trimestre 2012.

Prestazioni da privato

Ospedaliera

T1. Il valore a tendenziale per l'acquisto di prestazioni ospedaliere da privato è stato posto pari ai tetti 2012 (1307,9€/mln inclusi le funzioni ed il neonato sano), cui è stato sommato il valore degli importi 2012 accantonati per le riconversioni (per un totale di 12,9€/mln) e dell'effetto delle manovre di controllo dell'appropriatezza delle prestazioni (-40€/mln), descritte più approfonditamente nell'intervento 7.4 e 7.5. La sovrapposizione dei due correttivi determina un importo inferiore per 23€/mln rispetto al valore al IV Trim 2012.

L'importo per gli accantonamenti tuttora in istruttoria (pari a 9,7€/mln) è invece considerato nella voce accantonamenti.

ULTERIORI CORRETTIVI

T3. Per effetto delle misure di cui all'Azione "7.7.1- Individuazione dei volumi e dei relativi tetti di spesa per tutte le tipologie assistenziali coerentemente con quanto disposto dal DL 95/2012" i tetti delle prestazioni ospedaliere da privato (ad eccezione del neonato sano) sono rideterminati in diminuzione rispetto al dato Consuntivo 2011 di -1% nel 2013 e del 2% nel 2014, secondo l'algoritmo già descritto nel DCA 349/2012. Pertanto, tenendo conto anche degli effetti di recupero di appropriatezza dell'intervento 7.4 e 7.5, il valore della voce è rideterminato in 1.263,3€/mln per il 2013 e in 1.250,3 per il 2014 (inclusivo di funzioni e neonato sano, stimato al IV trimestre). La stima a tendenziale non include gli effetti delle eventuali ulteriori riconversioni per l'anno 2013 e 2014 (importi accantonati per ca 10,5€/mln).

Tetti ospedaliera					
€/1000					
	IV Trim 2012	2013		2014	
		T1	T3	T1	T3
Tetti Acuti		868.076	863.736	868.076	855.099
.. Di cui accantonamenti per budget decretati		6.908		6.908	
Tetti riabilitazione		223.244	211.165	223.244	209.053
.. Di cui accantonamenti per budget decretati		4.119		4.119	
Tetti lungodegenza		32.474	32.311	32.474	31.988
.. Di cui accantonamenti per budget decretati		1.874		1.874	
Funzioni		187.397	186.460	187.397	184.595
Neonato sano		9.641	9.641	9.641	9.641
Totale tetti		1.320.832	1.303.313	1.320.832	1.290.376
Manovra appropriatezza		40.000	40.000	40.000	40.000
Tetti netto appropriatezza*	1.303.882	1.280.832	1.263.313	1.280.832	1.250.376
Altri accantonamenti**	17.142	9.720	9.720	9.720	9.720

* Per il IV Trim 2012 indica il valore iscritto a CE

** Per il IV Trim 2012 indica il valore iscritto a CE. Per gli anni 2013-2014, l'incremento degli accantonamenti a 10,5€/mln per il 2013 e a 10,4€/mln nel 2014 è calcolato tra le manovre regionali in quanto conseguente al percorso di riconversione

Complessivamente, la spesa per prestazioni ospedaliere da privato si riduce rispetto al IV Trimestre 2012 di 40,6€/mln nel 2013 e di 53,5€/mln nel 2014.

Ambulatoriale

T1. Il valore a tendenziale per l'acquisto di prestazioni di specialistica ambulatoriale da privato è stato posto pari ai tetti 2012 (385€/mln comprensivi di dialisi e pronto soccorso e al netto della quota fissa, stimati al IV trimestre) al quale è stato sommato il valore degli importi 2012 accantonati per le riconversioni (4,7€/mln). La spesa a tendenziale per la specialistica ambulatoriale è quindi pari a 389,7€/mln inferiore per 2,2€/mln al valore registrato per il IV trimestre. La spese invece per SUMAI è posta pari al IV trimestre 2012.

ULTERIORI CORRETTIVI

T3. Per effetto delle misure di cui all'Azione "7.7.1- Individuazione dei volumi e dei relativi tetti di spesa per tutte le tipologie assistenziali coerentemente con quanto disposto dal DL 95/2012" i tetti delle prestazioni di specialistica da privato sono rideterminati in diminuzione rispetto al dato Consuntivo 2011 di -1% nel 2013 e del 2% nel 2014. Secondo l'algoritmo già descritto nel DCA 348/2012. Pertanto, il valore dei tetti 2013 è rideterminato in 385,1€/mln per il 2013 ed in 382,1€/mln per il 2014. A tendenziale non sono, invece, inclusi gli effetti delle eventuali ulteriori riconversioni per l'anno 2013 e 2014 (ca 8,4€/mln).

Tetti specialistica ambulatoriale					
€/1000					
	IV Trim 2012	2013		2014	
		T1	T3	T1	T3
Tetti Specialistica		243.102	239.586	243.102	237.190
.. Di cui accantonamenti		3.744		3.744	
Tetti RMN		32.848	32.022	32.848	31.702
.. Di cui accantonamenti		754		754	
Tetti APA+PAC		34.195	33.925	34.195	33.586
.. Di cui accantonamenti		264		264	
Dialisi (IV Trim 2012)		58.568	58.568	58.568	58.568
Pronto Soccorso (IV Trim 2012)		46.904	46.904	46.904	46.904
Quota fissa (IV Trim 2012)		25.846	25.846	25.846	25.846
Totale tetti*	392.001	389.771	385.158	389.771	382.103
Altri accantonamenti**	4.236	-	-	-	-

* Per il IV Trim 2012 indica il valore iscritto a CE

** Per il IV Trim 2012 indica il valore iscritto a CE. Per gli anni 2013-2014, l'incremento degli accantonamenti a 8,4€/mln per il 2013 e a 8,3€/mln nel 2014 è calcolato tra le manovre regionali in quanto conseguente al percorso di riconversione

Complessivamente, la spesa per prestazioni di specialistica ambulatoriale da privato si riduce rispetto al IV Trimestre 2012 di 6,8€/mln nel 2013 e di 9,9€/mln nel 2014.

Riabilitazione ex art 26

T1. Tale voce viene mantenuta costante rispetto al IV Trimestre 2012 aumentato di 0,079€/mln per tenere conto della messa a regime della riconversione di una struttura (per un importo complessivo di 211,2€/mln).

Altre prestazioni da privato

T1. Si prevede una crescita annua del 3,0% (Indice dei Prezzi al Consumo - media annua 2012), ad eccezione delle voci relative alle prestazioni di "Assistenza psichiatrica", "File F" e "Prestazioni Socio-Sanitarie" per cui è stato considerato il valore di spesa al IV Trimestre 2012 (a tal fine per il File F è stato inserito un correttivo di 6,8€/mln per tenere conto della minore contabilizzazione osservata nei CE Aziendali rispetto ai dati gestionali disponibili, mentre il valore delle "Prestazioni Socio-Sanitarie" è stato integrato di 1,8€/mln per tenere conto della messa a regime della riconversione di una struttura).

Complessivamente, l'aggregato "Altre prestazioni da privato" registra rispetto al IV Trimestre 2012 un incremento di 18,1€/mln nel 2013, di 27,9€/mln nel 2014 e di 38€/mln nel 2015.

COMPONENTI FINANZIARIE E STRAORDINARIE

SVALUTAZIONE CREDITI, RIVALUTAZIONI E SVALUTAZIONI FINANZIARIE

T1. La voce "Svalutazione crediti, Rivalutazioni e Svalutazioni finanziarie" viene stimata pari a zero.

SALDO DELLA GESTIONE FINANZIARIA

T1. La voce "Saldo Gestione Finanziaria" è stata stimata ad un valore pari a **153,3 €/mln**, ovvero pari al valore del DCA 113/2011 previsto per l'anno 2012. (ultima stima regionale disponibile).

ONERI FISCALI

T1. Tale voce, coerentemente a quanto rilevato per il personale, viene mantenuta costante rispetto al IV Trimestre 2012 (226,4€/mln).

GESTIONE STRAORDINARIA

T1. Tale voce non essendo prevedibile, prudenzialmente, viene mantenuta costante rispetto al IV Trimestre 2012 (22,4€/mln).

2. Area: Governo del Sistema

Programma 1: Governance del PO

Il programma, come indicato dalle linee guida ministeriali, persegue le seguenti finalità:

- individuazione della struttura regionale che sovrintende all'attuazione dell'intero Programma Operativo con specificazione delle strutture ad essa subordinate (se commissariata le modalità di coordinamento delle strutture regionali con la struttura commissariale responsabile dell'attuazione del Programma Operativo);
- azioni di potenziamento dell'attività di monitoraggio del Programma Operativo;
- azioni volte a favorire una più stringente attività di supporto alla struttura che sovrintende all'attuazione dell'intero Programma Operativo da parte di enti strumentali della regione per il Servizio sanitario regionale;
- *Governance* dei rapporti con gli organi istituzionali della regione con riferimento alla coerenza degli atti da questi assunti con gli obiettivi del Programma Operativo / rimozione provvedimenti in contrasto con il Programma Operativo.

Intervento 1.1: Ufficio del Commissario ad acta per l'attuazione del Piano di Rientro.

Al fine di potenziare le capacità di controllo, di monitoraggio e d'intervento, la Regione Lazio istituisce "l'Ufficio del Commissario ad acta per l'attuazione degli obiettivi di risanamento previsti dai Programmi Operativi annuali" quale struttura di staff alla gestione commissariale. Al fine di garantire la piena operatività dell'Ufficio nelle azioni di attuazione dei Programmi operativi e del monitoraggio delle stesse, all'Ufficio del Commissario ad acta è assegnato un "Coordinatore tecnico", e personale amministrativo esclusivamente dedicato (non meno di 6 unità).

L'Ufficio del Commissario ad acta, per l'attuazione degli obiettivi di risanamento previsti dai Programmi Operativi annuali, svolge i seguenti compiti:

- assiste il Commissario nelle funzioni di rappresentanza;
- supporta l'attività amministrativa del Commissario e del/dei Subcommissario/i;
- assicura il supporto tecnico all'attività di indirizzo amministrativo e di controllo circa i risultati delle azioni poste in essere per il raggiungimento degli obiettivi previsti dal Piano di rientro e dai Programmi Operativi assunti in sua prosecuzione;
- collabora alle iniziative concernenti i rapporti tra gli organi di governo regionali e gli organi istituzionali, dello Stato e delle altre Regioni;
- può agire, ai sensi dell'articolo 1, comma 1, lettera b) del Decreto-legge 7 ottobre 2008, n. 154, convertito, con modificazioni, nella Legge 4 dicembre 2008, n. 189, previa motivata disposizione del Commissario ad Acta, quale soggetto attuatore delle disposizioni Commissariali finalizzate al raggiungimento degli obiettivi previsti dal Piano di rientro e dalla Deliberazione del Consiglio dei Ministri dell'11 luglio 2008 ;
- si interfaccia con i responsabili identificati negli interventi previsti dai presenti Programmi Operativi per assicurare la trasmissione delle informazioni, della documentazione e della modulistica atta a certificare l'adempimento delle azioni previste, garantendo il rispetto delle tempistiche stabilite;

- si interfaccia con il Commissario per comunicare lo stato di avanzamento dei lavori e degli interventi previsti, l'eventuale inadempimento nella trasmissione delle informazioni richieste in corrispondenza di ogni scadenza prevista nei Programmi Operativi;
- supporta la Regione nella pianificazione di interventi atti ad assicurare a livello operativo:
- la coerenza tra i dati condivisi e la realtà (per tale obiettivo saranno di volta in volta predisposti dei piani di *audit ad hoc* coerenti con l'obiettivo dell'ispezione);
- il controllo di particolari aspetti di interesse per la Regione per cui, indipendentemente dai dati disponibili, si riterrà necessario procedere con delle ispezioni.
- supporta la pianificazione degli interventi e delle manovre correttive da attivare a fronte del rilevamento di mancati adempimenti o disallineamenti rispetto agli obiettivi prestabiliti.
- Partecipa alle riunioni mensili di coordinamento dei Direttori Generali, dei Commissari straordinari e dei Soggetti Attuatori;
- Conduce le attività di verifica trimestrale sull'operato delle singole aziende sanitarie con riferimento all'attuazione degli interventi previsti dai Programmi Operativi 2013-2015.

L'Ufficio del Commissario persegue la puntuale attuazione dei Programmi Operativi 2013-2015, mediante un'azione di monitoraggio e di controllo attuata supportando la gestione commissariale nel coordinamento delle strutture regionali e istituzionali del SSR quali:

- Il Dipartimento di Programmazione Economica e Sociale, per le competenze inerenti il sistema sanitario regionale;
- La Direzione Regionale Programmazione e Risorse del Sistema Sanitario Regionale;
- La Direzione Regionale Assetto Istituzionale, Prevenzione e Assistenza Territoriale;
- La Direzione Regionale Bilancio, Ragioneria, Finanza e Tributi, per gli aspetti di specifica competenza, afferenti l'attuazione dei Programmi Operativi, con particolare riferimento alle attività svolte dall'Area direzionale Centrale Acquisti e Crediti Sanitari, e per quelle relative all'attuazione delle procedure e dell'Accordo dei Pagamenti centralizzati dei fornitori del sistema sanitario regionale;
- L'Agenzia di Sanità Pubblica Regionale – ASP Lazio Sanità e il Dipartimento di Epidemiologia del Lazio;
- La Società Regionale LAit Innovazione Tecnologica, per la parte di specifica competenza relativa all'organizzazione e gestione dei flussi e dei sistemi informativi connessi al funzionamento del SSR, compresi quelli di natura gestionale e contabile;
- I singoli Direttori Generali delle Aziende Sanitarie del SSR, i Commissari straordinari e i Soggetti Attuatori eventualmente incaricati;

L'Ufficio del Commissario e le Direzioni Regionali, ai fini dell'attuazione e del monitoraggio delle attività connesse ai Programmi Operativi 2013-2015, si avvalgono inoltre del supporto dell'Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali (AGE.NA.S.) in base a quanto previsto dall'Accordo di collaborazione con la stessa sottoscritto e recepito con Decreto Commissariale n. 392 del 5 dicembre 2012, nonché per gli ambiti di specifica competenza dell'Advisor Contabile Regionale.

Al fine del potenziamento dell'attività di monitoraggio e di attuazione dei Programmi Operativi, l'Ufficio Commissariale si avvale del sistema informativo informatico "*Change Point*" che consente di monitorare risultati, attuazione e responsabilità per singolo intervento/azione previsto nei

presenti Programmi Operativi. L'impiego del sistema di monitoraggio è esteso alle specifiche competenze e ai singoli obiettivi di intervento dei Direttori Generali delle aziende sanitarie. L'Ufficio Commissariale supporta la gestione commissariale nelle attività di coordinamento e indirizzo dei Direttori Generali, dei Commissari Straordinari e dei Soggetti attuatori incaricati presso le singole aziende sanitarie. A tal fine il Commissario, direttamente o per il tramite dei Sub Commissari ovvero del Direttore del Dipartimento Economico e Sociale, presiede riunioni mensili di coordinamento con i Direttori Generali, tese ad assicurare una sollecita e puntuale attuazione degli interventi dei Programmi Operativi da parte degli stessi.

Con cadenza trimestrale l'Ufficio del Commissario ad acta per l'attuazione dei Programmi Operativi, avvalendosi della collaborazione di ASP Lazio Sanità, del Dipartimento di Epidemiologia del Lazio, dell'Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali (AGE.NA.S), e dell'Advisor Contabile per il Piano di Rientro, verifica lo stato di attuazione degli interventi previsti dai presenti Programmi Operativi, mediante incontri di valutazione dell'attività svolta da parte delle singole aziende sanitarie della Regione, compresa la GSA (Gestione Sanitaria Accentrata). Il verbale in esito alle verifiche trimestrali dello stato di attuazione dei Programmi Operativi costituisce elemento di valutazione annuale dell'operato dei Direttori Generali.

Indipendentemente dall'attività svolta dall'Ufficio Commissariale ciascuno degli enti del SSR istituzionalmente competenti prosegue nelle azioni e nei controlli di propria competenza. L'Ufficio Commissariale assicura il supporto alla Regione per la pianificazione dei controlli e delle ispezioni ulteriori che sarà opportuno porre in essere per garantire la corretta implementazione e il raggiungimento degli obiettivi dei Programmi Operativi.

RISULTATI PROGRAMMATI

- Potenziamento del sistema di governance per la puntuale attuazione dei Programmi Operativi.

INDICATORI DI RISULTATO

- Livello di attuazione dei programmi operativi.

CRONOPROGRAMMA

- Istituzione dell'Ufficio Commissariale, nomina di un Coordinatore Tecnico e assegnazione delle risorse umane necessarie al funzionamento;
- Avvio delle riunioni di coordinamento mensile dei Direttori Generali da parte dell'Ufficio Commissariale per l'attuazione dei Programmi Operativi;
- Avvio delle procedure di monitoraggio degli interventi di attuazione dei Programmi Operativi sia a livello degli Uffici Regionali, che dei singoli Direttori Generali mediante l'utilizzo del sistema informativo di monitoraggio;
- Avvio delle procedure di verifica trimestrale, per singola azienda sanitaria, sull'attuazione degli interventi previsti nei programmi Operativi, sia a livello generale che specifico. Le valutazioni trimestrali delle aziende, costituiscono valutazioni sul raggiungimento degli obiettivi già assegnati ai Direttori Generali, dai presenti Programmi Operativi 2013-2015;

RESPONSABILE DEL PROCEDIMENTO ATTUATIVO

- Commissario ad acta / Direttore del Dipartimento di Programmazione Economica e Sociale.

Intervento 1.2: Governance dell'Agazia di Sanità Pubblica Regionale ASP Lazio Sanità.

Con riferimento alle specifiche finalità perseguite dal presente intervento concernente il potenziamento del sistema di *governance* dei Programmi Operativi adottati in prosecuzione del Piano di Rientro dal debito sanitario, nonché in considerazione dei rilievi sollevati nel corso della riunione congiunta del Tavolo Tecnico per la verifica degli adempimenti regionali con il comitato permanente per la verifica dei livelli essenziali di assistenza del 20 luglio 2011, risulta determinante una revisione del sistema di *governance* dell'Agazia di Sanità Pubblica regionale, atteso il fondamentale ruolo della stessa nelle dinamiche di attuazione del Piano di rientro.

A seguito dei rilievi sollevati dal citato verbale del 20 luglio 2011, ed in considerazione dell'intervenuta decadenza del precedente organo amministrativo, con deliberazione della Giunta Regionale 426 del 26 settembre 2011, si è proceduto al commissariamento del Consiglio di Amministrazione dell'Agazia di Sanità Pubblica regionale, fino alla nomina del nuovo Consiglio.

Al fine di porre in essere "azioni volte a favorire una più stringente attività di supporto alla struttura che sovrintende all'attuazione dell'intero Programma Operativo da parte di enti strumentali della regione per il Servizio sanitario regionale" e di superare le riscontrate criticità nel coordinamento dell'attività svolta dall'Agazia di Sanità Pubblica, con le esigenze della Regione e della struttura commissariale, risulta opportuno procedere ad una revisione del modello di *governance* (Revisione di Legge Istitutiva, Statuto e Regolamento) dell'Agazia così come delineato dalla legge regionale n.16 del 1 settembre 1999.

Il revisionato modello di *governance* dovrà garantire una più efficace azione di coordinamento e di indirizzo dell'attività istituzionale dell'Agazia, da parte dell'Assessorato regionale competente per la gestione del Sistema Sanitario Regionale, nonché del Commissario ad acta per l'attuazione del Piano di Rientro.

Risultati Programmati

- Rafforzamento del sistema di *governance* Regionale dell'Agazia di Sanità Pubblica Nazionale, mediante revisione della Legge Regionale istitutiva 16/1999.

Indicatori di risultato

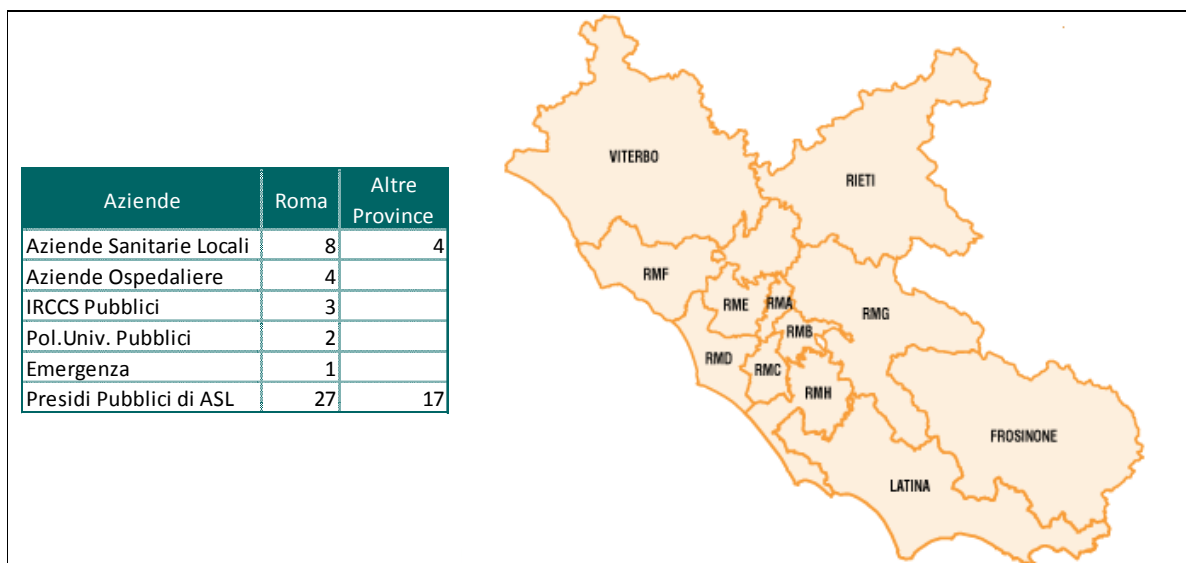
- Adozione della legge regionale di revisione della legge 16/1999 entro il 31.07.2013
- Cronoprogramma di attuazione (Azioni previste).
- Definizione di una proposta normativa di revisione del sistema di *governance* previsto nella legge istitutiva.

Responsabile del procedimento attuativo

- Direzione Regionale Assetto Istituzionale, Prevenzione e Assistenza Territoriale – Area Giuridico Normativa Istituzionale.

Intervento 1.3: Governance delle Aziende sanitarie del Lazio.

Nella Regione Lazio, il sistema sanitario pubblico è attualmente articolato come segue:



Da un punto di vista economico gestionale, si evidenzia la presenza di 12 aziende sanitarie locali, di 4 aziende ospedaliere, di 2 Policlinici Universitari Statali, e di 3 Istituti di ricerca scientifica (IRCCS): 22 aziende pertanto costituiscono il perimetro del Bilancio Economico del SSR.

L'esigenza di una maggiore semplificazione della gestione e del funzionamento del SSR, nonché alcune considerazioni di carattere geografico e assistenziale, suggeriscono la necessità di procedere ad una razionalizzazione del numero di Aziende che costituiscono il SSR.

La tabella che segue prende a riferimento tre criteri di valutazione dell'assetto gestionale del SSR:

- Popolazione residente sul territorio delle singole ASL;
- Numero di Dimissioni Ospedaliere complessivamente erogate dalle Aziende sanitarie per mezzo dei soli presidi pubblici in diretta gestione;
- Numero di Dimissioni Ospedaliere erogate dalla singola ASL ai suoi soli residenti.

ASL	% Dimissioni Residenti	Dimissioni Totali	Dimissioni Propri residenti	Dimissioni/ Pop. Res.	Popolazione
Roma A	22,40	39.807,00	8.916,77	1,82%	489.708,92
Roma B	57,40	40.307,00	23.136,22	3,31%	699.018,75
Roma C	37,70	45.427,00	17.125,98	3,14%	545.618,33
Roma D	50,80	40.001,00	20.320,51	3,56%	571.141,40
Roma E	31,16	85.321,00	26.586,02	5,05%	526.974,60
Roma F	83,00	12.121,00	10.060,43	3,15%	318.904,00
Roma G	81,90	27.885,00	22.837,82	4,67%	489.086,00
Roma H	67,90	53.171,00	36.103,11	6,52%	553.616,00
Viterbo	84,00	28.367,00	23.828,28	7,44%	320.294,00
Rieti	87,00	18.870,00	16.416,90	10,23%	160.467,00
Latina	81,60	57.205,00	46.679,28	8,40%	555.692,00
Frosinone	88,90	46.084,00	40.968,68	8,22%	498.167,00

Da questa semplice analisi, unitamente a considerazioni di carattere geografico, si evince come potrebbe risultare funzionale e maggiormente efficiente la riduzione delle aziende sanitarie locali da 12 a 8, preservando le realtà provinciali rispetto all'area metropolitana, per la quale risulta chiara una maggiore intermobilità dei pazienti, e una minore definizione del territorio di riferimento.

Anche per quanto riguarda le aziende Ospedaliere e gli IRCCS pubblici, l'attuale articolazione e l'ubicazione territoriale suggerisce la necessità di una razionalizzazione, tesa alla riduzione delle stesse da 6 a 4. Si consideri al riguardo che già nell'anno 2013, per effetto del Decreto Commissariale n. U00426 del 24 dicembre 2012, è stata disattivata l'Azienda IRCCS INRCA, che partecipava come azienda autonoma al perimetro del Bilancio del SSR. L'operazione di disattivazione contribuirà ad un contenimento dei costi del SSR a partire dall'anno 2013 di circa 5,5 mln di Euro rispetto all'anno 2012.

La Regione Lazio prevede anche di ridisciplinare con Legge Regionale sia il modello istituzionale che le modalità di funzionamento dell'Ares 118.

Risultati Programmati

- Razionalizzazione delle aziende sanitarie locali pubbliche: riduzione da 12 a 8;
- Razionalizzazione delle aziende Ospedaliere e IRCCS pubblici: riduzione da 6 a 4;
- Modifica Legge Regionale di riferimento
- Modifica Legge Regionale che disciplina il modello istituzionale e funzionale dell'Ares 118

Indicatori di risultato

- Riduzione delle aziende sanitarie del Lazio da 22 (compresa GSA e Ares 118) a 16

Cronoprogramma di attuazione

- Riduzione delle aziende sanitarie entro il gennaio 2014;
- Leggi regionali di riduzione e disciplina dell'Ares 118 entro il 30.06.2013

Responsabile del procedimento attuativo

- Assetto Istituzionale – Giuridico Normativo per la proposta emendativa di legge
- Risorse Finanziarie SSR, per la gestione degli adempimenti economico finanziari derivanti dalla razionalizzazione.

Intervento 1.4: Adempimenti LEA

L'accesso all'incremento delle risorse finanziarie, a carico del bilancio dello Stato, è condizionato alla verifica degli adempimenti regionali definiti dall'Accordo Stato-Regioni del 23 marzo 2005, dal

Patto per la Salute 2007-2009 e modificati od integrati da successivi accordi Stato-Regione o dall'entrata in vigore di successive norme.

Considerata la rilevanza dei fondi, al fine di garantire liquidità al SSR, la Struttura Commissariale ritiene prioritario adottare meccanismi che garantiscano il rispetto degli adempimenti LEA alle scadenze prefissate.

L'obiettivo della Regione è quello di raggiungere per gli anni a partire dal 2010 il pieno superamento degli adempimenti LEA.

Le seguenti inadempienze rilevate dai Ministeri competenti per gli anni 2010-2011 sono riportate nel verbale della "riunione congiunta del Tavolo tecnico per la verifica degli adempimenti regionali con il Comitato permanente per la verifica dei LEA", svoltasi il 14 novembre 2012:

- Adempimenti 2010: la Regione risulta inadempiente relativamente alle lettere: e),f), n), ah), az).
- Adempimenti 2011: la verifica è in corso

Nella tabella che segue si riportano le quote ancora non percepite, relative al residuo 3% del FSR, ascrivibile alla quota premiale del 3%, che potrà essere svincolato alla Regione all'esito positivo della verifica degli Adempimenti LEA per le annualità 2010 e 2011.

Esercizio	Integrazione FSR (3% premialità)
2010	283.329.394,00
2011	288.531.147,00
Tot. Credito	571.860.541,00

Risultati programmatici

- Assicurare adempimenti 2010-2011;
- Istituzione Tavolo di lavoro di monitoraggio dei LEA.

Indicatori di risultato

- Pieno superamento degli adempimenti LEA per gli anni 2010-2011 entro il 30.6.2013.

Responsabile del procedimento attuativo

- Ufficio del Commissario ad Acta

Intervento 1.5: Gestione del contenzioso sanitario.

L'azione di risanamento posta in essere in attuazione del Piano di Rientro dal debito sanitario comporta e ha comportato negli anni l'adozione di provvedimenti commissariali di forte razionalizzazione negli ambiti della spesa per l'acquisto di:

- Beni e servizi, sanitari e non sanitari;
- Prestazioni sanitarie rese da erogatori privati provvisoriamente accreditati
- Prestazioni sanitarie rese da strutture classificate e da Policlinici Universitari e IRCCS non statali;
- Prestazioni farmaceutiche in regime di convenzionamento con il sistema sanitario regionale

In conseguenza dei provvedimenti intervenuti nei menzionati ambiti di intervento, nonché di quelli relativi all'azione di riordino intrapresa nella gestione dell'accreditamento istituzionale e della razionalizzazione della rete dell'assistenza, si è prodotto negli anni un ingente contenzioso amministrativo e civile, le cui dimensioni e complessità necessitano un intervento di governo specifico e funzionale.

Le difficoltà di gestione del suddetto contenzioso sono inoltre fortemente acuite in ordine alle seguenti considerazioni:

- I soggetti ricorrenti attivano il medesimo contenzioso sia nei confronti della Regione che delle singole aziende sanitarie di pertinenza. Inoltre, molto spesso, quando il contenzioso è attivato unicamente nei confronti della azienda sanitaria competente, è quest'ultima che provvede, mediante la chiamata in causa di un soggetto terzo, ad investire del procedimento anche la Regione
- I ricorsi sono presentati per lo più nei confronti di provvedimenti adottati in regime di Commissariamento della Sanità della Regione. Pertanto nell'azione di difesa, possono risultare contestualmente interessate sia l'Avvocatura Regionale che quella di Stato per la difesa del Commissario;
- I soggetti ricorrenti attivano il medesimo contenzioso sia in sede amministrativa, sia nella altre sedi giurisdizionali di afferenza: civile, contabile, penale.
- La copiosità del contenzioso, e la complessità della materia di riferimento incidono pesantemente sulla tempestività dell'azione amministrativa, con la conseguenza che molto spesso le procedure possono risolversi nella nomina di commissari ad acta individuati dal Tribunale, il cui intervento complica ulteriormente l'azione amministrativa di risanamento.

Sulla base delle sopra elencate considerazioni risulta indispensabile individuare delle azioni di razionalizzazione della gestione del contenzioso sia a livello Regionale, nell'ambito dell'Assessorato alla Sanità, sia con riferimento al contenzioso attivato nei confronti delle singole aziende sanitarie.

Al riguardo si ritiene opportuno attivare un Coordinamento dell'attività relativa al contenzioso in capo al Direttore del Dipartimento della Programmazione Economica e Sociale e all'Ufficio del Commissario ad acta e ai Direttori Regionali di volta in volta interessati, avente il compito di relazionarsi con cadenza almeno bisettimanale, con gli avvocati dell'Avvocatura Regionale, con gli Avvocati dell'Avvocatura di Stato e delle Aziende Sanitarie eventualmente coinvolti, e coi i Dirigenti Regionali e Aziendali interessati.

Risulta inoltre necessario assegnare al suddetto Coordinamento in maniera stabile almeno 2 funzionari regionali, che abbiano il compito di gestire ed alimentare un sistema informativo dei procedimenti di contenzioso in essere, individuandone fasi, stati e esiti del giudizio, al fine di indirizzare la conseguente azione di difesa amministrativa.

Il coordinamento, in considerazione dell'esperienza mutuata negli anni dai professionisti dell'Avvocatura Regionale, avrà inoltre il compito di supportare gli uffici regionali e aziendali nella fase di predisposizione degli atti e dei provvedimenti, al fine di superare ex ante criticità già oggetto di passato contenzioso.

Risultati Programmati

- Attivazione di un coordinamento dell'attività relativa al contenzioso in capo al Direttore del Dipartimento della Programmazione Economica e Sociale e all'Ufficio del Commissario ad acta, avente il compito di relazionarsi con cadenza almeno bisettimanale, con i singoli avvocati dell'Avvocatura Regionale, con gli Avvocati dell'Avvocatura di Stato e delle Aziende Sanitarie eventualmente coinvolti, e coi i Dirigenti Regionali e Aziendali interessati.
- Attivazione di un sistema informativo di monitoraggio delle contenzioso, per la gestione delle fasi, degli stati e degli esiti del contenzioso attivo.

Indicatori di risultato

- Avvio delle riunioni di coordinamento dell'attività di difesa avverso il contenzioso attivo.
- Adozione di un sistema informativo di monitoraggio del contenzioso.

Cronoprogramma di attuazione

- Avvio delle riunioni di coordinamento entro il 31 marzo 2013;
- Avvio del sistema informativo di monitoraggio entro il 30 aprile 2013.

Responsabile del procedimento attuativo

- Direttore del Dipartimento della Programmazione Economica e Sociale;
- Ufficio del Commissario ad acta
- Direttori Regionali di volta in volta interessatit
- Avvocatura regionale

Intervento 1.6: Provvedimenti di nomina e di risoluzione dei direttori generali, quando ne ricorrano i presupposti di legge;

La Regione provvederà a recepire i contenuti del Decreto Legge 13 settembre 2012, n.158, convertito in legge con modificazioni dall'art.1, comma 1, L. 8 novembre 2012, n.189, in materia di nomina dei DDGG e conferimento incarico strutture complesse entro il 30 giugno 2013. Con il medesimo provvedimento si provvederà altresì ad integrare la disciplina inerente l'eventuale decadenza dei Direttori Generali delle Aziende del SSR in caso di gravi inadempienze.

Intervento 1.7: Programmazione Economico –Finanziaria

I presenti Programmi Operativi 2013-2015, perseguono il pareggio del bilancio consolidato del sistema sanitario regionale entro l'anno 2015. Al riguardo sono individuati una serie di interventi che vengono sintetizzati nella tabella che segue, e che dovranno essere attuati nel corso del triennio in programmazione.

Costruzione valore Programmatico 2013-2015			
	2013	2014	2015
Tendenziale (andamento storico)	- 817,0	- 831,1	- 911,1
Effetti automatici della normativa nazionale	4,0	189,0	189,0
Sconto Farmacie- L135/112 art 15 c.2	4,0	4,0	4,0
Ticket - (art 17 DL 98/2011)		185,0	185,0
Tendenziale (andamento storico e misure automatiche normative nazionali)	- 813,0	- 642,1	- 722,1
Manovre spending review che richiedono recepimento regionale	105,8	135,3	135,3
Rapporto con gli erogatori privati	22,1	38,1	38,1
7.1 Individuazione volumi e relativi tetti di spesa per tutte le tipologie assistenziali coerentemente con quanto disposto da L 135/112 - Ospedaliera	17,5	30,5	30,5
7.1 Individuazione volumi e relativi tetti di spesa per tutte le tipologie assistenziali coerentemente con quanto disposto da L 135/112 - Ambulatoriale	4,6	7,7	7,7
Razionalizzazione spesa	71,7	81,2	81,2
9.4 - Riorganizzazione e potenziamento dei sistemi di controllo e monitoraggio della spesa sanitaria	14,5	24,0	24,0
9.5 - Attuazione della normativa nazionale in materia di beni e servizi (di 98/2011 e di 95/2012)	57,2	57,2	57,2
Misure di compartecipazione	12,0	16,0	16,0
20.1 - Compartecipazione sulle prestazioni di specialistica ambulatoriale.	12,0	16,0	16,0
Tendenziale (al netto delle manovre previste dalla normativa nazionale)	- 707,2	- 506,7	- 586,8
Manovre regionali	164,2	409,2	589,2
Governance PO	5,5	5,5	5,5
1.3 - Governance Aziende Lazio	5,5	5,5	5,5
Rapporto con gli erogatori privati	- 31,0	7,6	7,6
7.1 Individuazione volumi e relativi tetti di spesa per tutte le tipologie assistenziali coerentemente con quanto disposto da L 135/112 - Ospedaliera	- 0,8	- 0,6	- 0,6
7.1 Individuazione volumi e relativi tetti di spesa per tutte le tipologie assistenziali coerentemente con quanto disposto da L 135/112 - Ambulatoriale	- 8,4	- 8,3	- 8,3
7.1 Individuazione volumi e relativi tetti di spesa per tutte le tipologie assistenziali coerentemente con quanto disposto da L 135/112 - Altra assistenza	- 21,9	- 21,9	- 21,9
7.10 Rapporti con le Università private: sottoscrizione dei protocolli che definiscano gli aspetti assistenziali e di didattica e ricerca.	-	38,4	38,4
Razionalizzazione spesa	70,4	172,6	242,4
9.2 - Aspetti organizzativi e logistici dei processi di acquisto	5,0	30,0	30,0
9.3 - Centralizzazione degli acquisti - Attivazione di sistemi di e-procurement regionali - adesione a consip	65,4	142,6	212,4
Gestione del personale	89,3	173,5	263,7
10.1 - Contenimento della spesa per il personale – Azione di macro contenimento della spesa	76,6	145,4	212,1
10.2 - Azioni di governance	12,7	28,1	51,6
Ridefinizione atti aziendali: stato su emanazione linee guida regionali e loro attuazione.	8,0	2,0	15,5
Consulenze (sanitarie e non sanitarie):	4,7	16,1	35,1
Ospedale- Territorio	- 60,0	- 70,0	- 80,0
14.2 Riconversioni/attivazioni	- 60,0	- 70,0	- 80,0
Assistenza farmaceutica	90,0	90,0	90,0
Mobilità extraRegione	-	30,0	60,0
Programmatico	- 543,0	- 97,6	2,4

Al fine di attuare gli interventi preventivati occorre un'adeguata pianificazione strategica, e la condivisione degli obiettivi con tutte le aziende del sistema sanitario regionale.

La prima azione di attuazione pertanto consiste nell'adozione dei Bilanci di Previsione delle Aziende Sanitarie in coerenza con la programmazione economica contenuta nei Programmi Operativi.

Con la Direttiva Urgente e Vincolante del 17.01.2013 e s.m.i., sono state richieste alle Aziende Sanitarie autonome proposte di Bilancio di Previsione per l'anno 2013, coerenti con il piano macro economico nazionale, che prevede una serie di interventi di contenimento della spesa sanitaria a cui occorre dare pedissequa attuazione.

Le proposte formulate dalle aziende Sanitarie dovranno essere valutate e recepite dalla Regione, ai sensi di quanto previsto dall'art. 25 del D.Lgs 118/2011, nel rispetto del quadro macro economico di riferimento, e degli ulteriori interventi di contenimento della spesa sanitaria previsti nei presenti programmi Operativi.

Al riguardo, al fine di definire il livello di finanziamento assegnato a ciascuna azienda sanitaria, dovrà intervenire il provvedimento di ripartizione del Fondo Sanitario Regionale per l'anno 2013. La definizione di quest'ultimo dovrà rispettare le seguenti linee di indirizzo strategico:

- Una quota non inferiore al 10% del FSR dovrà essere destinata alla costituzione di un Fondo di accompagnamento annuale alla ristrutturazione del disavanzo annuale delle aziende sanitarie, previa sottoscrizione da parte dei Direttori Generali delle aziende di un piano attuativo annuale di ristrutturazione del Debito. Il monitoraggio del Piano attuativo si svolgerà con le modalità di cui al paragrafo relativo alla governance dei Programmi Operativi, e le risorse stanziate potranno essere assegnate solo nel caso di rispetto degli obiettivi economici e assistenziali sottoscritti.
- Una quota non superiore al 6% del FSR dovrà essere destinata al finanziamento dei maggiori costi connessi con l'erogazione delle funzioni assistenziali di cui al comma 2 dell'art. 8 sexies del D.Lgs 502 del 1992;
- Una quota non superiore al 1,5% del FSR dovrà essere destinata al finanziamento della Gestione Sanitaria Accentrata Regionale.
- Il Fondo Sanitario regionale, al netto delle sopra elencate quote in pre-deduzione, sarà ripartito tra le aziende sanitarie del Lazio, per livelli essenziali di assistenza secondo i criteri previsti dalla normativa di riferimento, avendo a riferimento la popolazione al 1 gennaio 2012, in continuità con quanto fatto negli esercizi precedenti all'anno 2013.

Risultati Programmati

- Adozione dei Bilanci di Previsione delle Aziende Sanitarie per l'esercizio 2013 in coerenza con il quadro macro economico di riferimento e con gli interventi previsti nei presenti Programmi Operativi.
- Adozione dei Bilanci di Previsione degli anni successivi secondo le modalità e le tempistiche previste dall'art. 25 del D.Lgs 118/2011.
- Adozione del Provvedimento di ripartizione del FSR secondo le indicazioni strategiche previste, entro il 30 giugno di ciascuno degli anni di riferimento.

Indicatori di risultato

- Adozione dei provvedimenti richiesti

Responsabile del procedimento attuativo

- Area Risorse Finanziarie SSR.

Intervento 2.1: Attuazione delle disposizioni del Decreto Legislativo 118/2011

Programma 2: Attuazione del Decreto Legislativo n. 118/2011

Il programma, secondo le linee di indirizzo ministeriali, deve realizzare i seguenti obiettivi:

- individuazione della struttura responsabile dell'attuazione del decreto legislativo 118/2011 nell'ambito del Programma Operativo (indicare se coincidente con il responsabile della GSA);
- Azioni di monitoraggio dell'effettiva attuazione del decreto legislativo 118/2011;
- realizzazione e implementazione di specifici flussi informativi dedicati alla effettiva attuazione del decreto legislativo 118/2011;

- redazione periodica di un rapporto concernente lo stato di trasferimento alla GSA e alle aziende sanitarie di competenza e di cassa delle risorse destinate al SSR.

Intervento 2.1: Attuazione delle disposizioni del Decreto Legislativo 118/2011

In attuazione dell'articolo 20 del Decreto Legislativo n. 118/2011, la Regione Lazio già nel corso del 2012 ha ricostruito l'esatta perimetrazione delle entrate e delle uscite del servizio sanitario regionale attraverso un'analisi puntuale di tutti i capitoli di spesa assegnati alla sanità collegandoli ai capitoli di entrata, al fine di consentire il confronto immediato tra le entrate e le spese sanitarie iscritte al bilancio regionale e le risorse indicate negli atti di determinazione del fabbisogno sanitario regionale standard e di individuazione delle correlate fonti di finanziamento.

In attuazione dell'art. 21 del Decreto Legislativo n. 118/2011 dal 1° gennaio 2012, la Regione Lazio ha istituito il conto di tesoreria riservato alla sanità, al fine di garantire la trasparenza dei flussi di cassa relativi al finanziamento del fabbisogno sanitario regionale. Dalla stessa data, quindi, tutte le risorse statali e regionali destinate al finanziamento del Servizio Sanitario Regionale affluiscono su un conto di Tesoreria aperto presso la Banca d'Italia.

In attuazione dell'articolo 22 del Decreto Legislativo n. 118/2011, sono state individuate le seguenti figure:

- responsabile della Gestione Sanitaria Accentrata presso la regione relativamente alle competenze di cui al comma 3 lettera a), b) e c) dell'art. 22: il Direttore della Direzione Regionale "Programmazione e Risorse del Servizio Sanitario Regionale";
- responsabile della attività connesse all'ultimo capoverso del comma 3 lettera c) dell'art. 22 relativamente al bilancio regionale: il Direttore della Direzione Regionale "Bilancio, Ragioneria, Finanza e Tributi";
- responsabile regionale delle certificazioni previste al comma 3 lettera d) dell'art. 22: il Direttore del Dipartimento "Istituzionale e territorio" con l'affiancamento operativo dell'Advisor Contabile Regionale per l'attuazione del Piano di Rientro dal Debito Sanitario;

I suddetti responsabili dovranno provvedere alla completa attuazione delle disposizioni contenute nel titolo II del decreto legislativo 23 giugno 2011, n. 118, anche attraverso la riorganizzazione ed il potenziamento degli uffici operativi coinvolti.

In attuazione dell'articolo 24 del Decreto legislativo n. 118/2011, la Regione Lazio sta avendo incontri periodici tra referenti dell'area Bilancio Regionale e dell'Assessorato Sanità per la definizione del raccordo e riconciliazione tra le poste iscritte e contabilizzate in termini di contabilità economico - patrimoniale e quelle iscritte in termini di contabilità finanziaria.

Si sta predisponendo il modello organizzativo – contabile della GSA che consenta di individuare gli ulteriori soggetti responsabili dei nuovi adempimenti previsti, le procedure amministrative da implementare e le correlate rilevazioni contabili ("Linee guida per le modalità di rilevazione contabile degli eventi della GSA") da rendere operativo nel I quadrimestre del 2013.

Dalla seconda metà del 2012, la Regione Lazio ha effettuato, con il supporto dell'Advisor Contabile, una serie di incontri con le singole aziende sanitarie, nei quali sono stati rilevati i

disallineamenti tra le diverse poste dei bilanci aziendali rispetto a quanto risultava alla Regione in base ai propri provvedimenti di assegnazione di contributi e di compensazione della mobilità interaziendale al fine di costituire il patrimonio netto iniziale, nonché la ricognizione a livello di singola Azienda dello stato di attuazione dei decreti commissariali suddetti.

Nel corso del 2013, la Regione provvederà ad organizzare incontri formativi con tutte le Aziende in merito al nuovo piano dei conti e alle emanande Linee Guida al fine di garantire il rispetto delle nuove indicazioni e l'omogeneità nelle rilevazioni contabili.

Nel triennio 2013-2015, dovrà essere completata l'implementazione dell'attuale piattaforma informatica, nella quale integrare la contabilità economico patrimoniale della Gestione Sanitaria Accentrata con la contabilità economico patrimoniale che la Regione deve attivare per adempiere agli obblighi stabiliti dal Titolo I del decreto legislativo 23 giugno 2011, n. 118.

L'implementazione della GSA presuppone che sia posto in essere e formalizzato un sistema di controllo interno che comprenda procedure e figure professionali adeguate a garantire il rispetto delle norme.

Il sistema delle procedure per il controllo interno è rappresentato dall'insieme delle direttive e dalle tecniche adottate dall'azienda sanitaria allo scopo di raggiungere i seguenti obiettivi:

- • conformità dell'attività degli organi aziendali all'oggetto che la stessa azienda si propone di conseguire ed alle politiche impartite dal management aziendale;
- • salvaguardia del patrimonio aziendale;
- • affidabilità dei dati.

Gli obiettivi principali del controllo interno possono essere enucleati come segue:

- • tutte le operazioni effettuate devono essere autorizzate, a livello generale o specifico, dai dirigenti responsabili;
- • tutte le operazioni devono essere registrate tempestivamente e per il loro corretto ammontare, nei conti appropriati e nel periodo contabile di competenza;
- • l'accesso ai beni aziendali e alle relative registrazioni va limitato tramite un sistema di autorizzazioni;
- • deve essere verificata periodicamente l'esistenza fisica dei beni e comparata con quella contabile; eventuali differenze devono essere indagate e laddove necessario intraprese le relative azioni;
- • verifica della coerenza tra dati contabili e dati della produzione sanitaria;
- • verifica del rispetto dei limiti di spesa imposte dalle vigenti normative (nazionali e regionali);
- • tutte le operazioni devono essere eseguite nel rispetto delle procedure amministrativo-contabili imposte dalle norme e dai regolamenti aziendali;
- • presidio della economicità (efficacia ed efficienza) delle operazioni aziendali in conformità alle strategie, obiettivi e politiche aziendali, ai fini anche della salvaguardia del patrimonio aziendale;

- • presidio della attendibilità del sistema informativo aziendale per la predisposizione della relativa documentazione e/o modulistica contabile gestionale.

Le attività di controllo interno avranno carattere:

generale: consistono nell'insieme di procedure e tecniche di carattere organizzativo che concorrono a determinare l'affidabilità dell'organizzazione dell'azienda sanitaria e della gestione della sanità a livello regionale

specifico: insieme di procedure e tecniche di carattere operativo che concorrono a rendere affidabile una specifica voce di bilancio o uno specifico processo.

Le principali procedure minime di controllo che è opportuno che siano implementate per l'attuazione della GSA saranno oggetto di confronto con tutti gli attori coinvolti e raccolte in specifici manuali di procedura.

Inoltre si definirà un completo sistema di reporting sia trimestrale che annuale dal quale emergano le attività di controllo avviate, nonché le relative risultanze. Laddove si rilevassero punti di attenzione e/o di criticità dovranno essere adottate le necessarie misure affinché queste ultime vengano eliminate e/o rimodulate secondo i corretti parametri dettati dalla vigente normativa.

I processi e le attività sopra riportate, inoltre, sono strettamente connesse al percorso di certificabilità dei bilanci e quindi alla valutazione del sistema di controllo interno aziendale (internal audit e/o controllo di gestione) che provvede a verificare su tutti gli enti inclusi nel perimetro di consolidamento, l'efficacia e l'efficienza delle procedure di controlli interni di cui si è dotata la GSA, per individuare e mitigare rischi connessi alla inattendibilità ed errori nelle poste di bilancio aziendali che inevitabilmente si ripercuoterebbero sul bilancio consolidato regionale; che consenta un adeguato monitoraggio degli andamenti economico-patrimoniali e finanziari sia rispetto al dato del precedente esercizio che rispetto al dato previsionale.

Risultati programmati

- Incontri informativi;
- adesione alle linee guida;
- omogeneità rilevazioni;

Indicatori di risultato

- Pieno superamento degli adempimenti LEA per gli anni 2010-2011 entro il 30.6.2013.

Responsabile del procedimento attuativo

- Dirigente responsabile GSA.

Programma 3: Certificabilità dei bilanci del SSR

Il programma, secondo le linee di indirizzo ministeriali, deve realizzare i seguenti obiettivi:

- individuazione della struttura responsabile della definizione e dell'attuazione del Percorso attuativo della certificabilità (PAC);
- rispetto di quanto previsto dal PAC.

Intervento 3.1: Certificabilità dei bilanci del SSR

Azione 3.1.1: Attuazione art. 79 L. 133/2008

La Regione si propone di realizzare le attività di accompagnamento alle AA.SS. nell'ambito di un processo che deve portare le stesse alla certificabilità dei bilanci del SSR (Bilancio consolidato, bilancio della gestione accentrata, bilanci individuali delle Aziende) in attuazione di quanto previsto dall'art. 2, comma 70, della Legge n. 191/09 dove è stabilito che "per consentire alle regioni l'implementazione e lo svolgimento delle attività previste dall'articolo 11 della citata intesa Stato-Regioni in materia sanitaria per il triennio 2010- 2012, dirette a pervenire alla certificabilità dei bilanci delle aziende sanitarie, alle regioni si applicano le disposizioni di cui all'articolo 79, comma 1-sexies, lettera c), del decreto-legge 25 giugno 2008, n. 112, convertito, con modificazioni, dalla legge 6 agosto 2008, n. 133".

Il Ministro della salute, di concerto con il Ministro dell'economia e delle finanze, di adozione del Percorso attuativo della certificabilità - linee guida - Intesa ai sensi dell'articolo 3, comma 5 del decreto interministeriale del 17 settembre 2012. Repertorio Atti n.: 15/CSR del 24/01/2013

Potenziamento dei flussi informativi gestionali e contabili: per l'attuazione del percorso della certificabilità emerge la necessità di un miglioramento delle capacità di monitoraggio, controllo e indirizzo del Sistema sanitario regionale nel suo complesso ed a livello di singola Azienda.

E' necessario disporre di metodologie di monitoraggio indispensabili per garantire che le azioni strategiche ed operative sviluppate siano orientate a migliorare il livello di assistenza fornito e siano al tempo stesso compatibili con obiettivi economici verso un più razionale impiego delle risorse finanziarie assorbite dal sistema sanitario.

Oltre, quindi, all'opportunità di avvio del percorso per addivenire alla certificazione del bilancio, è necessario disporre sia di dati economici e di produzione sanitaria corretti e tempestivi, sia di un sistema di controllo di gestione e di contabilità analitica adeguato ed affidabile da approvarsi a livello regionale di interventi da attivare per migliorare il governo del Servizio Sanitario Regionale ("SSR") attraverso lo sviluppo delle funzioni gestionali e contabili sia a livello centrale che a livello locale.

Va pertanto elaborato un progetto di Integrazione ed implementazione dei Sistemi Informativi esistenti, finalizzato a sviluppare un coerente ed integrato Sistema Informativo Regionale della Sanità a partire dai Sistemi Informativi già disponibili e dai flussi informativi già esistenti all'interno degli Enti suddetti.

L'intervento si prefigge di creare un output comune regionale su:

- flussi operativi e contabilità analitica, integrati nell'ottica di rilevazione dei punti elementari di erogazione delle prestazioni sanitarie;
- programmazione degli acquisti e dei pagamenti e, quindi, informatizzazione degli ordini e delle fatture, programmazione finanziaria e relativo budget e reporting;
- flusso dei dati operativi e di contabilità analitica riguardanti il fattore lavoro (dipendente, ecc.);

- elaborazioni di contabilità puntuali, attendibili e uniformi a livello di singola azienda, di Gestione Sanitaria Accentrata e di Consolidato Regionale e relativo budget e reporting;
- integrazione con il Sistema Informativo Contabile della Regione (Titolo I del Dlgs 118/2011);

Risultati Programmati

- Esperimento gara entro 31.12.2013 dall'approvazione in conferenza Stato – Regione;
- Avvio delle attività entro i successivi 3 mesi.

Indicatori di risultato

- Completamento programma entro il 31.12.2014

Impatto economico

- Nessun impatto previsto

Responsabile del procedimento attuativo

- Dirigente responsabile GSA

Copia
Proposta PO 2013-2014

Programma 4: Flussi informativi

Il programma, secondo le linee di indirizzo ministeriali, deve realizzare i seguenti obiettivi:

- individuazione di una funzione dedicata di raccordo e coordinamento per tutti i flussi informativi di riferimento;
- azioni di miglioramento, in termini di completezza, qualità e tempistica, dei flussi informativi (NSIS) consolidati;
- realizzazione e implementazione dei nuovi flussi informativi del NSIS, già esistenti o in via di adozione;
- tessera sanitaria: corretta gestione dei flussi esistenti ed implementazione delle evoluzioni in materia di ricetta elettronica, ai sensi di quanto previsto dall'art. 50 della L. 326/2003, DPCM 26/3/2008, DM 2/11/2011 e art. 13 del DL 179/2012, nonché corretta attuazione di quanto previsto dal DM 11/12/2009 per il controllo delle esenzioni da reddito dalla compartecipazione alla spesa sanitaria.

Intervento 4.1: Potenziamento e miglioramento dei flussi informativi gestionali e contabili. Implementazione nuovi flussi

La Regione intende attivare un coordinamento dei flussi coinvolgendo le Direzioni Regionali, L'agenzia di Sanità Pubblica, la società regionale Lait Spa, il Dipartimento epidemiologico della Asl Roma E con apposito decreto Commissariale da adottarsi entro il 30.06.2013

Azione 4.1.1 : Realizzazione e implementazione dei nuovi flussi informativi del NSIS già esistenti o in via di adozione.

Per quanto concerne il Decreto Ministeriale 15 ottobre 2010 "Istituzione del sistema informativo per la salute mentale", è stato sviluppato, così come deliberato ed affidato dalla Regione a LazioSanita Agenzia di Sanità Pubblica, il modulo che attiene alla residenzialità psichiatrica. Tale modulo sarà implementato durante il processo di accreditamento definitivo tutt'ora in corso. I contenuti informativi saranno conformi ai tracciati record riportati nel decreto ministeriale.

Essi sono suddivisi nei seguenti sottogruppi di informazioni:

- caratteristiche anagrafiche delle strutture eroganti servizi per la tutela della salute mentale;
- consistenza e figure professionali del personale, dipendente e di quello assimilato delle aziende sanitarie private in convenzione;
- caratteristiche anagrafiche degli assistiti;
- dati di contatto corrispondenti alla presa in carico assistenziale dell'utente oggetto della rilevazione;
- dati relativi alle prestazioni sanitarie ricevute dall'utente oggetto della rilevazione.

Per le attività relative ai Presidi del DSM (CSM, ambulatori, centri diurni, strutture residenziali neuropsichiatriche) il Sistema Informativo di Psichiatria di Comunità sostituirà l'esistente sistema informativo SISP. Per quanto riguarda i minori, i servizi TSMREE, il sistema SINPI (mai implementato) costituirà la base informativa per un nuovo flusso integrato nel sistema SIPC. Per quanto concerne la sanità penitenziaria, saranno oggetto di rilevamento nel SIPC le attività

espletate dai DSM nei confronti dei soggetti transitati al SSN ai sensi del DPCM 1 aprile 2008. Anche il flusso di informazioni delle ex Case di Cure Neuropsichiatriche sarà parte integrante del SIPC. Verranno quindi meno le SDO di queste strutture, che fino all'anno 2011 hanno transitato tramite flusso SIO.

Altre informazioni correlate alla salute mentale continueranno ad essere rilevate da altri sistemi informativi correnti quali ad esempio:

- a) le visite ambulatoriali con diagnosi psichiatrica che attualmente fanno parte del flusso SIAS;
- b) l'attività dei Servizi psichiatrici di diagnosi e cura (SPDC) che rimarrà legata allo SDO (quindi l'informazione continuerà ad essere rilevata tramite il sistema SIO);
- c) le informazioni relative agli accessi in Pronto Soccorso con diagnosi principale psichiatrica, le quali continueranno ad essere rilevate tramite il sistema SIES.

Mentre per quanto concerne il Sistema Informativo Nazionale Dipendenze, istituito nell'ambito del Nuovo Sistema Informativo Sanitario Nazionale (NSIS), esso è entrato in vigore il 1° Gennaio 2012. Con la partecipazione al progetto SIND Support, si intende portare a compimento il percorso iniziato con il progetto nazionale SeSIT. Tale progetto prevedeva l'implementazione in tutti i Servizi Pubblici per le Tossicodipendenze della Regione Lazio, del Sistema Informativo sulle Dipendenze Patologiche basato sulla raccolta dati sul singolo utente.

Con la Delibera di Giunta n° 136/ 2007 la Regione Lazio ha ratificato l'implementazione del nuovo Sistema di Sorveglianza delle Dipendenze Patologiche definendone i flussi informativi ed il tracciato record individuale dei dati secondo gli standard europei dell' OETD di Lisbona.

Gli obiettivi del sistema di sorveglianza sono

- Descrivere le caratteristiche delle persone con problemi di dipendenza patologica che si rivolgono ai servizi pubblici e del privato sociale del Lazio;
- Misurare prevalenza e incidenza dei tossicodipendenti che si rivolgono ai servizi;
- Analizzare l'andamento temporale e le eventuali differenze geografiche del fenomeno;
- Valutare la relazione esistente tra le caratteristiche dei servizi e dell'utenza;
- Fornire a ciascun servizio informazioni utili ad una valutazione della propria attività;
- Fornire a ciascuna Azienda Sanitaria Locale elementi per la valutazione dell'offerta di trattamento
- Fornire agli organi di governo regionali evidenze epidemiologiche per la programmazione dell'assistenza in questo settore;
- Fornire al Ministero della Salute dati individuali anonimi secondo quanto previsto dal Nuovo Sistema Informativo Sanitario
- Disporre per gli studi epidemiologici, di un archivio anonimo di soggetti che hanno avuto un'esposizione con sostanze stupefacenti.

Per gli aspetti informatici e tecnologici del progetto il Dipartimento di Epidemiologia si avvale delle competenze di Lazio Sanità-ASP (Ai sensi della DGR 290 del 16 maggio 2006).

Attualmente, nel Lazio, i SerT in grado di rispondere al nuovo sistema informativo dipendenze patologiche sono il 55% del totale, di questi il 68% stanno utilizzando il Sistema con una discreta completezza sulle informazioni richieste da SIND.

Il progetto SIND Support costituisce una valida opportunità per completare l'informatizzazione dei servizi e per incrementare l'attività formativa e di supporto agli operatori dei servizi, essenziale perché la rispondenza al SIND sia completa ed affidabile.

La Regione Lazio ha avviato il flusso dei dati relativi al 2011 con l'invio dei dati:

- Strutture
- Personale

- Utenti
- Attività

Per quanto riguarda i dati 2012, il flusso Strutture è stato inviato al Ministero della Salute attraverso il tracciato SIND come previsto dal DM al 31 Gennaio 2013.

I flussi che interessano Personale Utenti e Attività saranno inviati nel formato previsto dal tracciato SIND nei termini previsti del 15 Aprile 2013.

Risultati programmati

- Descrivere le caratteristiche delle persone con problemi di dipendenza patologica che si rivolgono ai servizi pubblici e del privato sociale del Lazio;
- misurare la prevalenza e l'incidenza dei tossicodipendenti che si rivolgono ai servizi;
- analizzare l'andamento temporale e le eventuali differenze geografiche del fenomeno;
- valutare la relazione esistente tra le caratteristiche dei servizi e dell'utenza;
- fornire a ciascun servizio informazioni utili ad una valutazione della propria attività;
- fornire a ciascuna Azienda Sanitaria Locale elementi per la valutazione dell'offerta di trattamento
- fornire agli organi di governo regionali evidenze epidemiologiche per la programmazione dell'assistenza in questo settore;
- fornire al Ministero della Salute dati individuali anonimi secondo quanto previsto dal Nuovo Sistema Informativo Sanitario
- disporre, per gli studi epidemiologici, di un archivio anonimo di soggetti che hanno avuto un'esposizione con sostanze stupefacenti.
- completa implementazione del Sistema Informativo Nazionale Dipendenze' (SIND) presso i Ser.T., in attuazione del Decreto Ministeriale 11 giugno 2010.

Indicatori di risultato

- % delle strutture invianti i dati al Sistema Informativo per la Salute Mentale (SISM);
- rispetto degli standard e dei tempi stabiliti dal DM 15 ottobre 2010; completezza del dato;
- % delle strutture invianti i dati al Sistema Informativo Nazionale Dipendenze (SIND);
- rispetto degli standard e dei tempi stabiliti dal DM 11 giugno 2010; completezza del dato;

Cronoprogramma

- Attuazione Decreto Ministeriale 15 ottobre 2010 "Istituzione del sistema informativo per la salute mentale", per quel la parte concernente il modulo che attiene alla residenzialità psichiatrica, entro il termine del processo di accreditamento istituzionale (vedi Intervento 5.4: Definizione/aggiornamento e attivazione procedure per l'accreditamento definitivo);
- Attuazione del Decreto Ministeriale 11 giugno 2010 'Implementazione del Sistema Informativo Nazionale Dipendenze' (SIND) nel Lazio:

Anno	2012	2013	2014
Ser.T. con SIND a regime*	28	36	44
Ser.T. con SIND implementato**	5	8	0
Ser.T. con SIND da implementare	11	0	0
% dei SerT rispondenti al SIND	75%	100%	100%

* dati completi

**dati incompleti

Responsabile del procedimento attuativo:

Dirigente Area Programmazione della Rete dei Servizi dei Soggetti Deboli (Salute Mentale-Dipendenze-Carceri) con la collaborazione dell'Agencia di Sanità Pubblica e il Dipartimento di Epidemiologia della Asl Rme

Intervento 4.2: tessera sanitaria: corretta gestione dei flussi esistenti ed implementazione delle evoluzioni in materia di ricetta elettronica

- A partire da giugno 2012 nella Regione Lazio il sistema di prescrizione elettronica è entrato a regime.
- La situazione attuale è descritta nello schema sottostante :

Riepilogo Regione Lazio				
Periodo	TOTALE MMG+PLS+SAR (dati SOGEI)		TOTALE SAR (dati SAR)	
	Medici invianti (nel mese)	Ricette	Medici Invianti (nel mese)	Ricette
gen-12	8	135		
feb-12	6	93		
mar-12	7	90		
apr-12	8	1.576		
mag-12	43	3.707		
giu-12	1.149	195.875	166	1.393
lug-12	1.646	1.226.992	213	2.639
ago-12	1.695	1.000.308	266	6.422
set-12	2.665	2.136.507	414	11.354
ott-12	3.862	4.570.356	1.288	54.114
nov-12	5.342	4.858.794	1.341	71.177
dic-12	5.461	3.989.811	1.377	63.245
gen-13	6.129	5.634.953	1.897	104.114
feb-13	5.678	2.019.292	1.435	36.047
TOT. RICETTE INVIATE Gen.2012/Feb 2013		25.638.354		350.505

L'analisi dei dati sistemaTS evidenzia che oltre il 70% dei MMG e PLS e oltre 600 specialisti di struttura pubblica, utilizzano ricetta elettronica.

Risultati programmati

- Dematerializzazione ricetta medica, in attuazione del decreto 2 novembre 2011 del Ministero della salute ed il Ministero dell'Economia e delle Finanze.

Indicatori di risultato

- % delle ricette de materializzate inviate dai medici prescrittori;
- % delle strutture eroganti (farmacie, lavoratori e ambulatori) in grado di "ricevere" ricette de materializzate.

Cronoprogramma

- Entro il terzo trimestre 2013 avrà avvio la sperimentazione su de materializzazione ricetta medica per prescrizione farmaceutica dei MMG e PLS e contestualmente sarà avviata la sperimentazione su de materializzazione prescrizione specialistica interna all'Azienda Ospedaliera Sant'Andrea.
- Entro il 2013 sarà a regime il sistema SAR per la prescrizione MMG e PLS.
- Ha avuto avvio il tavolo tecnico con Federfarma per l'avvio della fase test su alcune farmacie del progetto de materializzazione
- Entro il 31.12.2013 dovrà essere de materializzato il 60% della prescrizioni farmaceutiche e specialistiche

Responsabile del procedimento attuativo:

- Dirigente Area Politica del farmaco

Programma 5: Accreditamento

Il programma, secondo le linee di indirizzo ministeriali, deve realizzare i seguenti obiettivi:

- individuazione del fabbisogno di prestazioni per tutte le tipologie assistenziali (sanitarie e sociosanitarie), e conseguente definizione del fabbisogno di offerta, articolato per ciascun livello di assistenza;
- definizione/aggiornamento dei requisiti autorizzativi;
- definizione/aggiornamento e attivazione procedure per l'autorizzazione;
- definizione/aggiornamento e attivazione procedure per l'accREDITAMENTO definitivo (in caso di accREDITAMENTO istituzionale definitivo attuato);
- recepimento di ulteriori requisiti, anche derivanti da atti e intese adottati in Conferenza Stato-Regioni;
- modalità di verifica di allineamento dei requisiti richiesti per l'accREDITAMENTO, in coerenza con la normativa vigente;
- modalità di verifica periodica della sussistenza dei requisiti.

Intervento 5.1: Individuazione del fabbisogno di prestazioni per tutte le tipologie assistenziali (sanitarie e sociosanitarie), e conseguente definizione del fabbisogno di offerta, articolato per ciascun livello di assistenza

Il DCA 17/2010 ha definito il fabbisogno assistenziale per le strutture del Servizio sanitario della regione Lazio. In particolare, il provvedimento ha riguardato i seguenti ambiti assistenziali:

- dotazione di posti letto ordinari e DH per acuti distinto per specialità (a partire dallo standard di 3,3 pl per 1.000 abitanti);
- posti letto di riabilitazione ospedaliera e lungodegenza post-acuzie;
- presidi e centri ambulatoriali di riabilitazione (ex art. 26);
- offerta ambulatoriale specialistica;
- presidi dialitici;
- centri di salute mentale, centri diurni e strutture residenziali psichiatriche;
- RSA;
- Hospice adulti e pediatrici;
- case alloggio per persone con AIDS
- centri di PMA.

Successivamente al Decreto 17, la Regione Lazio con il Decreto 80/2010, che a sua volta recepisce 9 Decreti su reti di specialità (n.56 Rete Perinatale, n.59 Rete Oncologica, n.73 Rete Assistenziale Emergenza, n.74 Rete Cardiologica, n.75 Rete Ictus, n.76 Rete Assistenza Trauma, n.77 Rete Chirurgia Plastica, n.78 Rete Maxillo-Facciale, n.79 Rete Chirurgia Mano), ha programmato il fabbisogno della rete ospedaliera per acuti e per la post-acuzie (riabilitazione e lungodegenza medica).

Contestualmente alla rete ospedaliera, con DGR 87/2010 e Decreti 84/2010, 39/2012, 429/2012, è stato stimato il fabbisogno per l'offerta residenziale e semiresidenziale a persone non autosufficienti, anche anziane; l'offerta ambulatoriale, domiciliare, residenziale e semiresidenziale a persone con disabilità fisica, psichica e sensoriale; l'offerta di assistenza domiciliare integrata per persone non autosufficienti; l'offerta di cure palliative.

Per quanto riguarda la rete dei servizi psichiatrici: il Decreto 80/2010 definisce il fabbisogno di SPDC con la relativa dotazione di posti letto ed il Decreto 101/2010 definisce il fabbisogno delle strutture residenziali nelle loro diverse tipologie (STPIT, SRTRi, SRTRe, SRSR 24-h e SRSR 12h).

OBIETTIVI

Aggiornare le stime di fabbisogno contenute nel DPCA 17/2010 alla luce della riorganizzazione della rete assistenziale (ospedaliera e territoriale) avviata ai sensi della L. 135/2012.

AZIONI

Sviluppo di un insieme di indicatori, sia epidemiologici che di attività appropriata, in grado di verificare la corrispondenza fra fabbisogno stimato dai vari provvedimenti e domanda espressa per i seguenti comparti:

- ospedaliero per acuti, in termini di posti letto e punti di offerta;
- ospedaliero post-acuzie, in termini di posti letto e punti di offerta, con particolare attenzione alle Gravi Cerebrolesioni Acquisite e Mielolesioni acute;
- ospedaliero e residenziale della salute mentale, in termini di posti letto, posti residenziali e punti di offerta;
- territoriale, verifica ed eventuale aggiornamento del DCA n. 39/2012 sul fabbisogno residenziale e semiresidenziale per persone non autosufficienti, anche anziane, e per persone con disabilità fisica, psichica e sensoriale
- consultori familiari, in termini di punti di offerta;
- territoriale, verifica ed eventuale aggiornamento del fabbisogno del DCA 84/2010 relativo all'offerta di cure palliative per gli adulti, nonché verifica ed eventuale aggiornamento della DGR 87/2010 relativa all'offerta di cure palliative pediatriche
- dialisi, in termini di posti e punti di offerta;
- AIDS, in termini di posti in case alloggio;
- procreazione medicalmente assistita (PMA), in termini di punti di offerta e livello (I, II e III);
- per il comparto della specialistica ambulatoriale, in termini di prestazioni e punti di offerta.

Risultati programmati

- Raggiungere nel triennio 2013-2015 un assetto dell'offerta assistenziale, ospedaliera e territoriale, corrispondente al fabbisogno stimato

Indicatori di risultato

- Rapporto fra numero di posti letto (acuti e post-acuzie) presenti e previsti da fabbisogno non superiore ad uno scostamento del 20% ;
- Rapporto fra numero di posti residenziali psichiatrici presenti e previsti da fabbisogno non superiore ad uno scostamento del 20%;

- Rapporto fra posti ADI, posti residenziali, posti per la riabilitazione estensiva e di mantenimento e previsti da fabbisogno presenti
- Rapporto fra n. consultori familiari presenti e previsti da fabbisogno non superiore ad uno scostamento del 20% ;
- Rapporto fra posti per cure terminali e di sollievo presenti e previsti da fabbisogno;
- Rapporto fra posti dialisi presenti e previsti da fabbisogno;
- Rapporto fra posti AIDS in case alloggio presenti e previsti da fabbisogno non superiore ad uno scostamento del 20%;
- Rapporto fra numero centri di PMA di I, II e III livello presenti e previsti da fabbisogno non superiore ad uno scostamento del 20%;
- Rapporto fra numero prestazioni di specialistica ambulatoriale osservate e previste da fabbisogno
- Rapporto fra numero punti di offerta di specialistica ambulatoriale presenti e previsti da fabbisogno

Cronoprogramma

- Entro il 31 dicembre 2013, revisione del fabbisogno di tutti i servizi ospedalieri e territoriali elencati nel Decreto 17/2010.
- Dal 1 gennaio 2014 al 31 dicembre 2014, monitoraggio della corrispondenza fra offerta presente e stimata dal fabbisogno.
- Dal 1 gennaio 2015 al 31 dicembre 2015, revisione del fabbisogno.

Responsabile del procedimento attuativo:

- Dirigente Area Programmazione della rete ospedaliera (pubblica-privata-policlinici universitari) e ricerca
- Dirigente Area programmazione dei servizi territoriali e delle attività distrettuali dell'integrazione socio sanitaria

Intervento 5.2: Definizione/aggiornamento dei requisiti autorizzativi

I requisiti minimi autorizzativi della Regione Lazio, in linea con la disciplina formulata dal decreto legislativo n. 502 del 1992 e sue successive modificazioni e integrazioni, combinato con il DPR 14 gennaio 1997, trovano il loro fondamento nella legge regionale n.4 del 3 marzo 2003, la quale ha dettato, attraverso la individuazione di specifici principi, competenze, procedure e tempi di adeguamento, le regole generali del settore, collocando in un unico grande ed organico quadro d'insieme, cronologicamente coerente, le diverse fasi del percorso dall'autorizzazione alla realizzazione fino all'esercizio ed all'accreditamento; l'attuale normativa sui requisiti minimi, in linea con la creazione del testo unico dei requisiti vigenti sul territorio della Regione, ha adottato il Decreto del Commissario ad Acta U0008/2011. La creazione del "Testo Unico" per i requisiti minimi, obiettivo al quale si mira, non deve essere inteso come la creazione di un documento che, seppur necessario, sia mero e statico provvedimento onnicomprensivo di recepimento di disposizioni emanate a livello nazionale, ma deve divenire il coronamento del difficile percorso intrapreso dalla Regione Lazio tutto teso al raggiungimento di una stretta e quanto mai proficua compenetrazione tra i contenuti fissati a livello generale e la particolare complessità del sistema regionale, sia dal punto di vista della numerosità dei soggetti operanti sul territorio, che della particolare natura e vocazione di molti di loro. In detta ottica, la normativa di livello nazionale è stata intesa non certo come un limite invalicabile, quanto piuttosto come l'indispensabile traccia da seguire sulla quale inserire di volta in volta particolari obiettivi di specifico interesse regionale. Pertanto, contestualmente con la creazione del Testo Unico, deve avvenire la sua informatizzazione, ovvero deve essere favorito e semplificato l'approccio dei soggetti interessati

con un database dinamico in continua evoluzione, disponibile in piattaforma informatica sul sito WEB della Regione Lazio.

La governance dell'attuazione del Programma Operativo, per l'intervento di cui alla seguente scheda, verrà assicurata dall'area "Autorizzazione ed Accreditamento" – "Direzione Regionale Assetto Istituzionale, Prevenzione E Assistenza Territoriale".

Risultati programmati

- Realizzazione del Testo Unico sui requisiti minimi autorizzativi – Informatizzazione Testo Unico

Indicatori di risultato

- Anno 2013: disponibilità della bozza Testo Unico;
- anno 2014: adozione del Decreto per l'avvio della Sperimentazione e collaudo dell'informatizzazione per la pubblicazione sul portale WEB del Testo Unico;
- anno 2015: avviso Inserimento "Testo Unico" sul portale WEB

Cronoprogramma

- Anno 2013: elaborazione Testo Unico – Stesura bozza;
- anno 2014: testo Unico – Versione definitiva – Sperimentazione dell'informatizzazione per la pubblicazione sul portale WEB;
- anno 2015: piattaforma Informatica – Inserimento "Testo Unico" sul portale WEB

Responsabile del procedimento attuativo:

- Dirigente Area Autorizzazione ed Accreditamento" – "Direzione Regionale Assetto Istituzionale, Prevenzione E Assistenza Territoriale

Intervento 5.3: Definizione/aggiornamento e attivazione procedure per autorizzazione

Le procedure di autorizzazione all'esercizio per le attività sanitarie, in linea con il combinato disposto dal decreto legislativo n. 502 del 1992 e sue successive modificazioni e integrazioni e la legge regionale n.4/2003, trovano il loro fondamento nel Regolamento Regionale n.2/2007. Attualmente, è previsto, da parte dei soggetti interessati, l'invio della documentazione in formato cartaceo, il che comporta pertanto un inevitabile "giro" di carte che complica il processo amministrativo, dato anche il numero elevato di soggetti, ed in particolare quelli previsti dall'art.8 ter comma 2 D.lgs. 502/92, coinvolti. A titolo esemplificativo, ma non esaustivo, le strutture coinvolte sono, tra autorizzate all'esercizio e autorizzate e accreditate, circa 80 Case di Cura, 15 presidi ospedalieri, 1.100 presidi ambulatoriali/multifunzione, 350 ambulatori odontoiatrici, 5.100 studi odontoiatrici, 100 RSA.

In detta ottica, data l'indispensabile traccia da seguire segnata dal R.R. n.2/2007, l'obiettivo deve essere sicuramente quello della semplificazione amministrativa, ovvero l'informatizzazione dello stesso processo, predisponendo adeguate modalità di interrelazione tra tutti gli operatori e soggetti coinvolti. Ciò consentirebbe sicuramente un approccio alla richiesta di autorizzazione all'esercizio da parte dei soggetti coinvolti più snello, un avvicinamento alla dematerializzazione del processo stesso, accelerando i tempi di "scambio" dei documenti, delle notifiche, delle richieste di integrazione, e consentendo alle strutture stesse di monitorare lo status del processo stesso (evitando sicuramente probabili contenziosi) in linea con la trasparenza amministrativa.

La governance dell'attuazione del Programma Operativo, per l'intervento di cui alla seguente scheda, verrà assicurata dall'area "Autorizzazione ed Accreditamento" – "Direzione Regionale Assetto Istituzionale, Prevenzione E Assistenza Territoriale".

Risultati programmati

- Informatizzazione processo di autorizzazione all'esercizio

Indicatori di risultato

- Anno 2013: disponibilità della bozza di modifica al Regolamento Regionale n. 2/2007;
- anno 2014: adozione del Decreto per l'avvio della Sperimentazione e collaudo delle procedure Online informatizzate per la pubblicazione sul portale WEB delle modifiche Regolamento Regionale n. 2/2007;
- anno 2015: avviso attivazione procedure online "Regolamento Regionale n. 2/2007" sul portale WEB

Cronoprogramma

- Anno 2013: elaborazione modifiche Regolamento Regionale n. 2/2007 – Stesura bozza;
- anno 2014: elaborazione modifiche Regolamento Regionale n. 2/2007 – Versione definitiva – Sperimentazione delle procedure Online informatizzate per la pubblicazione sul portale WEB;
- anno 2015: piattaforma Informatica – Attivazione procedure Online "Regolamento Regionale n. 2/2007" sul portale WEB

Responsabile del procedimento attuativo:

- Dirigente Area Autorizzazione ed Accreditamento" – "Direzione Regionale Assetto Istituzionale, Prevenzione E Assistenza Territoriale

Intervento 5.4: Definizione/aggiornamento e attivazione procedure per l'accREDITAMENTO definitivo (in caso di accREDITAMENTO istituzionale definitivo attuato)

Con l'applicazione dell'accREDITAMENTO si producono i vantaggi determinati da regole condivise, da costi predeterminati, dalla tutela del paziente relativamente alla qualità degli esiti e da una politica di miglioramento continuo della qualità delle strutture sanitarie.

Per tale attività è stata istituita un'Area all'interno della Direzione "Programmazione e Risorse del SSR" che è deputata ad assolvere gli adempimenti previsti dalla legge regionale n. 12/2011, denominata Ufficio Speciale Temporaneo per l'attuazione della Legge n.12/2011, con i seguenti compiti:

- curare l'attuazione della L.R. n.12/2011, con riferimento alla procedura per la conferma delle autorizzazioni e rilascio degli accREDITAMENTI istituzionali definitivi, ivi inclusi gli adempimenti connessi al rilascio dei provvedimenti finali;
- svolgere l'istruttoria e provvedere a tutte le domande presentate dalle strutture coinvolte nella suddetta procedura e volte ad ottenere l'ampliamento, la trasformazione, il trasferimento o la rimodulazione della struttura, il trasferimento della titolarità, la cessione dell'autorizzazione all'esercizio;
- vigilare sulle strutture ai fini dell'adozione di eventuali provvedimenti di sospensione, revoca e decadenza dell'autorizzazione all'esercizio, nonché sospensione e revoca dell'accREDITAMENTO;

- curare l'attuazione delle intese di riconversione sottoscritte dagli erogatori privati e ratificate con Decreto del Commissario ad Acta in conseguenza dei DCA n. 80 e 81 del 2010 e successive modificazioni e integrazioni, ivi inclusi gli accordi di riorganizzazione e comunque modificativi dei sopra citati decreti commissariali, ivi inclusi gli adempimenti connessi al rilascio delle autorizzazioni all'esercizio e dell'accreditamento istituzionale.

Sono state predisposte quindi le seguenti attività:

1. standardizzazione delle procedure delle ASL e implementazione della piattaforma informatica che gestisce l'iter di accreditamento definitivo (SAAS), al fine di renderla più fruibile sia alle ASL che alla Regione, nonché per la massima efficienza dell'utilizzo dei dati in essa contenuti.
2. formazione;
3. predisposizione ed applicazione di un modello unico per i controlli delle ASL;
4. istituzione gruppo di lavoro a titolo non oneroso per l'uniformità delle procedure di controllo;
5. Istituzione di un gruppo di lavoro di vigilanza e ispezione, a titolo non oneroso, che si sostituisce alla ASL competente per territorio nei casi in cui si sia verificata l'inerzia o la conclusione parziale della verifica;
6. invio automatico del sistema di messaggio via e-mail dell'esito delle verifiche delle ASL;
7. apposizione di QR code sul Decreto per uniformare e facilitare anche i controlli successivi;
8. avvio di un percorso dedicato alla risoluzione amministrativa dei contenziosi per evitare danni patrimoniali alla Regione.

L'esito delle attività di cui sopra si sostanzia con l'adozione di decreto del Commissario ad acta di conferma (totale o parziale) dell'autorizzazione all'esercizio e di rilascio dell'accreditamento definitivo, ovvero un decreto del Commissario ad acta di rigetto dell'istanza presentata .

Suddetto Decreto sostituisce tutti i precedenti atti provvisori di autorizzazione all'esercizio, nonché di accreditamento provvisorio delle attività sanitarie, rilasciati in precedenza alla struttura, e autorizza la stessa all'esercizio delle attività sanitarie per le tipologie ivi descritte.

Nel Decreto si prende atto del nominativo a cui si affida la Direzione Tecnica e si individua nell'Azienda Sanitaria Locale, competente per territorio, l'ente preposto alla vigilanza:

- a) sulla persistenza dei requisiti strutturali, tecnici ed organizzativi
- b) su quelli ulteriori di accreditamento secondo quanto previsto dal DPCA n. U0090 del 10.11.2010 e successive modificazioni,
- c) sulle condizioni in base alle quali viene rilasciato il Decreto.

Si richiama, infine, l'obbligo in capo alla struttura circa le variazioni della tipologia della struttura, del titolare della gestione, del Direttore Tecnico, nonché dei locali a seguito di ampliamento, trasformazione o trasferimento, ovvero variazioni della tipologia delle prestazioni, che dovranno essere preventivamente autorizzate dalla Regione.

Allo stato attuale è stata esaurita l'istruttoria per oltre il 90% delle strutture che hanno presentato la domanda ai sensi del citato art. 1, commi 18-26 della L.R. 10 agosto 2010, n.3, ed è stato adottato il decreto del Commissario ad acta di conferma (totale o parziale) dell'autorizzazione all'esercizio e di rilascio dell'accreditamento definitivo ovvero il decreto del Commissario ad acta di rigetto dell'istanza presentata, secondo quanto esposto in tabella:

NUMERO STRUTTURE	NUMERO
IN POSSESSO DI ACCREDITAMENTO DEFINITIVO	428

CON PROPOSTA DI DECRETO ACCREDITAMENTO DEFINITIVO	345
CON PARERE CONTRARIO	28
IN ISTRUTTORIA	47
TOTALE PROVVEDIMENTI ADOTTATI	846

Non è stata esaurita l'istruttoria relativamente a n. 47 strutture stante la mancata trasmissione, da parte delle Aziende Sanitarie Locali territorialmente competenti, delle definitive attestazioni di conformità ai requisiti richiesti. La mancata trasmissione delle attestazioni è stata determinata unicamente dalla consistente mole di adempimenti ricadenti in contemporanea sugli uffici ispettivi delle Aziende Sanitarie Locali, connessi alla procedura di cui all'art.1, commi 18-26 L.R. 10 agosto 2010, n.3 e successive modifiche ed integrazioni, e resi ancora più gravosi dalle previsioni di cui all'art.1, commi 123-126 della L.R. 27 agosto 2011, n.12;

Si procederà, al termine dell'iter di accreditamento definitivo previsto dalla L.R. 3/10 e ss.mm.ii. alla verifica delle situazioni delle convenzioni in essere tra le Aziende sanitarie regionali (ASL e A.O.) e le strutture private di cui è stato richiesto il relativo elenco completo di tutte le convenzioni in essere tra le Aziende in indirizzo e i soggetti privati erogatori di attività sanitarie non accreditati ai sensi dell'Art. 8-bis, del D. Lgs. 229/99 "Autorizzazione, accreditamento e accordi contrattuali" che testualmente recita:

"Le regioni assicurano i livelli essenziali e uniformi di assistenza di cui all'articolo 1 avvalendosi dei presidi direttamente gestiti dalle aziende unità sanitarie locali, delle aziende ospedaliere, delle aziende universitarie e degli istituti di ricovero e cura a carattere scientifico, nonché di soggetti accreditati ai sensi dell'articolo 8-quater, nel rispetto degli accordi contrattuali di cui all'articolo 8-quinquies".

Nel rispetto della L.R. 3/10 che testualmente recita art. 1 comma 21. Le domande di accreditamento istituzionale definitivo devono essere corredate da dichiarazione sostitutiva di atto di notorietà del titolare o del legale rappresentante circa la rispondenza ai requisiti ulteriori previsti per l'accREDITAMENTO ovvero da atto unilaterale d'obbligo ad adeguare le strutture nei termini definiti con il provvedimento di individuazione dei requisiti ulteriori. La domanda di accREDITAMENTO deve, altresì, indicare gli estremi dell'eventuale provvedimento attestante l'accREDITAMENTO provvisorio e le attività per le quali è stato concesso ovvero delle convenzioni o di altro titolo per l'accREDITAMENTO transitorio previsto dall'articolo 6, comma 6, della legge 23 dicembre 1994, n. 724 (Misure di razionalizzazione della finanza pubblica).

In tale fattispecie rientra anche il processo di accREDITAMENTO delle attività del servizio di assistenza domiciliare di cui all'art. 2 della L.R. 6/2011. A tale riguardo si utilizzerà la procedura informatica SAASS di cui alla L.R 3/2010 e smi applicando il medesimo iter, requisiti ulteriori di accREDITAMENTO e relative liste di verifica già utilizzati per le procedure di accREDITAMENTO definitivo delle altre attività sanitarie e socio-sanitarie.

Tale procedura si concluderà entro il 31.12.2013.

Risultati programmati

- conclusione delle procedure per l'accreditamento definitivo

Indicatori di risultato

- Adozione dei decreti del Commissario ad acta di conferma (totale o parziale) dell'autorizzazione all'esercizio e di rilascio dell'accreditamento definitivo ovvero del decreto del Commissario ad acta di rigetto dell'istanza presentata

Cronoprogramma

- completamento, da parte delle Aziende Sanitarie Locali territorialmente competenti, della trasmissione delle attestazioni di conformità per la regolarizzazione delle posizioni dei soggetti privati ancora aperte;
- completamento accreditamento definitivo previsto dalla L.R. 3/10 e ss.mm.ii. alla verifica delle situazioni delle convenzioni in essere tra le Aziende sanitarie regionali (ASL e A.O e i soggetti privati erogatori di attività sanitarie non accreditati ai sensi dell'Art. 8-bis, del D. Lgs. 229/99 entro il primo semestre 2014.

Responsabile del procedimento attuativo:

- Dirigente Area Ufficio Speciale Temporaneo per l'Attuazione della Legge N.12/2011

Intervento 5.5: Recepimento di ulteriori requisiti, anche derivanti da atti e intese adottati in Conferenza Stato- Regioni;

Ai fine del perseguimento degli obiettivi di tutela della salute dei cittadini individuati con i Livelli Essenziali di Assistenza, l'accreditamento è lo strumento di garanzia della qualità che mira a promuovere un processo di miglioramento continuo della qualità delle prestazioni, dell'efficienza e dell'organizzazione. Il complesso sistema dell'autorizzazione/accreditamento si è sviluppato, definendo percorsi normativi differenziati tra le Regioni e Province autonome di Trento e Bolzano, e si è determinata così la necessità di condividere gli elementi principali del sistema nelle loro caratteristiche comuni anche in considerazione dei recenti indirizzi europei.

In sede di Conferenza Permanente per i Rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province Autonome di Trento e di Bolzano è stata avanzata una proposta di intesa in materia di accreditamento delle strutture sanitarie ai sensi dell'articolo 8, comma 6, della legge 5 giugno 2003, n. 131 che, ai sensi del citato articolo 7, comma 1 del Patto per la salute 2010-2012, intende promuovere una revisione normativa in materia di accreditamento. La proposta di intesa va a recepire l'attività di un apposito Tavolo istituito per la revisione della normativa in materia di accreditamento presso il Ministero della salute con la partecipazione di esperti dello stesso Ministero, dell'Agenzia nazionale per i Servizi Sanitari e delle Regioni e delle Province Autonome di Trento e di Bolzano. Tale tavolo ha terminato i propri lavori con predisposizione del documento definito "Disciplinare sulla revisione della normativa dell'Accreditamento", parte integrante della proposta di intesa, con cui sono state individuate alcune caratteristiche che tutte le strutture sanitarie debbono possedere per l'autorizzazione/accreditamento istituzionale, nonché alcuni requisiti ulteriori di qualità.

In particolare si individuano i punti cardine da seguire per determinare quali strutture saranno meritevoli o meno di far parte dei servizi sanitari regionali: attuazione di un sistema di gestione delle strutture sanitarie per governare l'attività di cura e di assistenza, definizione della tipologia delle prestazioni e dei servizi erogati, e monitoraggio e valutazione delle performance erogate. Idoneità delle strutture e applicazione delle norme per la gestione e la manutenzione delle attrezzature, competenza del personale e comprovate capacità di comunicazione tra i professionisti e i pazienti, appropriatezza clinica e sicurezza, attuazione di processi di miglioramento e innovazione tecnico professionale e organizzativo, umanizzazione e personalizzazione delle cure

La regione Lazio, in sede di Conferenza Permanente per i Rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province Autonome di Trento e di Bolzano, ha contribuito attivamente al processo di revisione della normativa dell'accreditamento e di definizione di requisito o gruppi di requisiti, degli obiettivi che deve essere perseguiti ed il rationale su cui si basano.

La regione si impegna sin d'ora a rivedere la propria normativa in materia di accreditamento delle strutture sanitarie, sulla base dei contenuti del documento sopra illustrato, entro il termine che sarà indicato nell'approvanda intesa.

Risultati programmati

- revisione della propria normativa in materia di accreditamento delle strutture sanitarie

Indicatori di risultato

- Adozione del Decreto del Commissario ad acta

Cronoprogramma

- Entro il termine individuato intesa che sarà sancita dalla Conferenza Permanente per i Rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province Autonome di Trento e di Bolzano

Responsabile del procedimento attuativo:

- Dirigente Area Ufficio Speciale Temporaneo per l'Attuazione della Legge N.12/2011

Intervento 5.6: Modalità di verifica di allineamento dei requisiti richiesti per l'accreditamento, in coerenza con la normativa vigente

Il DCA U0013/2011 ha stabilito le modalità di verifica dell'allineamento dei requisiti richiesti per l'accreditamento, in coerenza con la normativa vigente, che comprendono l'esame documentale e il successivo sopralluogo presso la struttura. Con lo stesso provvedimento sono state individuate le competenze in capo alle ASL territorialmente competenti, che effettuano gli accertamenti tramite il Dipartimento di Prevenzione e le altre strutture aziendali deputate alla verifica dell'accreditamento delle strutture sanitarie, ed è stata altresì individuata la figura del Coordinatore della Commissione di verifica, il quale, acquisiti dai responsabili dei servizi interessati gli esiti della verifica, ivi inclusa la completezza e la regolarità della documentazione inviata telematicamente, trasmette apposita relazione attestante gli esiti della verifica al Direttore Generale dell'azienda USL che, sulla base della stessa, provvede a rilasciare attestazione di conformità ai requisiti richiesti da trasmettere in copia cartacea alla Direzione regionale competente e in copia digitalizzata mediante inserimento nella piattaforma informatica SAAS.

Al fine di uniformare le procedure e dirimere le criticità emerse durante le verifiche disposte dalle Commissioni di verifica delle ASL, questa Area ha previsto, oltre la costituzione di un gruppo di lavoro ad hoc, anche la convocazione periodica di appositi tavoli tecnici con i Coordinatori delle Commissioni, conferendo quindi omogeneità all'attività tecnico-amministrativa delle 12 Aziende USL ubicate sul territorio regionale.

Intervento 5.7: Modalità di verifica periodica della sussistenza dei requisiti.

Le procedure di verifica e vigilanza sulle strutture autorizzate all'esercizio per le attività sanitarie, in linea con il combinato disposto dal decreto legislativo n. 502 del 1992 e sue successive modificazioni e integrazioni e la legge regionale n.4/2003, trovano il loro fondamento nel Regolamento Regionale n.2/2007, in particolare nel capo IV. Attualmente, per i soggetti interessati, è previsto l'invio con cadenza quinquennale dal rilascio del relativo provvedimento autorizzatorio una dichiarazione sostitutiva di atto di notorietà del titolare o del legale rappresentante della struttura o dell'attività circa la rispondenza delle stesse ai requisiti minimi. A titolo esemplificativo ma non esaustivo, le strutture coinvolte sono circa , tra autorizzate

all'esercizio e autorizzate e accreditate, 80 Case di Cura, 15 presidi ospedalieri, 1100 presidi ambulatoriali/multifunzione, 350 ambulatori odontoiatrici, 5100 studi odontoiatrici, 100 RSA.

Fermo restando che la Regione vigila sul rispetto della normativa vigente avvalendosi delle aziende USL territorialmente competenti, le quali comunicano tempestivamente alla Regione stessa le eventuali violazioni riscontrate a carico dei soggetti pubblici e privati autorizzati, l'obiettivo è istituire specifici protocolli con le Aziende stesse, anche tramite verifiche a campione, per avere con cadenza quinquennale, un'attività di vigilanza specifica sul territorio.

La governance dell'attuazione del Programma Operativo, per l'intervento di cui alla seguente scheda, verrà assicurata dall'area "Autorizzazione ed Accreditamento" – "Direzione Regionale Assetto Istituzionale, Prevenzione E Assistenza Territoriale".

RISULTATI PROGRAMMATI

- Protocollo Operativo Con Le Aziende Sanitarie Per L'Attività Di Vigilanza.

INDICATORI DI RISULTATO

- Anno 2013: bozza del Protocollo Operativo per l'Attività di Vigilanza.
- anno 2014: approvazione e avvio della fase sperimentale del Protocollo Operativo in Aziende sanitarie pilota;
- anno 2015: Avvio delle Attività di Vigilanza sulla base del Protocollo Operativo.

IL CRONO PROGRAMMA DELLE SCADENZE INTERMEDIE E FINALITÀ CHE DOVRANNO ESSERE RISPETTATE

- Anno 2013: incontri per la stesura della bozza del Protocollo Operativo con le Aziende Sanitarie per l'Attività di Vigilanza;
- Anno 2014: avvio del modello sperimentale territoriale del Protocollo Operativo con le Aziende Sanitarie per l'Attività di Vigilanza in alcune Aziende sanitarie pilota e per diverse tipologie di strutture;
- Anno 2015: Avvio delle Attività di Vigilanza sulla base del Protocollo Operativo con le Aziende Sanitarie.

IMPATTO ECONOMICO:

- Non quantificabile

RESPONSABILE DEL PROCEDIMENTO ATTUATIVO

- Dirigente Area Autorizzazione ed Accreditamento" – "Direzione Regionale Assetto Istituzionale, Prevenzione E Assistenza Territoriale".

Intervento 5.8: Modalità di verifica di allineamento dei requisiti richiesti per l'accreditamento, in coerenza con la normativa vigente per le strutture pubbliche

Al fine di armonizzare il percorso di adeguamento ai requisiti previsti in materia di autorizzazione all'esercizio ed accreditamento delle strutture e dei servizi erogati da soggetti pubblici, è previsto l'avvio di una procedura diretta al monitoraggio dello stato di adesione ai requisiti stessi mediante utilizzo della piattaforma informatica SAASS con le modalità già previste per i soggetti erogatori privati, al fine della conferma dell'autorizzazione all'esercizio ai sensi della L.R. 4/2003.

Risultati programmati

- Avvio procedura di monitoraggio

Indicatori di risultato

- Anno 2013: elaborazione documento per la procedura di monitoraggio.
- anno 2014: avvio della procedura informatica rivolta a tutte le strutture sanitarie e socio-sanitarie pubbliche

- subordinatamente alla rimodulazione dei posti letto ai sensi della L. 135/2012;
- anno 2015: avvio dei controlli secondo specifico cronoprogramma

Impatto economico:

- Non quantificabile

Responsabile del procedimento attuativo

- Dirigente Area Autorizzazione ed Accreditamento” – “Direzione Regionale Assetto Istituzionale, Prevenzione E Assistenza Territoriale”.

Intervento 5.9: Procreazione Medicalmente Assistita (PMA). Definizione/aggiornamento dei requisiti autorizzativi e avvio procedure per il rilascio dell'autorizzazione all'esercizio.

Le prestazioni di procreazione medicalmente assistita comportano attività di diversa complessità tecnica, scientifica ed organizzativa, tali da prevedere differenti livelli di requisiti strutturali, tecnologici, organizzativi e di personale, distinti per complessità crescente delle strutture che le erogano. Le attività di PMA devono essere considerate come un ulteriore atto terapeutico laddove non si è riusciti ad amplificare naturalmente le capacità fecondanti della coppia.

Gli interventi di procreazione medicalmente assistita, possono essere effettuati esclusivamente in strutture sanitarie espressamente autorizzate, ai sensi degli artt.7 e ss. della L.R. n. 4/03 e successive modifiche, con esclusione degli studi professionali o medici non ricompresi all'interno delle tipologie di cui all'articolo 4 della medesima L.R. n. 4/2003.

Tutte le strutture devono, adeguarsi a quanto disposto dagli artt. 6 e 7 della L. n.40/04 e, nel contempo, garantire la partecipazione al registro di cui all'art.11 della legge stessa.

La Regione si propone l'aggiornamento della DGR n. 66/2008 alla luce di quanto previsto dalle linee guida approvate dall'Accordo della Conferenza Stato – Regioni del 15 marzo 2012 concernente: *“Requisiti minimi organizzativi, strutturali e tecnologici delle strutture sanitarie autorizzate di cui alla legge 19 febbraio 2004, n. 40 per la qualità e la sicurezza nella donazione, l'approvvigionamento, il controllo, la lavorazione, la conservazione, lo stoccaggio e la distribuzione di cellule umane”*.

In particolare, al fine di consentire una tempestiva conclusione delle procedure di verifica dei requisiti, è prevista la sottoscrizione di un accordo di collaborazione gratuita con il Centro Nazionale Trapianti ai sensi dell'articolo 7 del D. Lgs. n. 191/2007, per la realizzazione di un programma di verifiche ispettive congiunte (CNT –ASL competenti), finalizzate sia al rilascio di specifica autorizzazione all'esercizio ex art. 6 del D.Lgs 191/2007 da parte della Regione, sia della certificazione di conformità ai requisiti previsti dalla normativa vigente.

RISULTATI PROGRAMMATI

- Recepimento dall'Accordo della Conferenza Stato – Regioni del 15 marzo 2012
- Aggiornamento requisiti autorizzativi
- Approvazione schema di collaborazione con il Centro Nazionale Trapianti

INDICATORI DI RISULTATO

- Entro giugno 2013: Recepimento dall'Accordo della Conferenza Stato – Regioni del 15 marzo 2012
- Anno 2013
- Adozione testo integrato riguardante i requisiti autorizzativi
- Approvazione schema di collaborazione con il Centro Nazionale Trapianti
- Approvazione della procedura informatica rivolta a tutte le strutture sanitarie pubbliche e private;

ANNO 2014:

- Avvio dei controlli secondo specifico cronoprogramma d'intesa con le ASL- CNT
- Rilascio di specifica autorizzazione all'esercizio alle strutture per le quali sia stato certificato positivamente il possesso dei prescritti requisiti.

IMPATTO ECONOMICO:

- Non quantificabile

RESPONSABILE DEL PROCEDIMENTO ATTUATIVO

- Dirigente Area Autorizzazione ed Accreditamento” – “Direzione Regionale Assetto Istituzionale, Prevenzione E Assistenza Territoriale”.

Copia
Proposta PO 2013-2015

Programma 6: Contabilità analitica

Il programma, secondo le linee di indirizzo ministeriali, deve realizzare i seguenti obiettivi:

- coerenza del piano dei centri di costo con la struttura organizzativa;
- coerenza del piano dei centri di costo con il piano dei conti;
- gradi di utilizzo della contabilità analitica;
- quadratura con la contabilità generale e capacità di motivare adeguatamente le squadrature;
- capacità di codificare e quantificare gli scambi interni;
- utilizzo della contabilità analitica ai fini della predisposizione dei modelli di rilevazione LA;
- potenziamento della capacità di traduzione dei dati economici per natura in dati economici per destinazione, al fine di consolidare/implementare l'utilizzo della contabilità analitica a supporto delle attività di programmazione e di controllo regionale e aziendale.

Intervento 6.1: Contabilità analitica

La Regione Lazio con DGR 203/2005 ha adottato le Linee Guida per il controllo di gestione delle Aziende Sanitarie con l'obiettivo tra l'altro di avviare la contabilità analitica delle Aziende del SSR, descrivendone i principi e le procedure di rilevazione. Le Linee Guida avevano anche l'obiettivo, pur nel rispetto dell'autonomia gestionale delle Aziende Sanitarie, di avviare un percorso di omogeneizzazione del flusso di informazioni sulla contabilità analitica, sia riguardo all'oggetto che ai criteri di rilevazione, prodotte dalle Aziende Sanitarie.

Nel novembre 2009 la Regione ha ripreso il processo di allineamento dei sistemi contabili di contabilità analitica delle Aziende del SSR e ha avviato una prima fase per l'implementazione dei principi e delle procedure per il sistema informativo sulla contabilità analitica.

La conclusione della prima fase del progetto di riordino della contabilità analitica ha portato le Aziende Sanitarie ad inviare i flussi trimestrali di contabilità analitica: flussi dei dati economici e flusso del personale e una tabella di riconciliazione tra contabilità generale e contabilità analitica. Con cadenza trimestrale le Aziende del SSR trasmettono sul portale SIMPS i flussi informativi trimestrali di contabilità analitica.

Al fine di consentire ad alcune Aziende Sanitarie di superare le criticità riscontrate nella predisposizione dei flussi trimestrali di contabilità analitica va attivato un progetto condiviso a cui devono partecipare funzionari regionali e rappresentanti delle Aziende del SSR.

Il progetto deve poi definire le successive fasi di implementazione dei principi e delle procedure di contabilità analitica con particolare riferimento:

- 1) Al sistema di ribaltamento dai centri di costo comuni ed intermedi ai centri di costo finali;
- 2) Ai driver di attribuzione;
- 3) All'utilizzo della contabilità analitica ai fini della predisposizione dei modelli di rilevazione LA.

Inoltre prima di definire le successive fasi di implementazione di un sistema informativo di contabilità analitica a livello regionale si deve procedere alla verifica della coerenza del piano dei centri di costo con l'atto aziendale di ogni singola Azienda Sanitaria, della coerenza del piano dei centri di costo con il nuovo piano dei conti e ad una verifica di allineamento delle contabilità sezionali delle Aziende sanitarie con le indicazioni guida regionali.

Si prevede di portare a termine il progetto di implementazione di un sistema informativo di contabilità analitica per la fine del 2013 che rappresenterà per la Regione Lazio e le Aziende del SSR un'importante fonte informativa per operare e assumere decisioni strategiche ed operative. Si individua nell'area Risorse Finanziarie della Direzione Programmazione e Risorse del SSR la funzione regionale dedicata alla governance dell'attuazione del Programma Operativo sulla contabilità analitica.

Obiettivi:

RISULTATI PROGRAMMATI

- garantire omogeneità procedurale tra tutte le Aziende Sanitarie nella finalizzazione d'uso degli strumenti del controllo di gestione: contabilità generale e di bilancio, contabilità analitica e contabilità speciali, budget e il reporting
- -dotare pertanto le Aziende Sanitarie di metodologie comuni e condivise in ordine alle tematiche specifiche caratterizzanti il controllo di gestione e di seguito indicate: sistema e compiti del controllo di gestione, processo di pianificazione strategica; principali strumenti del controllo di gestione; classificazione e configurazione dei costi per le decisioni aziendali di breve e di lungo periodo; activity-based costing; break even analysis

INDICATORI DI RISULTATO

IL CRONO PROGRAMMA DELLE SCADENZE INTERMEDIE E FINALITÀ CHE DOVRANNO ESSERE RISPETTATE

- cronoprogramma che individui le attività di sviluppo dei temi di cui al precedente capoverso da sottoporre alla valutazione della Direzione Regionale Programmazione e Risorse del SSR e da approvare con successiva determinazione del Direttore Regionale.

IMPATTO ECONOMICO:

- Nessun impatto economico sul Bilancio Regionale

RESPONSABILE DEL PROCEDIMENTO ATTUATIVO

- Dirigente Area Risorse finanziarie

Proposta

Programma 7: Rapporti con gli erogatori

Il programma, secondo le linee di indirizzo ministeriali, deve realizzare i seguenti obiettivi:

- ricognizione delle tariffe regionali per tutte le tipologie di assistenza ed eventuale rimodulazione delle stesse in relazione alla normativa nazionale;
- individuazione delle funzioni assistenziali di cui al d.lgs. 502/92, con indicazione dei criteri di calcolo della relativa assegnazione economica;
- adozione della quota di compartecipazione a carico del Comune/assistito per l'assistenza socio-sanitaria, così come prevista dal DPCM 29 novembre 2001;
- programma dei controlli di appropriatezza;
- programma dei controlli di congruenza tra cartella clinica e SDO
- piano delle prestazioni e relativa tempistica;
- rapporti con gli erogatori privati accreditati:
- individuazione dei volumi e dei relativi tetti di spesa per tutte le tipologie assistenziali coerentemente con quanto disposto dal DL 95/2012;
- schema tipo di accordo, che preveda l'indicazione delle modalità di controllo delle prestazioni erogate (anche tramite il Sistema Tessera Sanitaria) e della relativa remunerazione;
- stipula di accordi e contratti.
- sperimentazioni gestionali: ove presenti, individuazione di percorsi di stabilizzazione o conclusione delle stesse;
- rapporti con le Università pubbliche: sottoscrizione dei protocolli che definiscano i vari aspetti economico-organizzativi e gestionali.

Intervento 7.1: Ricognizione e ridefinizione delle tariffe delle prestazioni territoriali

Per questo argomento si rimanda all'azione 7.7.1

Intervento 7.2: Individuazione delle funzioni assistenziali di cui al d.lgs. 502/92, con indicazione dei criteri di calcolo della relativa assegnazione economica;

Con riferimento a quanto previsto dall'art. 8 sexies del D.Lgs 502/1992, nell'ambito del provvedimento di ripartizione del Fondo Sanitario, la Regione provvede annualmente alla determinazione delle funzioni assistenziali che integrano a norma dell'art. 8 quinquies del D.Lgs 502/1992 la remunerazione complessivamente accordata agli erogatori pubblici e privati di prestazioni sanitarie.

La norma prevede puntualmente gli ambiti per cui risulta opportuno riconoscere un finanziamento ulteriore rispetto alla quota tariffaria. Le regioni definiscono le funzioni assistenziali nell'ambito delle attività che rispondono alle seguenti caratteristiche generali:

- a) programmi a forte integrazione fra assistenza ospedaliera e territoriale, sanitaria e sociale, con particolare riferimento alla assistenza per patologie croniche di lunga durata o recidivanti;
- b) programmi di assistenza ad elevato grado di personalizzazione della prestazione o del servizio reso alla persona;

- c) attività svolte nell'ambito della partecipazione a programmi di prevenzione;
- d) programmi di assistenza a malattie rare;
- e) attività con rilevanti costi di attesa, ivi compreso il sistema di allarme sanitario e di trasporto in emergenza, nonché il funzionamento della centrale operativa, di cui all'atto di indirizzo e coordinamento approvato con decreto del Presidente della Repubblica 27 marzo 1992, pubblicato nella Gazzetta Ufficiale n. 76 del 21 marzo 1992;
- f) programmi sperimentali di assistenza;
- g) programmi di trapianto di organo, di midollo osseo e di tessuto, ivi compresi il mantenimento e monitoraggio del donatore, l'espianto degli organi da cadavere, le attività di trasporto, il coordinamento e l'organizzazione della rete di prelievi e di trapianti, gli accertamenti preventivi sui donatori.

Il comma 3 del medesimo articolo 8 sexies stabilisce inoltre che i criteri generali per la definizione delle funzioni assistenziali e per la determinazione della loro remunerazione massima sono stabiliti con apposito decreto del Ministro della sanità, sentita l'Agenzia per i servizi sanitari regionali, d'intesa con la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome, sulla base di standard organizzativi e di costi unitari predefiniti dei fattori produttivi, tenendo conto, quando appropriato, del volume dell'attività svolta.

Inoltre il testo della norma è stato di recente emendato con il comma 1 bis che prevede che *“il valore complessivo della remunerazione delle funzioni non può in ogni caso superare il 30 per cento del limite di remunerazione assegnato”*

Nelle more dell'adozione del richiamato decreto del Ministero della Salute per la determinazione dei criteri generali per la definizione delle funzioni assistenziali, la Regione Lazio ha proceduto dall'anno 2008 al riconoscimento delle funzioni non tariffarie con riferimento alle sole fattispecie individuate dal comma 2 dell'art. 8 sexies, adottando criteri e parametri di volta in volta puntualmente esplicitati nei provvedimenti di ripartizione del fondo sanitario regionale.

Al fine di condensare e razionalizzare l'esperienza conseguita dall'anno 2008 all'anno 2012 si ritiene inoltre necessario predisporre un provvedimento commissariale, che, sulla scorta del richiamato Decreto Ministeriale quadro non ancora intervenuto, e nelle more della sua definizione, individui gli specifici ambiti di remunerazione a funzione, nonché i criteri e i parametri standard di attribuzione delle stesse. Il provvedimento costituirà pertanto una norma quadro, da applicare annualmente in sede di ripartizione del Fondo Sanitario Regionale.

Gli ambiti di assegnazione delle funzioni assistenziali ex art. 8 sexies saranno comunque quelli strettamente riconducibili alle tipologie individuate dal D.Lgs 502 del 1992, e segnatamente:

- Finanziamento dei maggiori costi per attività con rilevanti costi d'attesa relativi alle reti di emergenza ed urgenza secondo i seguenti criteri:
 - Selezione delle strutture delle reti di urgenza ed emergenza sedi di DEA di I e II livello;
 - Differenziazione delle strutture a seconda dell'organizzazione e del ruolo svolto nelle reti di emergenza (emergenza ed urgenza: DEA I, II; emergenza traumatologica: centro traumi di zona, centro traumi alta specializzazione);

emergenza cardiologica: centri hub, centri spoke 1 e 2; emergenza neuro vascolare: unità trattamento neuro vascolare I e II livello, team neuro vascolare);

- Differenziazione delle strutture sulla scorta dei volumi di attività per ricoveri ordinari e D.H., per ricoveri specializzati e per accessi di pronto soccorso non seguito da ricovero;
- Finanziamento dei maggiori costi per attività con rilevanti costi d'attesa relativi all'organizzazione dei trattamenti di terapia intensiva secondo i seguenti criteri:
 - Selezione e differenziazione delle strutture con posti letto di terapia intensiva, terapia intensiva neonatale e unità coronarica anno 2010 tratti dall'allegato "D" del Decreto del Presidente in qualità di Commissario ad acta n. 80 del 30/09/2010 concernente la "Riorganizzazione della Rete Ospedaliera Regionale";
- Finanziamento dei maggiori costi per i programmi di trattamento delle malattie rare, secondo i seguenti criteri:
 - Individuazione dei centri e dei presidi per la sorveglianza, la diagnosi e la terapia delle malattie rare, tratti dalla D.G.R. n. 20 del 7/01/2005;
 - Differenziazione delle strutture in relazione ai centri e presidi selezionati ed al numero di utenti con malattie rare, come da aggiornamento del registro regionale malattie rare;
- Finanziamento dei maggiori costi per i centri di coordinamento e per l'attività di trapianto di organi secondo i seguenti criteri:
 - Individuazione dei Centri attivati dalla programmazione regionale per le attività di trapianto con assegnazione di una quota per l'attività di coordinamento locale, così come definita dalla DGR 229/2009;
 - Considerazione dei casi rendicontati dal Centro Regionale Trapianti e selezione delle strutture ospedaliere oggetto dell'attività di segnalazione dei potenziali donatori d'organo e donazione di cornee;
 - Selezione dei trapianti effettuati e rendicontati dal Centro Regionale Trapianti e dall'Agenzia di sanità pubblica;
- Finanziamento dei maggiori costi per i centri regionali di servizio a supporto delle attività sanitarie svolte dalle strutture del SSR di cui al Decreto Commissariale n. 86 del 07/06/2012, secondo i seguenti criteri:
 - Individuazione dei centri regionali di servizio a supporto delle attività sanitarie svolte dalle strutture del SSR di cui al Decreto Commissariale in argomento; il finanziamento tiene conto di standard organizzativi e di costo predefiniti dei fattori produttivi per centro;
 - Finanziamento dei maggiori costi di assistenza per i programmi di assistenza ad elevato grado di personalizzazione delle prestazioni o del servizio reso alla persona – Assistenza riabilitativa post acuzie, secondo i seguenti criteri:
 - Selezione dei casi appropriati di mielolesioni e di gravi cerebro lesioni acquisite con determinazione della significatività dell'attività resa nell'anno di riferimento;

- Finanziamento dei maggiori costi connessi al complesso e alla pronta disponibilità di un'offerta assistenziale ospedaliera multidisciplinare dei presidi ospedalieri che oltre ad essere sede di DEA di II livello, presentino contestualmente le caratteristiche di seguito descritte:
 - un indice di dispersione specialistica dei DRG ad alta complessità assistenziale, così come individuati dal Testo Unico per la mobilità interregionale, superiore a 0,90;
 - un indice di dispersione specialistico dei DRG a media complessità, con esclusione di quelli a rischio di inappropriatazza, superiore a 0,90;
 - un numero significativo di attivazione di pacchetti assistenziali complessi in abito specialistico ambulatoriale;
- Finanziamento dei maggiori costi connessi alle attività legate ai programmi a forte integrazione fra assistenza ospedaliera e territoriale, sanitaria e sociale, ed in particolare alle attività legate all'assistenza dei casi di AIDS e alle persone HIV positive secondo i seguenti criteri:
 - Selezione dei ricoveri con diagnosi di HIV presso reparti di Malattie Infettive del Lazio - anno precedente;
- Finanziamento dei maggiori costi indotti sull'attività assistenziale dall'attivazione di percorsi di formazione universitaria delle professioni sanitarie, secondo i seguenti criteri:
 - Numero degli iscritti nel biennio di riferimento ai corsi di laurea triennale professioni sanitarie;
- Finanziamento dei maggiori costi per la presenza delle facoltà di medicina, secondo i seguenti criteri:
 - Individuazione dei Policlinici universitari statali e non statali e delle Aziende Ospedaliere, sedi dell'intero triennio della facoltà di medicina, secondo i protocolli d'intesa Regione/Università, nella misura prospettica stimata sui dati di attività dell'anno precedente, pari ad una percentuale massima dell'8 per cento del valore totale della produzione attesa, ai sensi dell'art. 6 comma 2 del DM. 31.7.2007. Ai fini del definitivo riconoscimento del finanziamento in argomento si dovrà considerare la rendicontazione dei costi sostenuti nell'anno di riferimento per l'apporto di personale universitario ai sensi dell'art. 7 comma 2 del D.Lgs. 517/99.
- Finanziamento dell'Azienda Regionale per l'Emergenza Sanitaria ARES 118 in considerazione dei costi sostenuti dalla stessa Azienda per la gestione delle attività assegnate nell'ambito della gestione dell'emergenza sanitaria regionale.

Risultati Programmati

- Adozione di un provvedimento commissariale per la definizione degli specifici ambiti di remunerazione a funzione e dei relativi criteri e i parametri standard di attribuzione delle stesse in base a quanto previsto dall'art. 8 sexies D.Lgs 502/1992.

Indicatori di risultato

- Adozione del Provvedimento Commissariale entro giugno 2013.

Cronoprogramma di attuazione

- Attivazione di un Gruppo di lavoro regionale, supportato dall'Agenzia di Sanità Pubblica Regionale e dall'AGENAS, per la definizione degli ambiti e dei criteri di remunerazione da adottare;

- Adozione del provvedimento commissariale entro giugno 2013.

Responsabile del procedimento attuativo

- Direzione Programmazione e Risorse del Sistema Sanitario Regionale.

Intervento 7.3: Adozione della quota di compartecipazione a carico del Comune/assistito per l'assistenza socio- sanitaria, così come prevista dal DPCM 29 novembre 2001;

Sul territorio della Regione Lazio sono presenti:

a) **12 case di cura Neuropsichiatriche** per le quali è in corso la procedura di accreditamento definitivo (11 saranno accreditate, solo per una di esse l'autorizzazione sarà probabilmente sospesa).

b) **strutture residenziali psichiatriche** (comunità terapeutiche intensive ed estensive, per un totale di circa 807 posti letto (DGR 14 febbraio 2005, n.146 "Accreditamento provvisorio delle strutture residenziali psichiatriche, terapeutiche-riabilitative, socio-riabilitative e centri diurni, autorizzate dalla Regione Lazio, ai sensi della DGR n. 252 del 21 marzo 2003");

c) **strutture residenziali a fasce orarie** (per un totale di circa 75 posti letto)

c) **centri diurni** (per un totale di 11 posti letto)

In tutti i dipartimenti di salute mentale sono presenti strutture residenziali psichiatriche a gestione diretta (comunità terapeutica) e **Strutture Residenziali Socio-Riabilitative (S.R.S.R)**

L'indicazione della quota di compartecipazione, prevista dal DPCM 29 novembre 2001, da parte del Comune/utente non è attualmente applicata.

Le **S.R.S.R.** sono strutture socio-sanitarie di tipo comunitario per il trattamento volontario riabilitativo e il reinserimento sociale di pazienti adulti. Le S.R.S.R., quali mediatori della "restituzione sociale", hanno la finalità di favorire l'acquisizione della maggiore autonomia possibile per consentire l'uscita dall'ambito dell'assistenza psichiatrica e il possibile reinserimento sociale, attraverso il rientro in famiglia, o in un contesto abitativo autonomo supportato a livello domiciliare, o l'inserimento in strutture socio-assistenziali, o il passaggio in strutture della stessa tipologia ma con minore livello di intensità di protezione assistenziale socio-sanitaria.

Risultati Programmati

- Attuare una revisione dei provvedimenti relativi alle quote di compartecipazione ai sensi del DPCM 29 novembre 2001, per le strutture socio riabilitative (SRSR)

Indicatori di risultato

- Attuazione decreto di compartecipazione

Cronoprogramma di attuazione

- Entro il 30/06/2014

Impatto economico

Responsabile del procedimento attuativo

- Dirigente Area Programmazione della Rete dei Servizi dei Soggetti Deboli (Salute Mentale – Dipendenze - Carceri)

Intervento 7.4: Programma dei controlli di appropriatezza;

A decorrere dal 2001, la Regione Lazio ha organizzato un sistema di controlli confluito nell'unico Sistema Regionale dei Controlli (DGR 996/2001, DGR 1178/2003, DGR 427/06) basato sull'integrazione tra Laziosanità – Agenzia di Sanità Pubblica (ASP) e le Aziende Sanitarie Locali, ed ha esteso l'azione di controllo a tutte le strutture ospedaliere regionali che hanno accesso al finanziamento a prestazione.

Il Sistema Regionale dei Controlli prevede sostanzialmente due livelli di controllo:

- a. il monitoraggio dell'attività sanitaria attraverso l'analisi degli archivi informatici relativi alle dimissioni. Questo primo livello di controllo produce, altresì, le informazioni necessarie per l'attivazione degli altri livelli di controllo, in termini di indicatori specifici e di relativi valori soglia regionali;
- b. controlli esterni analitici sulla documentazione clinica di campioni rappresentativi di dimessi dagli istituti di ricovero e cura della Regione Lazio.

In entrambi i livelli sono previsti controlli di appropriatezza.

Successivamente il Decreto Ministeriale del 10 dicembre 2009 "Controlli sulle cartelle cliniche" (G.U. Serie Generale n.122 del 27 maggio 2010), ha definito all'art.2 i parametri mediante i quali le Regioni individuano le prestazioni ad alto rischio di inappropriatazza per le quali effettuare i controlli sulla totalità delle cartelle cliniche e delle corrispondenti schede di dimissione ospedaliera

- a. elevato scostamento del volume dei ricoveri erogati in aree territoriali sub-regionali;
- b. elevato valore tariffario dei singoli ricoveri;
- c. elevata valorizzazione tariffaria complessiva di gruppi di ricoveri nell'ambito dei quali le prestazioni sono state erogate;
- d. sbilanciata proporzione, per specifici ricoveri, tra i volumi erogati da diverse tipologie di strutture e/o da singole strutture ospedaliere del territorio sub-regionale.

Per l'attuazione di tale tipologia di controlli la Regione Lazio ha adottato i seguenti provvedimenti:

- DGR n.864 del 28 giugno 2002 "*Individuazione delle soglie regionali per le prestazioni di assistenza ospedaliera ad elevato rischio di in appropriatezza di cui all'allegato 2 C del DPCM del 29 novembre 2001*" introduzione del metodo APPRO in ottemperanza a quanto disposto dal DPCM del 29 novembre 2001 "Definizione dei livelli essenziali di assistenza" ed in particolare dall'allegato 2 C recante "Prestazioni incluse nei LEA che presentano un profilo organizzativo potenzialmente inappropriato, o per le quali occorre *comunque individuare modalità più appropriate di erogazione*" riportante un elenco di DRG "ad alto rischio di inappropriatazza" se erogati in regime di degenza ordinaria. Il metodo APPRO permette di valutare l'appropriatezza dei ricoveri ordinari per acuti a partire dai dati amministrativi, mediante stadiazione per gravità e calcolo di "soglie di ammissibilità" per i ricoveri a rischio di inappropriatazza;
- DGR 996/2001, DGR 1178/2003, DGR 427/06, DCA n.58/2009, DCA n.40/2012 che hanno stabilito l'effettuazione dei controlli di appropriatezza organizzativa sulle cartelle cliniche relative ai dimessi in acuzie e post-acuzie a carico del SSR anche con riferimento a quanto stabilito dal DM del 10 dicembre 2009 "Controlli sulle cartelle cliniche" ;
- DGR n.613/2009 relativa ai controlli sul rispetto degli standard di appropriatezza organizzativa per i ricoveri di frattura di femore in pazienti con età > 65 anni;

- DGR n.266/2007, DCA n.16/2008 che hanno stabilito i criteri di accesso alle prestazioni di riabilitazione post-acuzie ospedaliera anche al fine di sviluppare un sistema di controllo sull'appropriatezza degli accessi e degli interventi riabilitativi.

OBIETTIVO

Verifica dell'appropriatezza dell'assistenza sanitaria e della corretta classificazione delle prestazioni erogate.

AZIONI

Nel corso del triennio 2013 – 2015 si prevede di proseguire con l'attività di controllo attraverso l'analisi degli archivi informatici e la verifica sulla documentazione sanitaria secondo le seguenti azioni:

- Applicazione della metodologia APPRO 3 secondo quanto disposto dal DCA n.40/2012;
- Effettuazione dei controlli sulla tipologia "ricoveri ripetuti" secondo quanto disposto dal DCA n.40/2012;
- Effettuazione dei controlli sul rispetto degli standard di appropriatezza organizzativa per i ricoveri di frattura di femore in pazienti con età > 65 anni secondo quanto disposto dalla DGR n.613/2009;
- Effettuazione di controlli analitici mirati su eventi di interesse regionale che, maggiormente rispetto ad altri, possono essere influenzati dagli effetti distorsivi e manipolativi associati al sistema di pagamento a prestazione anche in coerenza con quanto disposto dal DM 10 dicembre 2009 "Controlli sulle cartelle cliniche";
- Potenziamento dei controlli di appropriatezza sulle prestazioni di riabilitazione intensiva erogata in regime di ricovero ordinario e day hospital (criteri di accesso ex DGR n.266/2007, DCA n.16/2008) e verifica della coerenza della tipologia degli interventi di riabilitazione con quanto indicato dalle "Linee guida del Ministero della Sanità per le attività di riabilitazione" di cui al Provvedimento – Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano del 7 maggio 1998.

Risultati Programmati

- Le prestazioni di ricovero ordinario per acuti erogate da ciascun soggetto erogatore che superano nell'anno oggetto di valutazione il valore soglia regionale, e quindi risultino non appropriate secondo il metodo APPRO3, vengono riclassificate e remunerate con le tariffe vigenti dei ricoveri diurni se associate ad un DRG chirurgico, oppure con una tariffa pari ad un solo accesso del corrispondente day hospital medico in caso di DRG non chirurgico.
- Disincentivazione dei comportamenti opportunistici o inappropriati correlati al frazionamento degli episodi di ricovero, per i ricoveri ripetuti in acuzie a carico del SSN che hanno luogo nello stesso Presidio, che sono classificati con la stessa MDC (Categoria di Diagnosi Maggiore), che sono effettuati in un intervallo temporale inferiore o uguale a 30 giorni dalla dimissione del precedente ricovero, e che non rientrano nelle tipologie di esclusione previste dal DCA n.40/2012, tramite applicazione di abbattimenti tariffari a livello regionale nella misura del 20%.
- Promozione dell'appropriatezza degli accessi e delle prestazioni di ricovero in acuzie in regime ordinario e diurno;
- Promozione dell'appropriatezza degli accessi e delle prestazioni di riabilitazione intensiva post-acuzie in regime ordinario e diurno.

Indicatori di risultato

- Report controlli attività ospedaliera (art.3, comma 2 del DM 10 dicembre 2009);
- Percentuale di cartelle cliniche controllate su totale delle cartelle selezionate;

- Effettuazione di almeno il 9,5% di controlli analitici mirati
-

Cronoprogramma di attuazione

- L'attività di controllo è condotta routinariamente; i report vengono prodotti con cadenza annuale.

Impatto economico

Le tabelle di seguito riportate illustrano la valorizzazione dell'inappropriatezza dei ricoveri risultante dall'attività di controllo ordinario effettuata presso strutture ospedaliere pubbliche e private.

Sulla base di questi dati è ipotizzabile, nel triennio 2013-2015, una valorizzazione media annua complessiva di circa € 50 milioni nel pubblico e € 30 milioni nel privato; tale stima potrebbe peraltro essere conservativa, alla luce del previsto potenziamento dei controlli sull'appropriatezza dei ricoveri in riabilitazione intensiva.

Prudenzialmente la manovra sui controlli è stata considerata in euro 40 mln complessivamente per l'intervento 7.4 e 7.5

TABELLA 1 – CONTROLLI ORDINARI – PUBBLICO

Anno	APPRO	APA	Ricoveri ripetuti	Femore	Totali pubblico
2009	€ 53.179.637,26	€ 4.397.388,32	€ 2.741.514,00	0	€ 60.318.539,58
2010	€ 49.598.217,94	€ 9.842.726,64	€ 7.226.470,58	€ 1.004.875,32	€ 67.672.290,48
2011	€ 42.333.695,60	€ 6.512.314,91	€ 6.628.391,78	€ 1.120.380,12	€ 56.594.782,41

TABELLA 2 – CONTROLLI ORDINARI - PRIVATO

Anno	APPRO	APA	Ricoveri ripetuti	Femore	Totali privato
2009	€ 43.861.955,04	€ 6.352.381,25	€ 2.390.588,00	0	€ 52.604.924,29
2010	€ 29.271.973,75	€ 9.201.921,69	€ 4.868.653,01	€ 326.411,97	€ 43.668.960,42
2011	€ 22.640.653,48	€ 4.746.360,47	€ 4.314.255,62	€ 316.098,72	€ 32.017.368,30

Responsabile del procedimento attuativo

- Direzione Programmazione e Risorse del Sistema Sanitario Regionale.

Intervento 7.5: Programma dei controlli di congruenza tra cartella clinica e SDO;

A decorrere dal 2001, la Regione Lazio ha organizzato un sistema di controlli confluito nell'unico Sistema Regionale dei Controlli (DGR 996/2001, DGR 1178/2003, DGR 427/06) basato sull'integrazione tra Laziosanità – Agenzia di Sanità Pubblica (ASP) e le Aziende Sanitarie Locali, ed ha esteso l'azione di controllo a tutte le strutture ospedaliere regionali che hanno accesso al finanziamento a prestazione.

La corretta compilazione della Scheda di Dimissione Ospedaliera, così come la tenuta e la corretta compilazione della documentazione clinica ai sensi delle normative nazionali (DM n.380/2000) e regionali vigenti, rivestono un'importanza fondamentale per la corretta attribuzione del DRG e per la conseguente valutazione dell'attività delle strutture erogatrici, sia in termini di complessità sia in termini di valorizzazione economica della casistica trattata.

I controlli di congruità valutano, pertanto, la correttezza della compilazione della scheda di dimissione ospedaliera (SDO), ossia il grado di corrispondenza tra quanto accaduto durante il ricovero e riportato nella documentazione clinica e quanto riportato nella SDO, con la finalità di individuare comportamenti opportunistici volti ad ottenere remunerazioni maggiori per prestazioni non erogate.

Per l'attuazione di tale tipologia di controlli la Regione Lazio ha adottato i seguenti provvedimenti:

- DGR 996/2001, DGR 1178/2003, DGR 427/06, DCA n.58/2009, DCA n.40/2012 che hanno stabilito e ribadito la necessità di effettuare i controlli di congruità sulle cartelle cliniche relative ai dimessi in acuzie e post-acuzie a carico del SSR anche con riferimento a quanto stabilito dal DM del 10 dicembre 2009 “Controlli sulle cartelle cliniche” ;
- DGR n.408/2006 relativa all’adozione delle Linee Guida Regionali per la compilazione e la codifica ICD-9-CM della scheda di dimissione ospedaliera.

OBIETTIVO

Verifica della congruenza tra cartella clinica e SDO ai fini della corretta classificazione delle prestazioni erogate.

AZIONI

Nel corso del triennio 2013 – 2015 si prevede di proseguire con l’attività di controllo attraverso l’analisi degli archivi informatici e la verifica sulla documentazione sanitaria secondo le seguenti azioni:

- f. Effettuazione di controlli di congruità analitici su eventi di interesse regionale che, maggiormente rispetto ad altri, possono essere influenzati dagli effetti distorsivi e manipolativi associati al sistema di pagamento a prestazione anche in coerenza con quanto disposto dal DM 10 dicembre 2009 “Controlli sulle cartelle cliniche” e in particolare:
 - I. elevato scostamento del volume dei ricoveri erogati in aree territoriali sub-regionali;
 - II. elevato valore tariffario dei singoli ricoveri;
 - III. elevata valorizzazione tariffaria complessiva di gruppi di ricoveri nell’ambito dei quali le prestazioni sono state erogate;
 - IV. sbilanciata proporzione, per specifici ricoveri, tra i volumi erogati da diverse tipologie di strutture e/o da singole strutture ospedaliere del territorio sub-regionale;
 - V. ricoveri con DRG di parto cesareo.
- g. Effettuazione di controlli di congruità analitici su cartelle cliniche relative ai dimessi in riabilitazione post-acuzie
- h. Adozione di atto formale finalizzato a normare le procedure di riscossione delle sanzioni comminate alle strutture ospedaliere pubbliche e private in relazione agli esiti dei controlli di appropriatezza dei ricoveri.

RISULTATI PROGRAMMATI

- Attribuzione degli episodi di ricovero al corretto DRG /MDC e/o regime di erogazione per la conseguente valutazione dell’attività delle strutture erogatrici, sia in termini di complessità sia in termini di valorizzazione economica della casistica trattata.

INDICATORI DI RISULTATO

- Report controlli attività ospedaliera (art.3, comma 2 del DM 10 dicembre 2009);
- Percentuale di cartelle cliniche controllate su totale delle cartelle selezionate;
- Effettuazione di almeno il 9,5% di controlli analitici mirati.

IL CRONO PROGRAMMA DELLE SCADENZE INTERMEDIE E FINALITÀ CHE DOVRANNO ESSERE RISPETTATE

- L’attività di controllo è condotta routinariamente; i report vengono prodotti con cadenza annuale.

IMPATTO ECONOMICO:

- Le tabelle di seguito riportate illustrano la valorizzazione dell’inappropriatezza dei ricoveri

risultante dall'attività dei controlli esterni effettuati presso strutture ospedaliere pubbliche e private.

- Sulla base di questi dati è ipotizzabile, nel triennio 2013-2015, una valorizzazione media annua complessiva di circa € 20 milioni nel pubblico e € 40 milioni nel privato. Tale valorizzazione non tiene conto di ulteriori recuperi per abbattimenti con controlli APPRO ed eventuali ulteriori controlli effettuati dall'Azienda Sanitaria Locale competente.
- Prudenzialmente la manovra sui controlli è stata considerata in euro 40 mln complessivamente per l'intervento 7.4 e 7.5
-

TABELLA 1 – CONTROLLI ESTERNI ORDINARI - PUBBLICO

Anno	Controlli esterni
2009	€ 13.253.228,80
2010	€ 19.372.570,24
2011	ND *

TABELLA 2 – CONTROLLI ESTERNI ORDINARI - PRIVATO

Anno	Controlli esterni
2009	€ 16.073.837,80
2010	€ 41.923.267,03
2011	ND *

* Non Disponibile

RESPONSABILE DEL PROCEDIMENTO ATTUATIVO

- Dirigente Area Rete Ospedaliera

Intervento 7.6: Piano delle prestazioni e relativa tempistica;

Con apposito decreto del Commissario ad Acta, da adottarsi entro il 30.06.2013, saranno individuati i principi in base ai quali orientare le acquisizioni di prestazioni sanitarie da soggetti provati accreditati in base a criteri di integrazione con le attività svolte dalle strutture pubbliche, di appropriatezza e di promozione della qualità. I criteri decretati saranno utilizzati per l'assegnazione dei budget del 2014.

Intervento 7.7: Stipula intese e contratti

Azione 7.7.1 Individuazione dei volumi e dei relativi tetti di spesa per tutte le tipologie assistenziali coerentemente con quanto disposto dal DL 95/2012;

Prestazioni ospedaliere – Acuti

Con il Decreto del commissario *ad acta* n. 88/2012, infatti, si è provveduto a “determinare, per tutte le strutture private erogatrici di prestazioni per acuti a carico del SSR, il tetto di spesa 2012 in misura pari al tetto 2011”, applicando poi “una decurtazione fino ad un massimo del 3% laddove il case mix della produzione valutata per singola disciplina” fosse stato inferiore al valore di case mix regionale di riferimento, a tutte le strutture, con la sola di quelle con Pronto Soccorso/DEA; per le strutture riconvertite ai sensi del DCA 80/2010 la determinazione dei budget veniva rimessa alle intese di riconversione ratificate con appositi decreti commissariali, all'esito della conclusione del procedimento di accreditamento definitivo istituzionale.

Il criterio per la determinazione del livello massimo di finanziamento per le prestazioni ospedaliere per acuti è stato applicato anche alle strutture pubbliche, prendendo a riferimento la valorizzazione della produzione 2011, certificata dall'ASP, che avrebbe trovato riscontro in

contabilità a ricavo nei conti economici per le strutture pubbliche aziendalizzate, ovvero nei conti presidi per le altre strutture pubbliche.

Premesso quanto sopra, si è precisato che, nell'ambito della programmazione regionale delle attività ospedaliere per acuti, nella logica dell'integrazione pubblico-privato e della solidarietà di sistema, le strutture sarebbero state tenute a mettere a disposizione i posti letto richiesti per il ricovero di pazienti provenienti da PS/DEA nel periodo di particolare congestionamento del settore dell'emergenza ospedaliera segnalato, previo preavviso di almeno tre giorni, dallo stesso PS/DEA e dalla relativa Direzione Sanitaria.

Tale attività non avrebbe potuto, in ogni caso, superare il limite massimo del 15% dei ricoveri 2011 della struttura stessa ed è considerata ricompresa nei limiti del budget assegnato, fermo restando che le relative richieste andavano comunicate anche alla Regione Lazio, Direzione Regionale Programmazione e Risorse del S.S.R.

Prestazioni ospedaliere di riabilitazione e lungodegenza

I criteri utilizzati per l'individuazione del livello massimo di finanziamento sono stati definiti nel Decreto n.94/2012, recante: *“Remunerazione per l'anno 2012 delle prestazioni ospedaliere di riabilitazione e lungodegenza medica post acuzie con onere a carico del SSR erogate da strutture pubbliche e private”*. Con detto provvedimento si è provveduto a:

- determinare il **budget 2012 di riabilitazione (cod. 56) post-acuzie per singola struttura** in conformità ai criteri accettati dalle Associazioni, sulla base della capacità potenziale dei posti letto applicando un tasso di utilizzo pari al 98% e valorizzando tali posti letto sulla base della tariffa media pesata (case-mix) osservato negli anni precedenti;
- determinare il **budget 2012 di riabilitazione (cod. 75) post-acuzie per singola struttura** in conformità ai criteri accettati dalle Associazioni, sulla base della capacità potenziale dei posti letto applicando un tasso di utilizzo pari al 100% e valorizzando tali posti letto sulla base della corrispondente tariffa;
- determinare il **budget 2012 di lungodegenza (cod. 60) post-acuzie per singola struttura** in conformità ai criteri accettati dalle Associazioni, sulla base della capacità potenziale dei posti letto applicando un tasso di utilizzo pari al 98% e valorizzando tali posti letto sulla base della corrispondente tariffa;

Prestazioni di specialistica ambulatoriale

Con il Decreto del commissario *ad acta* n. 89/2012 ha, invece, fissato la *“Remunerazione per l'anno 2012 delle prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale con onere a carico del SSR erogate da strutture pubbliche e private. Individuazione livello di finanziamento anno 2012 (salvo conguaglio): prestazioni di P.S, dialisi, distribuzione diretta di farmaci”*.

Il budget è stato assegnato ripartendo le risorse complessive pari al Livello di finanziamento del 2011 decurtato del 3% attraverso un riproporzionamento per singola struttura sulla base del peso della produzione 2011. Il criterio prevedeva, anche la redistribuzione di eventuali economie di budget valorizzate per Branca e redistribute nell'ambito della medesima branca (ex DPCA 20/11). Branche: laboratorio analisi, medicina fisica e riabilitazione, medicina nucleare, radiologia diagnostica, altro (tutte le restanti branche)

Spending review

La manovra di contenimento della spesa pubblica (D.L. n. 95 del 6 luglio 2012, convertito con modificazioni dalla L. n. 135/2012 del 7 agosto 2012, recante *“Disposizioni urgenti per la revisione*

della spesa pubblica con invarianza dei servizi ai cittadini”) ha, tuttavia, disposto una riduzione della spesa per l’acquisto di beni e servizi ad invarianza dei servizi per i cittadini. In particolare, l’art. 15, comma 14, ha testualmente previsto che:

“...a tutti i singoli contratti e a tutti i singoli accordi vigenti nell’esercizio 2012, ai sensi dell’art. 8 quinquies del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, per l’acquisto di prestazioni sanitarie da soggetti privati accreditati per l’assistenza specialistica ambulatoriale e per l’assistenza ospedaliera, si applica una riduzione dell’importo e dei corrispondenti volumi di acquisto in misura percentuale fissa, determinata dalla regione o dalla provincia autonoma, tale da ridurre la spesa complessiva annua, rispetto alla spesa consuntivata per l’anno 2011, dello 0,5 per cento per l’anno 2012, dell’1 per cento per l’anno 2013 e del 2 per cento a decorrere dall’anno 2014. La misura di contenimento della spesa di cui al presente comma è aggiuntiva rispetto alle misure eventualmente già adottate dalle singole regioni e province autonome di Trento e Bolzano e trova applicazione anche in caso di mancata sottoscrizione dei contratti e degli accordi, facendo riferimento, in tale ultimo caso, agli atti di programmazione regionale o delle province autonome di Trento e Bolzano della spesa sanitaria. Il livello di spesa determinatosi per il 2012 a seguito dell’applicazione della misura di contenimento di cui al presente comma costituisce il livello su cui si applicano le misure che le regioni devono adottare, a decorrere dal 2013, ai sensi dell’art. 17, comma 1, lettera a), ultimo periodo del decreto – legge 6 luglio 2011, n. 98, convertito, con modificazioni, dalla legge 15 luglio 2011, n. 111”.

A fronte dell’intervento normativo citato, la Regione Lazio si è vista obbligata a rivedere la spesa complessiva nell’acquisto delle prestazioni sia di assistenza ospedaliera che di specialistica ambulatoriale per l’anno 2012 e ad applicare, proporzionalmente ai criteri indicati dall’art. 15, comma 14 D.L. n. 95/2012 convertito con modificazioni in L. n. 135/2012, i tagli rideterminando il livello massimo complessivo di spesa sostenibile.

Con i decreti del commissario *ad acta* nn. 348 e 349 del 29 novembre 2012 è, in sostanza, intervenuta a:

- Rideterminare i budget 2012 delle prestazioni ospedaliere di cui ai DPCA U0089/2012 in diminuzione nella percentuale di 0,4243%;
- Rideterminare i budget 2012 delle prestazioni ospedaliere di cui ai DPCA U0088/2012 e s.m.i. e DPCA U 0094/2012 in diminuzione nella percentuale di 6,8519%;
- Rideterminare il finanziamento delle funzioni assistenziali ospedaliere e delle funzioni di didattica e ricerca connesse ad attività assistenziali di cui al DPCA U0115/2012 in diminuzione nella percentuale di 6,8519%.

La percentuale di riduzione della spesa calcolata con riferimento all’assistenza ospedaliera è stata, quindi, estesa e riparametrata alle funzioni assistenziali ospedaliere e alle funzioni di didattica e ricerca di cui al Decreto del commissario *ad acta* n. U00115/2012.

Critério di assegnazione dei budget 2013 Acuti, Post Acuti, Specialistica .

Per il 2013 il livello di finanziamento che verrà assegnato a ciascuna struttura sarà pari a quello del 2012 determinato con i decreti del commissario *ad acta* nn. 348 e 349 del 29 novembre 2012 decurtato dello 0.5 %.

Considerato che L. n. 135/2012 del 7 agosto 2012, fissa, come riferimento un tasso di ospedalizzazione pari a 160 per mille abitanti di cui il 25 per cento riferito a ricoveri diurni sarà nel corso del primo semestre 2013 attuato il riordino della Chirurgia ambulatoriale, che

coerentemente con la razionalizzazione della rete ospedaliera e nell'ottica di qualificare sempre di più dell'assistenza ambulatoriale, prevede l'estensione, attraverso l'introduzione di nuovi dei pacchetti ambulatoriali delle prestazioni erogabili dall'ospedale all'ambito extra-ospedaliero.

In coerenza con quanto evidenziato, nel corso del primo semestre 2013, sarà valutata la possibilità di trasferire quote di Budget assegnato per l'anno 2013 dall'assistenza ospedaliera all'assistenza specialistica.

Entro il 31 Maggio 2013 le strutture, nel rispetto dei requisiti di accreditamento, possono far pervenire alla Regione la richiesta.

Per il 2014 Il livello di finanziamento che verrà assegnato all'assistenza ospedaliera sarà pari a quello del 2013 decurtato dello 1 %.

Completato il percorso dell'accreditamento definitivo e il riassetto della rete ospedaliera, l'assegnazione dei livelli massimi di prestazioni sanitarie ospedaliere da acquistare verrà effettuata nel rispetto del fabbisogno per bacini di utenza e previo valutazione dell'attività erogata dalle singole strutture nel biennio precedente (2012-2013).

Mobilità ed erogazione delle prestazioni.

I budget annuali ricomprendono, in ogni caso, le prestazioni erogate ai residenti fuori regione e le prestazioni erogate ai cittadini stranieri (comunitari ed extra-comunitari); precisando che l'Erogatore era, in ogni caso, tenuto all'erogazione delle prestazioni agli aventi diritto modulando la produzione per soddisfare il fabbisogno assistenziale della popolazione in modo omogeneo per tutto l'anno, fermo restando che le prestazioni erogate oltre il tetto massimo (Budget) non sarebbero state riconosciute con onere a carico del S.S.R.

Tariffe- Riabilitazione- Lungodegenza

Il decreto del commissario ad acta n. 94/2012 è intervenuto, altresì, ad individuare i valori soglia ed i connessi abbattimenti tariffari della riabilitazione post-acuzie nei seguenti termini:

MDC	GG.DD.	Abbattimento	Tariffa applicata
MDC 1	Fino a 45 gg.		261,84
	46-52 gg.	10%	235,66
	53-60 gg.	20%	209,47
	Oltre 60 gg.	40%	157,11
MDC 4	Fino a 23 gg.		230,86
	24-30 gg.	10%	207,77
	Oltre 30 gg.	40%	138,51
MDC 5	Fino a 24 gg.		251,00
	25-30 gg.	10%	225,90
	Oltre 30 gg.	40%	150,60
MDC 8	Fino a 25 gg.		237,05
	26-34 gg.	10%	213,35
	35-45 gg.	20%	189,64
	Oltre 45 gg.	40%	142,23
Altri	Fino a 30 gg.		201,42
	Oltre 30 gg.	40%	120,85

I valori soglia ed i connessi abbattimenti tariffari della lungodegenza post-acuzie sono, poi, stati determinati come segue:

	GG.DD.	Abbattimento	Tariffa applicata
Lungodegenza	Fino a 60 gg.		137,89
	Oltre 60 gg.	40%	82,74
la fattispecie di paziente proveniente da domicilio non viene in nessun caso remunerata			

Tariffe- Specialistica

TARIFFE

Con la DGR n. 114 del 29 febbraio 2008 “*Ricognizione Nomenclatore-Tariffario regionale delle prestazioni specialistiche ambulatoriali*”, la Regione Lazio ritiene opportuno, anche al fine di rimuovere dubbi interpretativi sulle sentenze del TAR Lazio in merito all’applicazione delle tariffe delle prestazioni, effettuare una ricognizione del nomenclatore tariffario regionale delle prestazioni di specialistica ambulatoriale erogabili a carico del SSR con tutte le modificazioni ed integrazioni avvenute nel corso degli anni a partire dal recepimento del DM del 22 luglio 1996 escluso la delibera n. 436/07.

Pertanto le tariffe relative alle prestazioni di specialistica ambulatoriale, attualmente in vigore, sono quelle indicate nel Nomenclatore-Tariffario regionale allegato alla DGR n. 114 del 29 febbraio 2008.

TICKET E FRANCHIGIA

Ogni assistito non esente partecipa alla spesa sanitaria ambulatoriale attraverso il pagamento del ticket. La quota massima pagabile dal cittadino è €36,15. Quando l’importo a carico SSR complessivo della ricetta è inferiore a €36,15, il cittadino paga per intero la prestazione. In questo caso si parla di franchigia. Per la “Terapia Retinica” il ticket €107,00.

SCONTO

La legge n. 296 del 27/12/2006 (finanziaria 2007) stabilisce che a tutti gli erogatori privati di prestazioni ambulatoriali debba essere applicato uno sconto sulla valorizzazione economica.

Il Ministero ha pubblicato una tabella dove per ogni prestazione viene riportato il valore dello sconto da applicare. La regione Lazio ha modificato, rispetto a questa tabella, solo lo sconto della prestazione IgE, riportandolo ad 1/12 del valore ministeriale poiché quest'ultimo si riferisce a "12 allergeni" mentre nel nomenclatore regionale la tariffa si rifà ad un singolo allergene.

Lo sconto non viene applicato al vero valore della ricetta ma a quello ottenuto tariffando le prestazioni con gli importi del nomenclatore del DM'96 (che differisce da quello regionale per il costo delle prestazioni di cui all'allegato 5B della DGR 9376 del 30 dicembre 1997).

Lo sconto è pari al 20% della tariffa DM'96 per le prestazioni di diagnostica di laboratorio analisi e 2% per le altre. Le prestazioni introdotte dalla Regione, che quindi non compaiono nel DM, non hanno sconto.

CONTRIBUTO QUOTA FISSA

Il DPCA 42 del 17/11/2008 stabilisce che tutti i cittadini non esenti debbano corrispondere una quota fissa a ricetta pari a 15 euro per RMN e TAC, 5 euro per FKT e 4 euro per le altre prestazioni.

La Legge n.111 del 15/7/2011 stabilisce un contributo pari a 10 euro a ricetta. Pertanto dal mese di luglio 2011, nella regione Lazio, all'importo stabilito con il DPCA 42/08 si aggiunge la nuova quota.

Tale importo viene riscosso dagli erogatori ed è considerato un anticipo su quello che la struttura deve ricevere da parte del SSR. Questo significa che se la struttura ha prodotto 100, ha uno sconto di 20 e un budget di 80, verrà prodotta una fattura di 80, mentre se la struttura ha percepito 30 dai cittadini come quota fissa, il SSR pagherà le restanti 50.

VALORIZZAZIONE SIAS

PRODUZIONE: (Importo LORDO – TICKET – SCONTO)

SCONTO: Percentuale 2 - 20% (Legge Finanziaria 2007)

TICKET: Compartecipazione alla spesa da parte del cittadino sino a €36,15

QUOTA FISSA: €14,00 - €15,00 - €25,00 (quota su composizione ricetta)

CONTABILE: [PRODUZIONE (Importo LORDO – TICKET – SCONTO) – QUOTA FISSA]

Tariffe 2013

Oltre ai tagli sui contratti in corso la cd. spendig review è intervenuta in materia di tariffe, con i commi 15, 16 e 17, a stabilire espressamente che:

"...15 In deroga alla procedura prevista dall'articolo 8-sexies, comma 5, del decreto legislativo 30 dicembre ((1992, n. 502)), e successive modificazioni, in materia di remunerazione delle strutture che erogano assistenza ospedaliera ed ambulatoriale a carico del servizio sanitario nazionale, il Ministro della salute, di concerto con il Ministro dell'economia e delle finanze, ((sentita la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, con proprio decreto, entro il 15 settembre 2012)), determina le tariffe massime che le regioni e le province autonome possono corrispondere alle strutture accreditate, di cui all'articolo 8-quater del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 e successive modificazioni, sulla base dei dati di costo disponibili e, ove ritenuti congrui ed adeguati, dei tariffari regionali, tenuto conto dell'esigenza di recuperare, anche tramite ((la determinazione)) tariffaria, margini di inappropriata ancora esistenti a livello locale e nazionale.

16. Le tariffe massime di cui al comma 15, valide ((dalla data di entrata in vigore del decreto del Ministro previsto dal medesimo comma 15, fino alla data del 31 dicembre 2014)), costituiscono

riferimento per la valutazione della congruità delle risorse a carico del Servizio Sanitario Nazionale, quali principi di coordinamento della finanza pubblica.

17. Gli importi tariffari, fissati dalle singole regioni, superiori alle tariffe massime di cui ((al comma 15)) restano a carico dei bilanci regionali. Tale disposizione si intende comunque rispettata dalle regioni per le quali il Tavolo di verifica degli adempimenti, istituito ai sensi dell'articolo 12 dell'Intesa sancita dalla Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano nella seduta del 23 marzo 2005, abbia verificato il rispetto dell'equilibrio economico-finanziario del settore sanitario, fatto salvo quanto specificatamente previsto per le regioni che hanno sottoscritto l'accordo di cui all'articolo 1, comma 180, della legge 30 dicembre 2004, n. 311 e successive modificazioni su un programma operativo di riorganizzazione, di riqualificazione o di potenziamento del Servizio sanitario regionale, per le quali le tariffe massime costituiscono un limite invalicabile”.

In attuazione di quanto ivi disposto, il Ministero della Salute, di concerto con il Ministero dell'Economia e delle Finanze, ha fissato le nuove tariffe nazionali con Decreto del 18 ottobre 2012, recante: “Remunerazione delle prestazioni di assistenza, ospedaliera per acuti, assistenza ospedaliera di riabilitazione e di lungodegenza post acuzie e di assistenza specialistica ambulatoriale”, pubblicato sul supplemento ordinario n. 8 alla Gazzetta Ufficiale del 28 gennaio 2013, serie generale n. 23.

Conseguentemente a tale determinazione, la Regione provvederà, in tempo ragionevole e, in ogni caso, entro il 31 marzo 2013 a determinare le tariffe per la remunerazione delle prestazioni ospedaliere e specialistiche, tenendo presente che le tariffe nazionali rappresentano il livello massimo di remunerazione, oltre il quale il costo ulteriore, per le Regioni non sottoposte ai piani di rientro, è posto direttamente a carico del bilancio regionale.

Considerato che nella Regione Lazio il tasso di parti cesarei è particolarmente elevato: per le strutture pubbliche e accreditate si attesta, nel 2011, al 41,9 % e se si valutano solo i casi considerati a basso rischio secondo la classificazione di Robson (classi I-IV: parti con età gestazionale tra le 37 e le 42 settimane in primipare o in multipare senza pregresso cesareo, con feto singolo e presentazione cefalica) il tasso si abbassa sensibilmente ma rimane comunque molto elevato (27,7%) si procederà ad adottare una modulazione delle tariffe relative al DRG 370 Cesareo con cc e DRG 371 Cesareo senza cc secondo la tabella sottostante.

classi		riduzione	Tariffa DRG 370	Tariffa DRG 371
classe a1	strutture con Tasso elevato oltre il 41%	-20%	2.226	1.674
classe a2	strutture di II e III livello con Tasso elevato oltre il 41% ma con quota di parti a medio/alto rischio superiore al valore regionale	-15%	2.365	1.778
classe b1	strutture con Tasso elevato	-10%	2.504	1.883
classe b2	strutture di II e III livello con Tasso elevato ma con quota di parti a medio/alto rischio superiore al valore regionale	-5%	2.643	1.987
classe c	strutture con Tasso uguale o inferiore a quello regionale	-	2.782	2.092

Tab: 1 Budget 2013 Acuti- Riabilitazione – Lungodegenza-Specialistica

	2013
Acuti	863.736.011,00
Policlinico Universitario Privato	333.532.387,00
IRCCS Privati	33.068.246,00
Ospedali Classificati	229.994.319,00
Case di cura private	267.141.059,00
Lungodegenza	32.311.330,00
Case di Cura Private	32.311.330,00
Riabilitazione	211.164.794,00
Case di Cura Private	149.864.471,00
IRCCS Privato Santa Lucia	34.196.224,00
IRCCS Privato San Raffaele Pisana	22.899.772,00
Policlinico Universitario Gemelli	3.337.526,00
Policlinico Universitario Privato Campus	866.801,00
Totale Budget Ospedaliera	1.107.212.135,00
Accantonamenti in istruttoria	10.471.212,00
Accantonamenti riconversioni istruttoria	9.393.165,00
Altri Accantonamenti	1.078.047,00
Totale Budget Ospedaliera + accantonamenti	1.117.683.347,00

	2013
Specialistica + apa (ambulatori e CDC privati)	142.316.718,00
Privato	124.059.840,00
APA	18.256.878,00
RNM	32.021.902,00
RNM	32.021.902,00
Ospedali Classificati (specialistica + apa+rnm)	59.041.622,00
IRCCS privati	13.296.018,00
IDI Villa Paola - Specialistica	10.541.944,00
IRCCS Santa Lucia - Specialistica	2.159.082,00
IRCCS Pisana RNM	594.992,00
Policlinici Universitari (specialistica + apa+rnm)	58.856.150,00
Policlinico Campus	14.220.437,00
Policlinico Gemelli	44.635.713,00
Totale budget specialistica	305.532.410,00
Accantonamenti in istruttoria	8.377.004,00
Accantonamento - specialistica	5.418.691,00
Accantonamento Apa-riconversioni	398.000,00
Accantonamento Apa in istruttoria	900.000,00

Accantonamenti RNM	1.660.313,00
Totale Budget Specialistica + accantonamenti	313.909.414,00

A) HOSPICE

La disciplina delle prestazioni di assistenza in Hospice residenziale a cui sono abbinate prestazioni domiciliari, anche a seguito delle riconversioni in atto dell'offerta ospedaliera, consentirà di assicurare idonea risposta alla relativa domanda. Si precisa che l'offerta è ancora al disotto del fabbisogno (Decreto Commissariale 17 del 4 Marzo 2010).

Criterio definizione Budget 2013

Per quanto riguarda le prestazioni di Hospice, il livello di finanziamento sarà determinando valorizzando il volume massimo delle prestazioni residenziali e domiciliari erogabili dalle strutture provvisoriamente accreditati.

Il tasso di occupazione sarà pari al 100%

Entro il 30 Giugno 2013 si procederà con l'implementazione del flusso (sistema informativo).

Mobilità

I budget annuali si riferiscono solo alle prestazioni erogate ai residenti della Regione Lazio.

Tariffe

Con il Decreto del Commissario ad Acta 23 del 17/03/2010 è stata definita la seguente remunerazione:

1. la tariffa per la giornata domiciliare è determinata in Euro 100,33 (cento/33),
2. la tariffa di ricovero è determinata in in Euro 202,80 (duecentodieci/80),
3. il rapporto tra posti residenziali e trattamenti domiciliari è 1 a 4.

Per l'anno 2013 si confermano le tariffe del Decreto del Commissario ad Acta 23 del 17/03/2010.

Tab: 2 Budget 2013 Hospice

	2013
Budget Hospice	65.489.628,60
Accantonamento in istruttoria	1.102.519,00
Totale Budget Hospice + accantonamenti	66.592.147,60

B) RSA

Il settore della residenzialità extra ospedaliera per anziani e disabili non autosufficienti è stato oggetto di interventi di rilevante riorganizzazione. Si vedano a tale proposito il Decreto del Commissario ad acta n. 39/2012, recante: "Assistenza territoriale. Ridefinizione e riordino dell'offerta assistenziale a persone non autosufficienti, anche anziane e a persone con disabilità fisica, psichica e sensoriale.", che ha distinto i trattamenti in estensivo, intensivo e di mantenimento, come pure il Decreto n. 100/2012, recante: "Avvio delle procedure di accreditamento istituzionale ai sensi dell'art. 8-quater, comma 7, D. Lgs 502/92 e s.m.i. di nuovi posti residenza riservati a persone non autosufficienti, anche anziane, tipologia di trattamento di mantenimento."

Sarà necessario provvedere, entro il 31 marzo 2013, alla determinazione delle tariffe – che saranno applicate a decorrere dal 1° Gennaio 2013 - in coerenza con la nuova configurazione delineata dai citati provvedimenti.

Criterio definizione Budget 2013

Il livello di finanziamento sarà determinando valorizzando il volume massimo di attività erogabili dai posti letto provvisoriamente accreditati valorizzate con le tariffe riportate nella tabella sottostante: Proposta Tariffa 2013.

Il tasso di occupazione sarà pari al 100%

Mobilità

I budget annuali si riferiscono solo alle prestazioni erogate ai residenti della Regione Lazio.

Tariffe

Le tariffe sono state fissate con la Dgr 1182 - 1999

dal 01.01.09 50% Regione 50% utente			
	1 livello	2 livello	3 livello
fino 70 pp.ll	92,40	103,24	117,89
da 71 a 100 pp.ll.	83,30	95,24	109,33
da 101 pp.ll.	81,13	92,52	103,36

Proposta Tariffe 2013

	Intensiva	Mantenimento RSA A	Mantenimento RSA B
Posti Letto	15	80	80
Giornate di degenza	5.366	28.616	28.616
Ricavi GG degenza	220,3	118,4	98,3
% quota SSR	100%	50%	50%
Nuova tariffa SSR	220,3	59,2	49,2
Tariffa attuale SSR	210,0	55,9	48,5
Variazione percentuale	4,9%	6,0%	1,4%

Tab: 3 Budget 2013 RSA

	2013
1. RSA	130.741.631,00
Privati	123.638.780,00
Riconversioni da D80 da decretare	4.059.851,00
accantonamenti precedenti rico + delta tariffari	3.043.000,00

C) RIABILITAZIONE TERRITORIALE ESTENSIVA E DI MANTENIMENTO RESIDENZIALE E NON

Anche tale settore assistenziale è stato oggetto di riorganizzazione e conseguenziali interventi. Per tale setting assistenziale si è proceduto alla valutazione dei soggetti assistiti con conseguente riclassificazione nella tipologia assistenziale appropriata.

Sarà necessario provvedere, entro il 30 settembre 2013, alla determinazione delle tariffe – che saranno applicate a decorrere dal 1° gennaio 2014 - in coerenza con la nuova configurazione delineata dai provvedimenti con il passaggio alla presa in carico della giornata di accesso.

Criterio definizione Budget 2013

Il livello di finanziamento sarà pari a quello assegnato nel 2012 con il Decreto del Commissario *ad acta* n. U00092 del 2012, recante: “*Remunerazione per l’anno 2012 delle prestazioni di assistenza riabilitativa ex art. 26 (Legge 833/78) con onere a carico del SSR erogate da strutture pubbliche e private*” come modificato dal Decreto del Commissario *ad acta* 497 del 27 Dicembre 2012. A tale livello verrà aggiunto il valore corrispondente alle nuove attivazioni derivanti dalle riconversioni e dai decreti di rilascio dei titoli definitivi in attuazione con la DGR n. 126/2010 che regola la situazione assistenziale per i centri coinvolti nella ricollocazione dei pazienti ex IKT.

Mobilità

I budget annuali si riferiscono solo alle prestazioni erogate ai residenti della Regione Lazio.

Tariffe

DGR 583/2002.

Per prestazioni di mantenimento in regime residenziale o semiresidenziale compartecipazione del 30% da parte del cittadino e/o Comune di residenza

RESIDENZIALE		
ESTENSIVA	ELEVATA	129,11
MANTENIMENTO **	ELEVATA	118,79
MANTENIMENTO **	MEDIO	98,13
**DALL'1 LUGLIO 2010 QUOTA COMPARTICIPAZIONE 30% A CARICO UTENTE O COMUNE RESIDENZA - DCA 51/2010		
SEMIRESIDENZIALE		
ESTENSIVA	ELEVATA	81,15
ESTENSIVA	MEDIA	65,54
ESTENSIVA	LIEVE	62,42
MANTENIMENTO **	ELEVATA	62,42
MANTENIMENTO **	MEDIA	49,94
MANTENIMENTO **	LIEVE	43,69
**DALL'1 LUGLIO 2010 QUOTA COMPARTICIPAZIONE 30% A CARICO UTENTE O COMUNE RESIDENZA - DCA 51/2010		
NON RESIDENZIALI INDIVIDUALI		
ESTENSIVA	ELEVATA	56,81
ESTENSIVA	MEDIA	36,15
ESTENSIVA	LIEVE	15,49
MANTENIMENTO	ELEVATA	36,15
MANTENIMENTO	MEDIA	25,82
MANTENIMENTO	LIEVE	12,91
NON RESIDENZIALI DI GRUPPO		
ESTENSIVA	ELEVATA	18,94
ESTENSIVA	MEDIA	14,63
ESTENSIVA	LIEVE	5,16
MANTENIMENTO	ELEVATA	12,05
MANTENIMENTO	MEDIA	8,61
MANTENIMENTO	LIEVE	4,30

Entro il 30 Settembre 2013 conseguente al processo di riordino, saranno rideterminate le tariffe in coerenza con il Decreto del Commissario ad Acta 434 del 24 Dicembre 2012 che definisce i requisiti minimi autorizzativi strutturali tecnologici e organizzativi delle strutture che erogano attività riabilitativa a persone con disabilità fisica, psichica e sensoriale

Tab: 4 Budget 2013 Ex Articolo 26

	2013
Budget Assistenza riabilitativa ex art. 26	180.661.101,00
Accantonamento Anni verdi	9.108.133,00
Accantonamenti riconversioni D80/10	1.442.503,00
Accantonamenti IKT	3.000.000,00
Totale assistenza riabilitativa Ex art. 26	194.211.737,00

D) STRUTTURE NEUROPSICHIATRICHE

L'offerta assistenziale nel settore neuropsichiatrico è assicurata dai dipartimenti di salute mentale all'interno dei quali operano i servizi psichiatrici di diagnosi e cura e da strutture private già case di cura per acuti che, ai sensi del decreto n. 101/2010, si sono dovute riorganizzare e riconfigurare allo scopo di garantire la riabilitazione intensiva territoriale ed altre attività terapeutiche residenziali.

Critero definizione Budget 2013

Con la Determinazione B07664 del 18 Ottobre 2012, si dispone la sospensione dell'autorizzazione all'esercizio per le attività svolte presso la Struttura Sorriso sul Mare fino alla dimostrazione del possesso integrale dei requisiti minimi autorizzativi previsti dalla normativa vigente per le attività riconvertite di cui al DCA n. 101/2010. Al fine di compensare in parte la mancata assistenza garantita dalle prestazioni erogate dalla suddetta struttura si determina il livello massimo di finanziamento per l'anno 2013 nella misura del Budget 2012 (Decreto Commissariale 90 del 7 Giugno 2012) incrementato del 5%.

Mobilità

I budget annuali si riferiscono solo alle prestazioni erogate ai residenti della Regione Lazio.

Tariffe

Attualmente le cdc neuropsichiatriche vengono remunerate con tariffe fissate dalla **DGR 412/2003** che le divide in:

- Acuzie € 170,4;
- Post Acuzie 138,91.

Con **DGR 424 del 2006** si sono fissati i nuovi requisiti sulla psichiatria e modificati i profili assistenziali che passano da acuti e post acuti in: RPO t-r, SRTR i, SRTRe, SRSR 24h, SRSR 12h.

Tariffe 2013

Con il completamento del processo di riorganizzazione e riconfigurazione si provvederà all'applicazione del sistema tariffario decretato con il decreto commissariale 101.

Con **DCA 101/2010** si è intervenuto nuovamente sulla classificazione assistenziale che diventa :

- STPIT € 201,42 per i primi 30 gg, dal 31° giorno € 151,1, dal 61° giorno 120,9
- SRTR i € 146
- SRTRe € 129
- SRSR h 24 € 108
- SRSR h 12 € 81

Tab: 5 Budget 2013 Strutture Neuropsichiatriche

	2013	2012
Case di cura Neuropsichiatriche	46.725.933,00	46.725.933,00
Case di cura	41.478.478,00	46.725.933,00
Accantonamento	5.247.455,00	-

RISULTATI PROGRAMMATI:

- Avvio della procedura finalizzata al recepimento delle tariffe massime nazionali fissate con Decreto Ministeriale del 18 ottobre 2012, recante: "Remunerazione delle prestazioni di assistenza, ospedaliera per acuti, assistenza ospedaliera di riabilitazione e di lungodegenza post acuzie e di assistenza specialistica ambulatoriale".
- Riconoscimento della produzione ospedaliera (acuti, riabilitazione lungodegenza) e remunerazione entro i limiti di budget come rideterminati all'esito dei tagli apportati dalla L.135/2012 (riduzione della spesa dello 0,5%) e attuazione del Decreto del Commissario *ad acta* n. U00349/2012.
- Riconoscimento dell'attività di assistenza specialistica ambulatoriale e remunerazione entro i limiti di budget come rideterminati all'esito dei tagli apportati dalla L.135/2012 (riduzione della spesa dello 0,5%) e attuazione del Decreto del Commissario *ad acta* n. U00348/2012.
- All'esito della concreta applicazione delle misure di contenimento per l'anno 2012, verrà a determinarsi il livello di spesa su cui applicare le misure di contenimento per l'anno 2013 (riduzione spesa complessiva dell'1%) e per l'anno 2014 (riduzione spesa complessiva del 2%).
- Individuazione dei nuovi tetti di spesa per le prestazioni di assistenza ospedaliera e per l'assistenza specialistica per l'anno 2013.
- Individuazione dei nuovi tetti di spesa per le prestazioni di assistenza ospedaliera e per l'assistenza specialistica per l'anno 2014.
- Individuazione dei nuovi tetti di spesa per le prestazioni di assistenza ospedaliera e per l'assistenza specialistica per l'anno 2015.

Territoriale

- Individuazione dei nuovi tetti di spesa per le attività territoriali (hospice, RSA, neuropsichiatriche, ex art. 26) per l'anno 2013.
- Individuazione dei nuovi tetti di spesa per le attività territoriali (hospice, RSA, neuropsichiatriche, ex art. 26) per l'anno 2014.
- Individuazione dei nuovi tetti di spesa per le attività territoriali (hospice, RSA, neuropsichiatriche, ex art. 26) per l'anno 2015.

INDICATORI DI RISULTATO

- Fissazione dei nuovi tetti di spesa per l'anno 2013, in raccordo con la manovra di risparmio della spesa pubblica a livello nazionale, per le prestazioni ospedaliere (acuti, riabilitazione e lungodegenza), come pure delle prestazioni di specialistica e delle attività territoriali (hospice, RSA, ex art. 26 e neuropsichiatrica)

CRONOPROGRAMMA

- Riconoscimento e remunerazione delle prestazioni entro il 28 febbraio 2013 per l'anno 2012;

RECEPIMENTO DELLE TARIFFE MASSIME NAZIONALI ENTRO IL 30 MARZO 2013;

- Riconoscimento e remunerazione delle prestazioni entro il 28 febbraio 2014 per l'anno 2013;
- Riconoscimento e remunerazione delle prestazioni entro il 28 febbraio 2015 per l'anno 2014;
- Fissazione dei tetti di spesa entro il 31 marzo 2013;

Responsabile del procedimento:

- Area Pianificazione Strategica

Azione 7.7.2 Schema tipo di accordo, che preveda l'indicazione delle modalità di controllo delle prestazioni erogate (anche tramite il Sistema);

Nel corso del 2012 si è operato in sostanziale continuità con l'anno 2011 definendo i livelli massimi di finanziamento che rappresentano il tetto massimo, oltre il quale l'ulteriore produzione non può essere riconosciuta con onere a carico del SSR ed entro il quale l'Erogatore era tenuto

all'erogazione delle prestazioni agli aventi diritto, modulando la produzione per soddisfare il fabbisogno assistenziale della popolazione in modo omogeneo per tutto l'anno.

Il criterio per la determinazione del livello massimo di finanziamento è stato applicato alle strutture pubbliche e private che erogano prestazioni sanitarie con onere a carico del SSR

Con il menzionato Decreto del Commissario *ad acta* n. 88/2012 è stato, quindi, (I) adottato lo "Schema di contratto/accordo 2012" e (II) disciplinata la procedura per la sottoscrizione degli accordi, di seguito riepilogata:

"le Aziende Sanitarie Locali provvedono a sottoscrivere e far sottoscrivere gli schemi di contratto/accordo ai singoli soggetti erogatori – ad eccezione dei Policlinici Universitari non statali per i quali provvederà direttamente la Regione - entro 15 giorni dalla notifica del presente provvedimento;

trascorsi 15 giorni dalla sottoscrizione degli accordi le Asl, entro i successivi 3 giorni lavorativi, dovranno inviare una copia in originale dei contratti/accordi sottoscritti dall'erogatore alla Direzione Regionale Programmazione e Risorse del S.S.R. – Area Pianificazione Strategica - del Dipartimento Programmazione Economica e Sociale della Regione Lazio;

in caso di mancata sottoscrizione del contratto/accordo nei tempi stabiliti, la ASL dovrà inviare immediatamente all'interessato atto di diffida ad adempiere alla sottoscrizione del contratto/accordo, entro 15 giorni dall'invio della diffida stessa. Nel caso, alla scadenza del termine fissato, non fosse intervenuta la sottoscrizione del contratto/accordo, la ASL dovrà procedere a:

- a) inviare alla Direzione Programmazione e Risorse del SSR la comunicazione della mancata sottoscrizione del contratto/accordo ai fini dell'attivazione della procedura di sospensione dell'accreditamento ai sensi dall'art. 8-quinquies, comma 2 quinquies, D.Lgs. 502/92;*
- b) sospendere contestualmente la procedura di liquidazione delle fatture delle prestazioni fino ad allora rese, sino alla verifica definitiva della remunerazione effettivamente dovuta.*

In caso di mancato perfezionamento degli accordi, al ricevimento della comunicazione dalla ASL, la Regione provvederà a comunicare all'interessato ed alla ASL stessa l'avvio della procedura di sospensione dell'accreditamento in applicazione dell'art. 8-quinquies, comma 2 quinquies, D.Lgs. 502/92".

L'intervento della manovra per il contenimento della spesa pubblica, come pure l'adozione delle tariffe massime a livello nazionale impongono alla regione di adeguare lo schema di accordo/contratto e di attualizzarlo (I) all'esito dell'individuazione del livello di spesa quale indicato nell'art.15 comma 14 del D.L. n.95/2012 come convertito in L. n. 135/2012, come pure (II) all'esito della revisione della rete ospedaliera operata alla stregua delle prescrizioni dettate dall'art. 15, comma 13 lettera c) del D.L. n. 95/2012 convertito con modificazioni in L. n. 135/2012 (*"riduzione dello standard dei posti letto ospedalieri accreditati ed effettivamente a carico del servizio sanitario regionale, ad un livello non superiore a 3,7 posti letto per mille abitanti, comprensivi di 0,7 posti letto per mille abitanti per la riabilitazione e la lungodegenza post-acuzie, adeguando coerentemente le dotazioni organiche dei presidi ospedalieri pubblici ed assumendo come riferimento un tasso di ospedalizzazione pari a 160 per mille abitanti di cui il 25 per cento riferito a ricoveri diurni"*), (III) all'esito della verifica del rilascio del titolo definitivo di accreditamento istituzionale da parte della struttura Regionale competente (Ufficio speciale per l'attuazione della L.R. n. 12/2011) e tenendo conto dell'eventuale conclusione del processo di accreditamento definitivo istituzionale.

Nel corso degli anni è emersa sempre più la necessità di assicurare non solo il possesso dei requisiti tecnologici, strutturali e organizzativi per l'accreditamento, ma anche il possesso da parte dei soggetti erogatori privati dei presupposti minimi di affidabilità in ordine ad una corretta gestione del rapporto con la Regione. Sentita la necessità di elevare ulteriormente la qualità e la trasparenza del Servizio Sanitario Regionale da perseguire tramite l'introduzione, con decorrenza dall'anno 2013, delle seguenti certificazioni da produrre alle ASL entro il 31 ottobre di ogni anno:

- ✓ certificazione antimafia;
- ✓ certificato attestante l'ottemperanza alle norme per il diritto al lavoro dei disabili;
- ✓ documento unico di regolarità contributiva;
- ✓ dichiarazione sostitutiva di certificazione o dell'atto di notorietà, ai sensi del D.P.R. 445/2000 e dell'art.15, comma 1, Legge 12/11/2011, n.183,
- ✓ certificazione di iscrizione al Registro delle Imprese, qualora ne sussista l'obbligo, rilasciato dalla competente C.C.I.A.A. indicante l'attestazione di insussistenza di procedure concorsuali o di procedimenti per l'assoggettamento a dette procedure e la dicitura antimafia di cui all'art. 9 del D.P.R. 3 giugno 1998, n. 252;
- ✓ certificato dei carichi pendenti relativo ai soggetti che hanno il potere di rappresentare la Struttura;
- ✓ relazione e bilancio approvato nell'anno precedente la stipula del contratto.

La stipula del contratto è subordinata all'acquisizione della certificazione antimafia, dalla quale deve risultare che non sussistono le cause di divieto, decadenza o sospensione previste dalla normativa antimafia. Tale certificazione, oltre che nei confronti dei soggetti di cui all'art. 2 del DPR 252/2008 deve essere riferita anche ai soggetti titolari di diritti reali su azioni, quote o patrimonio, qualora diversi dai soggetti gestori, che rientrino nei criteri previsti dall'art. 85 del D.Lgs. 159/2011.

Per i soggetti non iscritti alla Camera di Commercio (Fondazioni ed Enti no profit) dovrà essere acquisita dichiarazione sostitutiva di atto notorio, attestante l'insussistenza di cause di divieto, decadenza o sospensione previsti dalla normativa antimafia, relativa al legale rappresentante, ai componenti del

Consiglio di Amministrazione e ai soggetti con poteri di gestione.

A tal fine le strutture devono trasmettere alla ASL, entro il 31 ottobre di ogni anno, le dichiarazioni sostitutive di atto notorio e i dati anagrafici di tutti i soggetti per i quali deve essere acquisita la certificazione antimafia.

Le Asl provvedono alle verifiche della documentazione pervenuta entro 30 giorni dal ricevimento della stessa.

Le Aziende Sanitarie Locali devono accertare la corrispondenza dei documenti prodotti rispetto a quelli richiesti. La mancata trasmissione della suddetta documentazione da parte delle Strutture interessate, nei termini sopra citati comporta l'adozione, da parte dell' ASL, di un atto formale di diffida ad adempiere entro 15 giorni, l'invio di chiarimenti e precisazioni non esaustivi alla ASL nel rispetto dei termini fissati o la rilevazione dell'insussistenza di taluno dei requisiti richiesti dal presente provvedimento ai fini dell'accreditamento e della sottoscrizione dei contratti comporteranno da parte della Asl competente la messa in mora della struttura con l'assegnazione

di un congruo termine per regolarizzare la sua posizione. La mancata ottemperanza a quanto richiesto determina la sospensione del Contratto per una durata massima di sei mesi oltre i quali la ASL procede, nel caso di persistente adempimento, alla revoca del contratto stesso.

Nel caso di in cui sussistano le cause di divieto, decadenza o sospensione previste dalla normativa antimafia il contratto sarà risolto.

Per la parte di riabilitazione post-acuzie:

■ "il sistema della reportistica RAD-R è stato predisposto dall'ASP in conformità a quanto richiesto dalla normativa regionale (DGR 143/06 e Determinazione n.1598/06) la quale ha previsto, nell'ambito del controllo del budget, che *"per i soggetti erogatori delle prestazioni di ricovero ospedaliero post acuzie i tetti di riferimento per il controllo di che trattasi sono rappresentati dalle giornate di degenza massime erogabili sui posti letto rispettivamente di regime ordinario e di day hospital"*.

■ Nella Reportistica è presente una voce "rendicontabili" in cui è inserito quanto erogato dagli istituti nel rispetto dei posti letti ma NON la verifica dell'eventuale sfioramento del tetto di spesa attribuito dalla Regione che rimane di competenza esclusiva della ASL e rispetto al quale l'ASP inserisce nei prospetti il valore economico al solo fine di facilitare alla stessa il raffronto."

Per la specialistica ambulatoriale

■ A seguito della Determinazione n.1598/06, Il sistema di controllo di qualità dei dati *"Quasias on Line"* permette di monitorare l'utilizzo del budget assegnato ai singoli soggetti erogatori, rapportando allo stesso il valore economico delle prestazioni complessivamente erogate a carico del S.S.R dall'inizio dell'anno entro i tetti di spesa stabiliti.

■ A differenza degli altri sistemi informativi, il *"Quasias on Line"* permette anche la predisposizione della fattura mensile. Il Sistema al momento dell'accettazione genera una serie di report tra cui la *"Scheda Attività"*(che corrisponde ai dati delle ricette accettate entro budget che andranno in fattura) e la *"Scheda superamento tetto"* (che fornisce analoghi dati relativamente alle ricette scartate per superamento budget), entrambe permettono agli uffici delle ASL ed agli erogatori stessi di monitorare l'andamento dell'attività e del consumo del budget durante il corso dell'anno.

■ Le ricette scartate, per superamento del budget vengono registrate su specifici file, denominati: *"file anagrafico - "AnaB"; "file sanitario - "DatB"*.

■ A chiusura dell'anno, l'ASP procede a verificare che l'importo complessivo della produzione ammessa a fatturazione esaurisca il tetto assegnato. Qualora residuasse una parte del budget, l'ASP provvede a ricondurre nel SIAS la corrispondente quota di prestazioni prelevandola da quelle che durante l'anno sono state considerate non a carico del SSR e i soggetti erogatori saranno autorizzati ad emettere fattura a saldo.

Le ulteriori eccedenze di produzione, rispetto al tetto di budget, non vengono considerate a carico del S.S.R. ma vengono incluse nella base di dati regionale per stimare la reale attività produttiva della struttura stessa, anche al fine della definizione del budget dell'anno successivo.

Per i ricoveri per acuti

Il sistema di acquisizione e controllo dei dati QUASIO on line produce, in seguito all'accettazione dei dati mensili, dei prospetti riassuntivi sulla valorizzazione dell'attività di ricovero rendicontata che consente agli operatori delle strutture stesse e delle ASL di monitorare mensilmente i livelli di produzione complessiva per tutti gli erogatori e in relazione al budget assegnato per la parte privata accreditata.

I prospetti riassuntivi sono stati progettati per adempiere a quanto previsto dalla D1598/2006 (All. A - punto 5. Controllo del budget), dove si stabilisce che le ASL sono tenute a verificare le attività svolte e documentate dalle strutture e monitorarne l'andamento.

Il sistema QUASIO provvede, ogni mese, alla comparazione tra gli importi delle prestazioni che risultano a valere sul tetto predefinito di spesa (budget) con l'importo residuo del budget.

In particolare gli uffici preposti alla gestione del flusso informativo devono validare i dati e gli importi corrispondenti all'attività documentata, mentre gli uffici Ragioneria e Bilancio devono verificare la corrispondenza tra quanto riportato nei prospetti come 'fatturabile' e gli importi realmente fatturati dagli erogatori (All. A - punto 6. Controllo corrispondenza fatture/dati SIO).

Gli erogatori per contro dovrebbero fatturare solo gli importi corrispondenti alle prestazioni che rientrano nel budget fino a capienza dello stesso.

Gli importi riportati nei suddetti prospetti mese per mese rappresentano la fotografia dei risultati delle procedure di acquisizione e controllo e di comparazione con i budget disponibili al momento dell'avvenuta accettazione.

Le prestazioni trasmesse ed acquisite i cui importi eccedono il valore residuo del budget sono classificate fuori budget e non ammesse alla remunerazione e alla fatturazione per il mese corrente. Tali prestazioni, qualora alla fine dell'anno si determinasse un avanzo di budget saranno, potranno essere recuperate, fino a capienza dello stesso, attraverso una fatturazione a conguaglio basata sui dati di remunerazione

Risultati programmati

- Attualizzazione degli schemi di accordo/contratto alla luce delle novità introdotte dalla citata manovra di risparmio della spesa pubblica, della prossima revisione della rete ospedaliera, ove adottata dall'Area di competenza, e del rilascio del titolo definitivo di accreditamento istituzionale all'erogazione dell'attività sanitaria (anno 2013, anno 2014 e anno 2015)

Indicatori di risultato

- Elaborazione di schema tipo di accordo per l'anno 2013 che preveda l'indicazione specifica delle modalità di controllo delle prestazioni erogate (anche tramite il Sistema Tessera Sanitaria) e della relativa remunerazione.

Cronoprogramma

- Riconoscimento e remunerazione delle prestazioni entro il 28 febbraio 2013 per l'anno 2012;
- Recepimento delle tariffe massime nazionali entro il 30 marzo 2013;
- Fissazione dei tetti di spesa entro il 31 marzo 2013;
- Elaborazione di nuovo schema tipo di accordo/contratto entro il 30 marzo 2013

Impatto economico

- In rapporto allo specifico obiettivo è indeterminabile, considerato che l'impatto economico

è valutato in relazione alla determinazione dei budget per il quali si rinvia al precedente punto

Responsabile del procedimento:

- Area Pianificazione Strategica

Azione 7.7.3 Stipula di accordi e contratti.

Nella Regione Lazio, allo stato attuale, è in corso di ultimazione il procedimento di accreditamento definitivo istituzionale delle strutture private eroganti prestazioni sanitarie.

Ancorché la qualità di soggetto accreditato non costituisca vincolo per le aziende e gli enti del servizio sanitario a corrispondere la remunerazione delle prestazioni erogate al di fuori degli accordi contrattuali di cui all'articolo 8-quinquies del D. Lgs. n. 502/1992, tuttavia si presenta, tale procedimento, propedeutico ai fini della disciplina e della conseguente stipula degli accordi contrattuali.

Ed è per tale motivo che, nel corso del 2012, seguendo pedissequamente ed in tempo reale le indicazioni dell'Ufficio speciale per l'attuazione della L.R. n. 12/2011 circa la permanenza dei requisiti in capo alla struttura atta a garantire l'idoneità del soggetto ad erogare prestazioni sanitarie per conto della Regione Lazio, sono state convocate le organizzazioni rappresentative per le opportune informative e le intese sulle regole di definizione del budget.

Per il periodo antecedente la manovra correttiva operata dal D.L. n. 95/2012, di cui meglio in appresso, quindi, la struttura competente ha provveduto a sottoscrivere con gli erogatori accreditati e provvisoriamente accreditati gli accordi contrattuali, in sostanziale continuità con l'anno 2011, con la sola eccezione rappresentata Policlinico Gemelli.

Considerato, infatti, che la remunerazione prospettica delle attività assistenziali tariffate svolta in base ai tetti di spesa è lo strumento mediante il quale la Regione alloca le risorse del SSR per orientare la produzione delle strutture pubbliche e private verso le prestazioni maggiormente rispondenti al fabbisogno della popolazione, nel rispetto di criteri di appropriatezza ed efficienza, si è provveduto in via preliminare a mettere a regime il sistema regolatore inerente la definizione dei contratti con gli erogatori e successivamente provveduto a:

- identificare le prestazioni per acuti per le quali i volumi erogati a livello regionale e di ASL in eccesso/in difetto rispetto al fabbisogno;
- adeguare i percorsi riabilitativi e, pertanto, la degenza media delle prestazioni in post-acuto agli standard nazionali;
- garantire l'attuale fabbisogno di prestazioni di specialistica ambulatoriale in considerazione del fatto che la normativa in materia di compartecipazione ha determinato una fuoriuscita di domanda soddisfatta dal SSR verso la solvenza
- adeguare le attuali domande al fabbisogno per:
 - le prestazioni residenziali (RSA), di riabilitazione ex art 26 e hospice a fronte dell'esigenza di potenziare l'assistenza territoriale;
 - le prestazioni di assistenza domiciliare, privilegiando gli ambiti in cui i percorsi domiciliari possono contribuire ad integrare/completare se non addirittura sostituire l'offerta residenziale, riabilitativa e terminale;

- identificare le prestazioni residuali, quali la dialisi e il FILE F, per le quali è ragionevole ritenere che il fabbisogno di prestazioni sia limitato ed esistano condizioni oggettive di carattere terapeutico e sociale per non sottoporle a tetto (es: vicinanza al domicilio);
- stabilire e controllare il fabbisogno di prestazioni, quali i trasporti sanitari, l'assistenza psichiatrica, l'assistenza protesica, per cui storicamente il percorso di programmazione e di controllo della spesa è stato meno strutturato;
- identificare, infine, quelle prestazioni che risultano centrali per la garanzia dei LEA, ma la cui remunerazione dei fattori produttivi è economicamente non compatibile con il meccanismo di remunerazione a tariffa (funzioni).
- Con questi obiettivi strategici, l'Area Pianificazione Strategica ha identificato nel 2012 le possibili "Regole" che, previa informativa preliminare alle categorie degli erogatori, hanno condotto gli stessi, ad eccezione del Policlinico Gemelli, alla sottoscrizione degli accordi/contratti entro Dicembre 2012, e all'identificazione degli obiettivi dei Direttori Generali rispetto alle prestazioni sanitarie.

In particolare, l'Area Pianificazione strategica si è impegnata ed ha individuato:

- i criteri oggettivi per la remunerazione delle prestazioni e la definizione degli obiettivi di produzione distinguendo anche:
 - le prestazioni critiche per le quali si ritiene opportuno non procedere alla definizione dei tetti (ad esempio, dialisi);
 - le prestazioni critiche per le quali si è ritenuto non applicabile la remunerazione mediante meccanismi tariffari, bensì quella a "funzione". A tal fine, sono stati specificati i debiti informativi vincolanti per la liquidazione dei contributi (ad esempio, contabilità separata);
 - le prestazioni critiche per le quali si è proceduto con urgenza all'aggiornamento delle relative tariffe in ottica di maggiore congruità della remunerazione ed in coerenza con gli obiettivi della programmazione regionale (ad esempio, riaggiornamento delle soglie di abbattimento delle post-acuzie per la riduzione della degenza media), valutando anche la possibilità per alcune di esse di ricorrere temporaneamente alla remunerazione dei fattori produttivi mediante "funzione" (ad esempio, per alcune prestazioni oncologiche);
- l'iter procedurale per la sottoscrizione dei *budget*, tenendo conto delle peculiarità che caratterizzano le strutture della rete di offerta, specificando passi procedurali e tempistiche per:
 - il recepimento degli obiettivi di produzione negli obiettivi dei Direttori Generali delle strutture pubbliche;
 - la sottoscrizione dei contratti con le case di cura private, IRCCS privati e istituti religiosi,
 - l'aggiornamento dei protocolli e la negoziazione dei contratti con le Università.
- gli eventuali ulteriori aspetti critici da sottoporre a clausola contrattuale al fine della liquidazione delle prestazioni. In particolare, in raccordo con la disciplina dei controlli e dell'accreditamento, dovranno essere identificati i debiti informativi da rispettare in modo tale che la remunerazione della singola prestazione sia garantita solo nel caso in cui il dato relativo alla singola prestazione sia stato inviato alla Regione nel rispetto delle tempistiche e dei livelli qualitativi stabiliti, così come già previsto dai Programmi Operativi 2011- 2012 ex DCA 113/2010 all'Allegato 2, per quanto concerne l'assistenza ospedaliera, e nel Programma 2, per quanto riguarda le prestazioni territoriali.

Entro il 30.09.2012 in relazione alle indicazioni sopra riportare ed in funzione alla definizione dei budget 2013, l'Area Pianificazione strategica ha proceduto alla simulazione della procedura prevista nell'Allegato 2 per la definizione dei tetti dell'assistenza ospedaliera a tendere.

Tali attività, poste in essere prima dell'intervento della cd. spending review, sono state modificate alla luce della manovra di contenimento della spesa pubblica, previa riduzione delle spese per l'acquisto di beni e servizi ad invarianza dei servizi per i cittadini, adottata con il D.L. n. 95 del 6 luglio 2012, convertito con modificazioni dalla L. n. 135/2012 del 7 agosto 2012, recante *"Disposizioni urgenti per la revisione della spesa pubblica con invarianza dei servizi ai cittadini"* ed in particolare dell'art. 15, comma 14, il quale ha espressamente previsto, in tema di razionalizzazione e riduzione della spesa sanitaria, che *" a tutti i singoli contratti e a tutti i singoli accordi vigenti nell'esercizio 2012, ai sensi dell'art. 8 quinquies del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, per l'acquisto di prestazioni sanitarie da soggetti privati accreditati per l'assistenza specialistica ambulatoriale e per l'assistenza ospedaliera, si applica una riduzione dell'importo e dei corrispondenti volumi di acquisto in misura percentuale fissa, determinata dalla regione o dalla provincia autonoma, tale da ridurre la spesa complessiva annua, rispetto alla spesa consuntivata per l'anno 2011, dello 0,5 per cento per l'anno 2012, dell'1 per cento per l'anno 2013 e del 2 per cento a decorrere dall'anno 2014. La misura di contenimento della spesa di cui al presente comma è aggiuntiva rispetto alle misure eventualmente già adottate dalle singole regioni e province autonome di Trento e Bolzano e trova applicazione anche in caso di mancata sottoscrizione dei contratti e degli accordi, facendo riferimento, in tale ultimo caso, agli atti di programmazione regionale o delle province autonome di Trento e Bolzano della spesa sanitaria. Il livello di spesa determinatosi per il 2012 a seguito dell'applicazione della misura di contenimento di cui al presente comma costituisce il livello su cui si applicano le misure che le regioni devono adottare, a decorrere dal 2013. ai sensi dell'art. 17, comma 1, lettera a), ultimo periodo del decreto – legge 6 luglio 2011, n. 98, convertito, con modificazioni, dalla legge 15 luglio 2011, n. 111"*.

In considerazione di quanto sopra, l'Area pianificazione strategica ha provveduto ad apportare, con i decreti del commissario ad acta nn. 348 e 349 del 29 novembre 2012, le seguenti modifiche:

- rideterminazione dei budget 2012 delle prestazioni ospedaliere di cui ai DPCA U 0089/2012 in diminuzione nella percentuale di 0,4243%;
- rideterminazione dei budget 2012 delle prestazioni ospedaliere di cui ai DPCA U 0088/2012 e s.m.i. e DPCA U 0094/2012 in diminuzione nella percentuale di 6,8519%;
- rideterminazione del finanziamento delle funzioni assistenziali ospedaliere e delle funzioni di didattica e ricerca connesse ad attività assistenziali di cui al DPCA U 115/2012 in diminuzione nella percentuale di 6,8519%.

La spending review interviene a dettare misure di contenimento anche per gli anni futuri.

Fermo quanto sopra, in considerazione della necessità di provvedere al riordino della rete ospedaliera anche finalizzato a dare attuazione alle misure di contenimento e di stabilizzazione della spesa pubblica, mediante interventi di riduzione delle spese per acquisiti di beni e servizi, ad invarianza dei servizi per i cittadini, sarà certamente necessario riassetto gli accordi e i contratti con gli erogatori privati.

Risultati programmati

- Fissazione tetti di spesa 2013;
- Stipula contratti con le case di cura;
- stipula accordi con gli istituti Classificati, Irccs Privati e Policlinici Universitari

Indicatori di risultato

- Valore dei contratti sottoscritti sul totale previsto dagli accordi previsti

Cronoprogramma

- Provvedimento regionale di determinazione dei tetti di spesa e fissazione degli schemi di contratto entro aprile 2013
- stipula dei contratti entro aprile 2013;
- stipula accordi entro maggio 2013 con gli istituti Classificati, Irccs Privati e Policlinici Universitari.

Impatto economico

- Vedi paragrafo sulla valorizzazione economica del programma 7

Responsabile del procedimento:

- Dirigente Area Pianificazione strategica

Proposta PO 2013-2014

Intervento 7.8 Sperimentazioni gestionali: ove presenti, individuazione di percorsi di stabilizzazione o conclusione delle stesse

La Legge 412 del 1991, all'art 4, comma 6, introduce l'istituto della "sperimentazione gestionale" nell'ambito del servizio sanitario nazionale, senza fornire una puntuale definizione dell'istituto ma indicando soltanto una caratteristica fondamentale, ovvero la possibilità di "realizzare collaborazioni pubblico-privato" finalizzate all'acquisizione di risorse finanziarie, di conoscenze e di esperienze per migliorare l'efficienza del sistema sanitario.

Anche la disciplina contenuta nel Decreto Legislativo n.502 del 1992 si limita a prescrivere la partecipazione minoritaria del soggetto privato, lasciando per il resto ampia discrezionalità alle Regioni di disciplinare la singola sperimentazione gestionale.

L'assenza di una disciplina regionale di riferimento ha dato luogo a numerose incertezze interpretative. Come evidenziato anche nel rapporto AGENAS "Analisi delle Sperimentazioni Gestionali in sanità: Fondazioni ed Esternalizzazioni delle funzioni diagnostiche" del 31 marzo 2012, "anche nel caso di valutazione positiva della sperimentazione si pone il tema della stabilizzazione di un contratto di affidamento che, in ogni caso, prevede una scadenza. **Non risulta chiaro, pertanto, se anche in questo caso si può procedere ad una nuova procedura ad evidenza pubblica o se invece va "stabilizzato" il contratto rinnovandolo o rendendolo definitivo.**

La questione, invece, si pone diversamente nel caso delle Fondazioni di gestione. In questo caso, infatti, non sembra che la stabilizzazione possa farsi coincidere con un accreditamento che, al massimo, può rappresentare un elemento di conferma in itinere della validità della sperimentazione stessa. Parimenti risulta interessante la possibilità di rendere stabile il rapporto fra soggetti pubblici e privati, dato che la procedura di selezione è stata basata più su meccanismi di legittimazione derivanti della rilevanza reputazionale e delle competenze tecnico scientifiche possedute dagli enti non profit che non su una valutazione comparativa, che salvaguardi il principio comunitario della concorrenza".

Appare prioritario, pertanto, approvare una legge regionale che disciplini le seguenti fasi:

- Autorizzazione della sperimentazione gestionale, che include la selezione del modello gestionale, la fissazione degli obiettivi e degli indicatori per la valutazione, la determinazione della durata, l'individuazione del soggetto preposto al monitoraggio, la definizione dei debiti informativi a carico della SG, le conseguenze in caso di interruzione della SG per valutazione negativa;
- Controllo della SG;
- Valutazione della SG;
- Stabilizzazione della SG in caso di esito positivo.

Per quanto concerne le SG attualmente in itinere nella Regione Lazio, la situazione può essere così riepilogata:

- Fondazione Policlinico Tor Vergata: trattasi di sperimentazione gestionale impropria per la quale il percorso di stabilizzazione (trasformazione in IRCCS di diritto pubblico) è già stato delineato dal legislatore regionale.
- Valmontone Hospital: SG in attesa di valutazione e definizione dell'eventuale percorso di stabilizzazione;

- Litoranea Health Care S.p.A.: SG conclusasi negativamente attualmente in fase liquidatoria;
- INMP Istituto Nazionale per la promozione della salute delle popolazioni migranti: è stato trasformato in ente di diritto pubblico vigilato dal Ministero della Salute, in virtù dell'art.14, comma 2 del D. L. 13 settembre 2012, n.158 convertito con modificazioni dalla Legge 8 novembre 2012, n.189.

Per quanto concerne le strutture Ex art. 26 in convenzionamento alla data odierna con Aziende Sanitarie:

- Verifica attività di assistenza soggetti erogatori ex art 26/833 operanti in virtù di convenzioni, alla data odierna, con Aziende Sanitarie, nei diversi setting assistenziali;
- Valutazione del permanere della necessità di avvalersi delle attività assistenziali di cui al punto precedente, previa valutazione e parere motivato da parte della Azienda USL competente per territorio

RISULTATI PROGRAMMATI

- Predisposizione di una proposta di legge regionale da sottoporre al Consiglio per la disciplina delle SG;
- Monitoraggio sulla trasformazione della Fondazione Policlinico Tor Vergata in IRCCS di diritto pubblico;
- Valutazione della SG Valmontone Hospital ed individuazione dell'eventuale percorso di stabilizzazione;
- Valutazione di nuove SG da autorizzare in coerenza con il Piano di Rientro.
- Ricognizione delle Convenzioni ancora in essere presso le Aziende Sanitarie, per l'erogazione di prestazioni riabilitative territoriali (c.d. ex art. 26)

INDICATORI DI RISULTATO

- Formalizzazione di una disciplina regionale di riferimento
- Documento ricognitivo delle Convenzioni per le prestazioni ex art. 26

CRONOPROGRAMMA

- Predisposizione di una proposta di legge regionale da sottoporre al Consiglio per la disciplina delle SG (entro il 2013);
- Trasformazione della Fondazione Policlinico Tor Vergata in IRCCS di diritto pubblico (entro il 2014);
- Adozione degli atti formali per la conclusione della SG Valmontone Hospital, se del caso con la stabilizzazione della stessa (entro il 2014).
- Entro dicembre 2013 proposto di Documento ricognitivo delle Convenzioni per le prestazioni ex art. 26 da sottoporre al Commissario ad Acta per il Piano di rientro per l'eventuale rilascio del titolo di accreditamento

IMPATTO ECONOMICO

- I costi per il funzionamento della Fondazione Tor Vergata e di Valmontone Hospital sono storicizzati.

RESPONSABILI DEL PROCEDIMENTO:

- AREA GIURIDICO NORMATIVA ISTITUZIONALE per l'elaborazione della proposta di legge
- DIREZIONE PROGRAMMAZIONE E RISORSE DEL SSR per la valutazione delle SG
- AREA GIURIDICA NORMATIVA ISTITUZIONALE per l'elaborazione ed il monitoraggio sui percorsi di stabilizzazione

Intervento 7.9 Rapporti con le Università pubbliche: sottoscrizione dei protocolli che definiscano i vari aspetti economico-organizzativi e gestionali

Nella Regione Lazio insistono due Università pubbliche (statali), cui fanno capo complessivamente 3 Facoltà di Medicina e Chirurgia:

- Università degli Studi di Roma “La Sapienza” (2 facoltà)
- Università degli Studi di Roma “Tor Vergata” (1 facoltà)

Come previsto dal D.Lgs n. 517/99, recante la “Disciplina dei rapporti fra Servizio sanitario nazionale ed università, a norma dell’art. 6 della legge 30 novembre 1998, n. 419”, l’attività assistenziale necessaria per lo svolgimento dei compiti istituzionali delle Università è disciplinata secondo specifici protocolli d’intesa stipulati dalla Regione con le Università.

Detti protocolli devono essere redatti in conformità alle linee guida dettate dal DPCM 24 maggio 2001 e ss. mm. e ii.

Per quanto concerne **l’Università degli Studi di Roma “La Sapienza”**, l’ultimo Protocollo d’Intesa è stato sottoscritto dal Rettore dell’Università e dal Presidente della Regione in data 3 agosto 2002, secondo uno schema-tipo approvato con Determinazione del Direttore del Servizio Sanitario Regionale 2 agosto 2002, n. 640. Si ricorda altresì l’Accordo Università-Regione di cui al titolo II del protocollo d’intesa del 3 agosto 2002 tra l’Università degli Studi di Roma “la Sapienza” e la Regione Lazio per la disciplina dell’attività assistenziale necessaria per lo svolgimento dei compiti istituzionali dell’Università presso il Polo Pontino, sottoscritto dal Rettore e dal Presidente in data 16 maggio 2003. La Giunta regionale ha preso atto di detto Accordo con la Deliberazione 25 luglio 2003, n. 720.

Occorre procedere alla stipula del nuovo protocollo di intesa. Detto protocollo dovrà disciplinare la collaborazione tra l’Università e la Regione per lo svolgimento delle attività integrate di didattica, ricerca ed assistenza, regolando in particolare: la partecipazione dell’Università alla programmazione sanitaria regionale; l’assetto istituzionale ed organizzativo delle aziende integrate ospedaliero-universitarie (con applicazione degli standard elaborati dal Comitato Lea per l’individuazione delle unità operative come recepiti dalle linee guida regionali); la programmazione, la gestione economico-finanziaria e patrimoniale dell’azienda integrata; le modalità di compartecipazione della Regione e dell’Università ai risultati di gestione delle aziende integrate; le modalità di collaborazione tra funzione didattica, formativa e di ricerca dell’Università e funzione assistenziale dell’azienda integrata, nonché l’apporto del personale dirigente del Servizio Sanitario alle attività formative dell’Università.

Per quanto riguarda **l’Università degli Studi di Roma “Tor Vergata”**, con deliberazione del Consiglio Regionale 16 febbraio 2005, n. 193 è stato approvato lo schema di protocollo d’intesa tra la Regione e l’Università e si è dato avvio alla Sperimentazione Gestionale con l’istituzione della Fondazione Policlinico Tor Vergata. Il protocollo è stato sottoscritto dal Presidente della Regione e dal Rettore il 18 febbraio 2005. Occorre procedere alla stipula del nuovo protocollo di intesa.

Ai sensi di quanto disposto dall’articolo 6 della legge regionale 22 aprile 2011, n. 6, è stato dato impulso al procedimento per il riconoscimento del carattere scientifico della Fondazione PTV Policlinico Tor Vergata al fine di dare assetto istituzionale definitivo al Policlinico Universitario di Tor Vergata, superando la sperimentazione gestionale.

RISULTATI PROGRAMMATI

- Avvio dei negoziati con le Università entro 3 mesi dalla riorganizzazione della rete ospedaliera per dare attuazione al disposto dell’art.15, comma 13 lett. c) del Decreto Legge 6 luglio 2012, n.95, convertito con modificazioni con Legge 7 agosto 2012 n.135.

INDICATORI DI RISULTATO

- Formalizzazione dei protocolli di intesa

CRONOPROGRAMMA

- Conclusione dei negoziati entro 1 anno dall’avvio degli stessi o mettiamo 31/12/2013;
- Invio dei nuovi Protocolli di Intesa in preventiva approvazione dei Ministeri vigilanti entro il 31/01/2014;
- Trasmissione della proposta di Protocollo validata dai Ministeri all’Università e

sottoscrizione entro 90 giorni dall'invio;

- In caso di mancato raggiungimento dell'intesa, richiesta di avvio della procedura sostitutiva previsto dall'art. 6, c.4 del D.Lgs 502/92.

IMPATTO ECONOMICO

- Impossibile da valutare al momento

RESPONSABILE DEL PROCEDIMENTO:

- Area Giuridico Normativa Istituzionale e Area della Programmazione della rete ospedaliera e ricerca

Azione 7.9.1 - Impatto della didattica e della Ricerca sulla realtà assistenziale.

Gli ospedali di insegnamento rappresentano strutture sanitarie ove si svolge una parte importante dell'attività formativa delle professioni medico-sanitarie e della ricerca scientifica, entrambe determinanti per la capacità del sistema sanitario di fornire un livello di servizi adeguato, sia sotto il profilo quantitativo sia sotto quello qualitativo.

L'attività formativa e quella di ricerca in ambito clinico sono svolte inoltre in stretta connessione con l'attività assistenziale, anche in considerazione del contributo di conoscenze e di esperienza che derivano da quest'ultima. Il contemporaneo svolgimento di tali attività, tuttavia, interferisce con l'erogazione dell'assistenza ospedaliera sotto diversi aspetti, tra i quali quello relativo ai costi dell'assistenza resa.

La letteratura economica che si è occupata di questa tipologia di erogatori è concorde nel riscontrare un maggiore costo delle prestazioni erogate negli ospedali di insegnamento, rispetto a quelle rese in altri tipi di strutture. Gli studi internazionali pervengono, peraltro, a stime diverse dei maggiori costi assistenziali in ragione anche dell'impatto esercitato dal contesto istituzionale ed organizzativo nel quale si svolge l'attività di didattica e di ricerca, al livello dell'attività che viene analizzato (singola patologia o singola procedura o intera attività della struttura assistenziale), alla diversità nella pratica clinica.

Sull'interpretazione delle cause specifiche del costo addizionale delle prestazioni assistenziali erogate negli ospedali di insegnamento vi sono diverse opinioni, che riflettono la difficoltà di isolare tutte le caratteristiche che contraddistinguono gli ospedali di insegnamento, non soltanto con riferimento alla didattica e alla ricerca ma anche in relazione ad alcuni aspetti della stessa attività assistenziale (complessità della casistica, qualità dei trattamenti, specializzazione delle strutture). In teoria, tuttavia, è possibile identificare alcuni importanti fattori, quali **il maggior tempo impiegato per erogare alcune prestazioni, la maggiore quantità di prestazioni diagnostiche**, dovuta all'inesperienza degli specializzandi o a ragioni legate alla didattica, **le possibili differenze nel case-mix trattato e nella qualità dell'assistenza complessivamente erogata**. I differenziali di costo che non risultano spiegati da questi fattori potrebbero essere dovuti ad una minore efficienza media di tali strutture.

In letteratura numerosi autori hanno interpretato e misurato questo impatto stimando maggiori oneri in misura oscillante tra il 9% e il 44%:

- Cameron (Stati Uniti): rileva che gli ospedali universitari hanno in media un costo del **33%** più elevato rispetto agli ospedali comuni.

- Feldman e Stenwald (Stati Uniti): rilevano che gli ospedali di insegnamento hanno costi in media del **20%** superiori rispetto alle altre strutture ospedaliere.
- Sloan e Valvona (Stati Uniti): lo studio considera i differenti modelli organizzativi degli ospedali di insegnamento rilevando le differenze di costo sia a livello di dimissione che a livello di giornata di degenza. I differenziali di costo risultano rispettivamente del **40%** maggiori per caso trattato e del **30%** maggiori per giornata di degenza.
- Rich e altri (Stati Uniti): rilevano maggiori costi degli ospedali di insegnamento **tra il 30% e il 9%** a parità di case-mix controllato attraverso i DRG.
- Mechanic, Coleman, Dobson (Stati Uniti): dopo aver controllato una serie molto ampia di variabili, affermano che gli ospedali di insegnamento fanno riscontrare un maggior costo medio per caso trattato del **44%**.
- Foote, Hurste, Sondheimer (Regno Unito): riscontrano una differenza di costo medio del **30%** superiore rispetto a istituti ospedalieri senza programmi di insegnamento.
- Lawson (Australia): rileva che sui 34 DRG più frequenti si ha un costo medio del **34%** superiore rispetto a istituti ospedalieri senza programmi di insegnamento.
- Pesci e altri (Italia): lo studio è relativo ad alcuni ospedali emiliano-romagnoli e rileva come nell'anno 1997 gli ospedali di insegnamento abbiano fatto rilevare un costo per giornata di degenza del **18%** superiore e un costo per DRG prodotto dell' **11%** più elevato. Si rileva anche un maggior consumo di beni sanitari per DRG prodotto del **28%**.

Le differenze nelle stime dei maggiori costi nei diversi contesti istituzionali analizzati dalla letteratura potrebbero dipendere fondamentalmente:

dal contesto istituzionale ed organizzativo nel quale si svolge l'attività di didattica e di ricerca;
dal livello dell'attività che viene analizzato (singola patologia o singola procedura o intera attività della struttura assistenziale);
da diversità nella pratica clinica;
da altri fattori strutturali.

Facendo riferimento al caso specifico della Regione Lazio, e volendo stimare il presumibile maggior costo indotto sull'attività assistenziale dalle funzioni di didattica e ricerca svolte dal Policlinico Universitario Umberto I, dal Policlinico Tor Vergata e dall'Azienda Ospedaliero Universitaria S. Andrea, considerando un'incidenza molto prudente, pari al 7% dei costi operativi esclusi i costi per il personale, si ottiene il risultato annuale riportato in tabella:

Costi di Gestione (migliaia di Euro)	Policlinico Umberto I	AO Sant'Andrea	Policlinico Tor Vergata	Totale
B1 - Personale	186.948	91.440	69.903	348.291
B2 - Prodotti Farmaceutici ed Emoderivati	96.634	29.751	41.566	167.951
B3 - Altri Beni e Servizi	185.298	74.092	121.855	381.245
COSTI OPERATIVI	468.880	195.283	233.324	897.487
COSTI OPERATIVI NETTO PERSONALE	281.932	103.843	163.421	549.196
Impatto Didattica e Ricerca 7%	19.735	7.269	11.439	38.444

L'interpretazione prevalente dei maggiori costi così calcolati è quella di considerare questi differenziali come costi indiretti della formazione dei medici che si riflettono sull'attività inevitabilmente sull'attività assistenziale.

Si consideri infine, che secondo dati del Ministero dell'Università, la Regione Lazio contribuisce alla formazione specialistica di circa il 20% degli specializzandi a livello nazionale.

L'attività di ridefinizione dei Protocolli d'Intesa con le Università Pubbliche pertanto, dovrebbe operare una attenta regolamentazione delle dinamiche economiche, prevedendo una contribuzione ai maggiori oneri di un'attività assistenziale che veicola funzioni di didattica e di ricerca.

Intervento 7.10 Rapporti con le Università private: sottoscrizione dei protocolli che definiscano gli aspetti assistenziali e di didattica e ricerca.

Nella Regione Lazio insistono due Università non statali, cui fanno capo complessivamente 2 Facoltà di Medicina e Chirurgia:

- Università Cattolica del Sacro Cuore (1 facoltà)
- Università Campus Biomedico (1 facoltà)

Con riferimento ad entrambe le Università non statali, **l'Università Cattolica del Sacro Cuore e l'Università Campus Biomedico**, si deve procedere alla stipula del nuovo protocollo di intesa previa approvazione, da parte della Giunta regionale, del relativo schema-tipo il cui contenuto deve essere concordato con l'Università.

L'ultimo protocollo d'intesa sottoscritto con l'Università Cattolica del Sacro Cuore è stato approvato con deliberazione di Giunta regionale 29 febbraio 2000 n. 595.

L'ultimo protocollo di intesa con l'Università Campus Biomedico è stato sottoscritto in data 30 maggio 2008.

RISULTATI PROGRAMMATI

- Avvio dei negoziati con le Università entro 3 mesi dalla riorganizzazione della rete ospedaliera per dare attuazione al disposto dell'art.15, comma 13 lett. c) del Decreto Legge 6 luglio 2012, n.95, convertito con modificazioni con Legge 7 agosto 2012 n.135.

INDICATORI DI RISULTATO

- Formalizzazione dei protocolli di intesa

CRONOPROGRAMMA

- Conclusione dei negoziati entro 1 anno dall'avvio degli stessi o mettiamo 31/12/2013;
- Invio dei nuovi Protocolli di Intesa in preventiva approvazione dei Ministeri vigilanti entro il 31/01/2014;
- Trasmissione della proposta di Protocollo validata dai Ministeri all'Università e sottoscrizione entro 90 giorni dall'invio;
- In caso di mancato raggiungimento dell'intesa, richiesta di avvio della procedura sostitutiva previsto dall'art. 6, c.4 del D.Lgs 502/92.

IMPATTO ECONOMICO

- Impossibile da valutare al momento

RESPONSABILE DEL PROCEDIMENTO:

- Area Giuridico Normativa Istituzionale e Area della Programmazione della rete ospedaliera e ricerca

Intervento 7.7: Stipula intese e contratti

Per il 2013 Il livello di finanziamento che verrà assegnato a ciascuna struttura sarà pari a quello del 2012 determinato con i decreti del commissario *ad acta* nn. 348 e 349 del 29 novembre 2012 decurtato dello 0.5 %.

Per il 2014 Il livello di finanziamento che verrà assegnato all'assistenza ospedaliera sarà pari a quello del 2013 decurtato dello 1 %.

Gli effetti sopra descritti sono già stati conteggiati ai fini della costruzione del tendenziale (inclusivo anche degli effetti della normativa nazionale da attuarsi mediante recepimento con atti regionali, T3).

A tendenziale non è stato conteggiato, invece, l'incremento degli accantonamenti conseguente ai percorsi di riconversione (accantonamenti per riconversione non previsti per l'anno 2012).

Si segnala che gli abbattimenti conseguenti alla L.135/2012 sono stati applicati al livello di budget complessivo (inclusivo degli eventuali accantonamenti).

Per l'ospedaliera, si determina quindi una manovra di aumento degli accantonamenti pari a 0,8€/Mln nel 2013 e pari a 0,7€/mln nel 2014.

Manovra ospedaliera		
€/1000	2013	2014
Tetti Acuti	863.736	855.099
.. Di cui accantonamenti per budget decretati		
Tetti riabilitazione	211.165	209.053
.. Di cui accantonamenti per budget decretati		
Tetti lungodegenza	32.311	31.988
.. Di cui accantonamenti per budget decretati		
Funzioni	186.460	184.595
Neonato sano	9.641	9.641
Totale tetti a tendenziale - su base 2012	1.303.313	1.290.376
Manovra appropriatezza	40.000	40.000
Tetti (su base 2012) netto appropriatezza	1.263.313	1.250.376
Altri accantonamenti a tendenziale*	9.720	9.720
Accantonamenti post-riconversioni (programmatico)	10.471	10.367
Delta programmatico-tendenziale T3	751	647

Per la specialistica ambulatoriale, invece, si determina quindi una manovra di aumento degli accantonamenti pari a 8,4€/Mln nel 2013 e pari a 8,3€/mln nel 2014.

Per quanto riguarda l'assistenza territoriale e i relativi livelli di finanziamento, si rappresenta quanto segue per l'anno 2013, per quanto riguarda il 2014 e 2015 si rimanda al Programma 14 sull'Assistenza territoriale dove verranno valorizzate le relative nuove attivazioni in RSA, Hospice e Assistenza domiciliare.

Tipologia Assistenziale	2013	2012	Impatto 2013
Totale Budget Hospice + accantonamenti	66.592.147,60	61.782.186,00	- 4.809.961,60
RSA	130.741.631,00	116.748.267,00	- 13.993.364,00
Totale assistenza riabilitativa Ex art. 26	194.211.737,00	191.161.970,00	- 3.049.767,00
Case di cura Neuropsichiatriche	46.725.933,00	46.725.933,00	-
Totale Impatto economico su assistenza territoriale	763.230.855,60	724.334.629,00	- 21.853.092,60

Copia
Proposta PO 2013-2015

Programma 8: Formazione e comunicazione ai cittadini

Il programma, secondo le linee di indirizzo ministeriali, deve realizzare i seguenti obiettivi:

- formazione del personale, ivi compreso sistemi di job evaluation, performance measurement e incentivazione (Tabelle 18 e 19);
- promozione della carta dei servizi nelle Aziende sanitarie;
- attivazione di azioni finalizzate alla rilevazione sistematica della qualità percepita dagli utenti/cittadini;
- piano di formazione aziendale per la sicurezza dei pazienti (Root cause analysis, Audit Clinico).

Intervento 8. 1 formazione del personale, ivi compreso sistemi di job evaluation, performance measurement e incentivazione (Tabelle 18 e 19)

La Formazione Continua in Medicina comprende l'insieme organizzato e controllato di tutte quelle attività formative, sia teoriche che pratiche, con lo scopo di mantenere elevata ed al passo con i tempi la professionalità degli operatori della sanità.

In particolare, l'Educazione Continua in medicina, con D.lgs. 30 dicembre 1992, n. 502, introduce l'obbligatorietà per tutto il personale sanitario, medico e non medico, dipendente o libero professionista operante nella sanità sia privata che pubblica al conseguimento di un numero annuale di crediti formativi stabiliti dalla Commissione nazionale ECM.

Nell'attuale di Sistema Educazione Continua ECM regionale l'iscrizione all'Albo dei provider ECM della Regione Lazio avviene, con Decreto del Commissario ad Acta, a seguito di accreditamento provvisorio secondo la valutazione della Commissione ECM regionale ai sensi della procedura prevista di cui alla Determina 1945 del 27/05/2010.

La regione Lazio intende stipulare con l'Agenzia nazionale per i servizi sanitari (A.Ge.Na.S) una convenzione per la predisposizione e la realizzazione di un Sistema Formazione Continua per l'accREDITAMENTO dei Provider e i relativi eventi e dei programmi formativi.

RISULTATI PROGRAMMATI

- implementare il Sistema di Formazione Continua della regione Lazio, ad oggi in essere, avvalendosi delle esperienze, delle attività tecniche e gestionali del personale esperto in materia di formazione continua in medicina operante per la Commissione nazionale per la formazione continua, presso l'Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali;
- garantire nei confronti degli operatori sanitari l'offerta formativa, senza soluzione di continuità, nella sua erogazione attraverso l'accREDITAMENTO degli eventi dei progetti formativi aziendali, la elaborazione e la realizzazione dei programmi informatici e gestionali necessari alla realizzazione del Sistema di Formazione Continua della regione Lazio.
- Adozione del nuovo piano formativo regionale triennio 2013 – 2015 in attuazione del piano formativo nazionale secondo gli indirizzi formulati dalla Commissione ECM regionale.
- Attivazione Osservatorio ECM regionale previsto dall'Accordo Stato – Regioni del 5 novembre 2009 avente finalità di controllo qualitativo e formale sulle attività formative svolte dai provider.

INDICATORI DI RISULTATO

- Spesa sostenuta per attività di formazione su spesa 2012

IL CRONO PROGRAMMA DELLE SCADENZE INTERMEDIE E FINALITÀ CHE DOVRANNO ESSERE RISPETTATE

- Stipula della Convenzione con l'Agenzia nazionale per i servizi sanitari (A.Ge.Na.S) entro 30/06/2013
- Emanazione della Delibera di Giunta regionale recante il nuovo piano formativo triennio

2013 – 2015 entro 31/10/2013

- Emanazione di atto della Direzione Programmazione e Risorse del s.s.r. per la costituzione, l'organizzazione ed il funzionamento dell' Osservatorio ai sensi del D.C.A. 31 dicembre 2010, n. U00108. entro il 31/12/2013

IMPATTO ECONOMICO

- non valutabile poiché l'attività non risulta avviata.

RESPONSABILE DEL PROCEDIMENTO ATTUATIVO

- Area Risorse Umane e Formazione in capo alla Direzione Regionale Programmazione e Risorse del S.S.R. Il Presidente del Nucleo di Valutazione Regionale è il Direttore della Direzione stessa.

<i>Manovre di risparmio sulla Formazione</i>					
<i>Tabella 18. Serie storica costo Formazione in migliaia di euro</i>					
<i>Anni</i>	<i>2008</i>	<i>2009</i>	<i>2010</i>	<i>2011</i>	<i>2012</i>
<i>Costo Formazione</i>					
<i>Tabella 19. Definizione dell'obiettivo di riduzione del costo</i>					
	<i>Valore in migliaia di euro</i>				
	<i>Costo anno X di riferimento per la riduzione</i>	<i>Percentuale di riduzione per l'anno Y</i>	<i>Valore economico del risparmio nell'anno Y</i>		
<i>Formazione</i>					

Intervento 8.2 promozione della carta dei servizi nelle Aziende sanitarie

Riferimenti normativi:

- Schema generale di riferimento della "Carta dei servizi pubblici sanitari" Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 19 Maggio 1995, (in Gazzetta Ufficiale 31 maggio 1995, n. 125)
- Attuazione della Carta dei servizi nel servizio sanitario nazionale Linee-Guida N. 2/95 (supplemento ordinario alla Gazzetta Ufficiale n. 203 del 31 agosto 1995)

Un'indagine preliminare sui portali aziendali delle Aziende Sanitarie Locali e delle Aziende Ospedaliere nel Lazio ha evidenziato che, su 15 aziende:

- 3 non riportano la carta dei servizi;
- 4 hanno carte dei servizi non aggiornate;
- la maggior parte dei siti delle aziende pubblica la carta dei servizi in formato pdf;
- i contenuti sono complessivamente disomogenei.

OBIETTIVI

- Verificare la conformità delle carte dei servizi delle aziende sanitarie e ospedaliere del Lazio alle Linee Guida della normativa vigente in materia di Carta dei Servizi dei Sistemi Sanitari.
- Verificare a livello regionale gli standard che le ASL e gli Ospedali definiscono come fattori e indicatori di Qualità, tenuto conto delle caratteristiche specifiche dei servizi forniti, dell'utenza di riferimento, delle tecnologie disponibili e dei programmi di sperimentazione in atto.
- Comunicare la carta dei Servizi
- Elaborare linee guida per la regione Lazio
 - La Carta è un “patto con i cittadini”, che come patto esiste solo se è comunicato e condiviso dai cittadini.
 - L’obiettivo della comunicazione è quello di rendere utilizzabili e leggibili da parte dei cittadini le notizie e i dati contenuti nella Carta dei Servizi, così da rendere reale il patto con l’utenza.
 - E’ determinante avere chiaro il destinatario della comunicazione: cittadino, utente, malato ricoverato, malato cronico, associazione, medico di famiglia, farmacista, altre istituzioni e modulare il messaggio di conseguenza.
 - Diversi canali di comunicazione possono essere presi in considerazione, sulla base dell’utenza che si vuole informare e delle risorse economiche e umane che si possono impiegare.

AZIONI

- Realizzare un’indagine di customer satisfaction, per verificare il livello di informazione e conoscere i punti di sofferenza rilevati dagli utenti.
 - L’indagine suddivisa in due momenti parte dall'esperienza dell'utente, che rappresenta il primo step per l'analisi della qualità del servizio, per poi passare all’esame dei fattori di qualità: tempistica, semplicità delle procedure, chiarezza e completezza delle informazioni fornite, gli aspetti legati all’orientamento e all’accoglienza, il comfort e la pulizia delle strutture, gli aspetti legati alle relazioni sociali e umane.
- Avviare interventi mirati e programmati per definire le esigenze degli utenti.
- Informare comunicando in maniera personalizzata.
- Creare una banca dati dei servizi.
- Alla luce della Legge Regionale del Lazio N° 7 del 18/06/2012 sull'Open Data, costruire un sito che raccolga le carte dei servizi delle Asl e delle AO sia nel formato pdf, così come editate dalle singole aziende, sia in formati aperti con tracciati record omogenei. A tal
 - Attivazione Gruppo di lavoro coordinato da Laziosanità-ASP:
 - coordinamento degli URP aziendali nella costruzione omogenea dei tracciati record e nella creazione di un flusso informativo che garantisca la qualità e l’aggiornamento dei dati;
 - realizzazione del sito;
 - ascolto attivo dell’Utenza per monitorare il cambiamento.

RISULTATI PROGRAMMATI

- Aggiornamento della Carta dei Servizi di tutte le ASL e le Aziende Ospedaliere del Lazio
- Revisione basata anche sui risultati delle indagini di customer satisfaction
- Banca dati e piattaforma web comune alle aziende, gestita da Laziosanità-ASP.
- Utilizzando le informazioni messe a disposizione dagli URP aziendali, potrebbe raccogliere i dati in un archivio interrogabile dagli utenti attraverso query di ricerca ed offrire dei mezzi di valutazione dell'apprezzamento dei servizi (customer satisfaction).
- Incremento grado di soddisfazione dei cittadini
- Incremento appropriatezza di accesso ai servizi sanitari e socio-sanitari

INDICATORI DI RISULTATO

- Report con i risultati delle indagini di customer satisfaction
- Pubblicazione della nuova Carta dei Servizi presso le ASL e AA.OO.
- Apertura piattaforma web

CRONOPROGRAMMA

- 31 Agosto 2013: completamento indagine di customer satisfaction;
- 31 Dicembre 2013: pubblicazione carte dei servizi
- 30 giugno 2014: apertura piattaforma web

RESPONSABILE DEL PROCEDIMENTO

- Dirigente Area Programmazione della rete ospedaliera (pubblica-privata-policlinici universitari) e ricerca
-

Intervento 8.3 attivazione di azioni finalizzate alla rilevazione sistematica della qualità percepita dagli utenti/cittadini.

La Regione Lazio, al fine di sviluppare e incentivare la partecipazione dei cittadini all'analisi delle politiche sanitarie attuate dalle Aziende, ha finanziato negli anni 2007-2009 due progetti di Audit Civico, curati da Cittadinanzattiva Lazio Onlus.

L'Audit Civico è una metodologia di valutazione dei servizi sanitari, approntata da Cittadinanzattiva - che dal 1978 promuove la tutela dei diritti dei cittadini e consumatori - per sostenere un ruolo centrale e attivo del cittadino nella valutazione costruttiva dell'azione delle Aziende sanitarie. Tale attività ha i requisiti previsti dall'art. 118, ultimo comma, della Costituzione: "Stato, regioni, province, città metropolitane, comuni favoriscono l'autonoma iniziativa dei cittadini, singoli e associati, per lo svolgimento di attività di interesse generale, sulla base del principio di sussidiarietà".

Affinché il cittadino diventi parte attiva nel monitoraggio del sistema salute, la Regione Lazio, dopo aver sperimentato l'Audit Civico negli anni 2007 e 2009, con determinazione n.B5546 del 5 novembre 2010 ha approvato e finanziato un progetto di Audit con l'obiettivo di rendere strutturale lo sviluppo di forme di partecipazione della cittadinanza alla progettazione e all'analisi delle attività sanitarie attuate dalle Aziende.

Con DPCA 40/2011 "Atto di indirizzo per l'adozione dell'atto di autonomia aziendale delle Aziende Sanitarie della Regione Lazio" è stato previsto che "le Aziende potranno promuovere appositi progetti di Audit Civico, coordinandoli con le iniziative assunte a livello regionale" e "di rendere

strutturale in tutte le Aziende Sanitarie (ASL, IRCCS, Policlinici Universitari ed Aziende Ospedaliere) la partecipazione attiva dei cittadini alla tutela dei propri diritti e di sviluppare, quindi, a livello aziendale strumenti e canali permanenti per il consolidamento e l'ampliamento dell'applicazione di politiche centrate sulla partecipazione civica. Lo strumento dell'Audit rappresenta, inoltre, un elemento utile alla Giunta regionale ai fini della periodica valutazione dei direttori generali."

L'applicazione sistematica dell'Audit civico nella nostra regione è il risultato dell'evoluzione e del consolidamento di una strategia politica promossa da Cittadinanzattiva e sostenuta dalla Regione Lazio che hanno scommesso sulla valorizzazione del punto di vista civico come risorsa per contribuire all'individuazione delle priorità d'intervento da un punto di vista civico per il miglioramento del servizio sanitario.

Il primo ciclo di Audit civico (2007/8) ha visto la partecipazione di sette aziende sanitarie locali e la valutazione civica di n. 57 strutture sanitarie. Si è trattato di un'esperienza a carattere sperimentale. Il secondo ciclo di Audit civico (2009/10) ha segnato il passaggio dalla sperimentazione al consolidamento a livello regionale della valutazione civica e del metodo dell'Audit civico sia per quanto concerne la quantità dei dati prodotti sia per la qualità del processo di partecipazione civica che, seppur in modi diversi, ha visto un progressivo rafforzamento. A questo secondo ciclo hanno partecipato n. 10 ASL, n. 8 AO e n. 2 IRCCS e complessivamente sono state osservate n. 111 strutture tra ospedali, sedi di distretto, poliambulatori, Centri per la Salute Mentale (CSM) e Servizi per le tossicodipendenze (SerT).

L'Audit civico del 2011, oltre alla forte rappresentatività dei dati che fanno riferimento alla quasi totalità delle strutture sanitarie del nostro SSR, è sicuramente il ciclo del riconoscimento e accreditamento istituzionale della partecipazione civica come risorsa per lo sviluppo di politiche sanitarie orientate al cittadino e del metodo dell'Audit come punto di riferimento, per tutte le aziende sanitarie nell'ambito degli strumenti di valutazione delle performance e della qualità previsti a livello di atti aziendali.

Con il progetto 2011-2012 è stato realizzato un percorso aziendale per l'istituzione di un tavolo misto permanente della partecipazione, strumento di politica civica animato dall'interesse generale del miglioramento della qualità e dell'organizzazione dei servizi sanitari.

La finalità di quest'iniziativa è favorire la partecipazione civica allo sviluppo di politiche aziendali orientate al cittadino attraverso una valutazione civica delle performance aziendali e l'individuazione di priorità d'intervento.

L'applicazione della struttura di valutazione dell'Audit civico consente di ottenere per ogni azienda osservata una matrice di dati in grado di fornire il quadro degli Indici di Adeguamento agli Standard (IAS) conseguiti da quell'azienda sia per la singola componente sia relativamente ai fattori ed indicatori rilevati ai differenti livelli di osservazione (Livello aziendale, dell'assistenza ospedaliera, delle Cure primarie nelle sue varie articolazioni). L'IAS è un valore medio compreso tra 0 e 100, che esprime in quale misura l'azienda, in relazione al fattore (Es. "Accesso alle prestazioni") e al livello considerato (Es. "Assistenza ospedaliera"), rispetta gli standard di riferimento.

Obiettivo generale

Consolidare su tutto il territorio regionale le attività di Audit civico inserendo i risultati della valutazione nel ciclo di programmazione locale e regionale

Obiettivi specifici e azioni

- Realizzazione di una valutazione civica del SSR finalizzata ad individuarne i punti di forza, debolezza e le priorità civiche di intervento, con particolare attenzione alle attività territoriali e, per quanto attiene l'ambito ospedaliero, al sistema dell'emergenza e della salute mentale
- Verifica dell'impatto dell'Audit civico dei cicli precedenti
- Sviluppo di attività di benchmarking aziendale mediante confronto matrici IAS
- Istituzione in ogni Azienda sanitaria di un Tavolo misto permanente della partecipazione
- Monitoraggio dei tavoli misti aziendali di partecipazione civica
- Contribuire alla diminuzione della disomogeneità in termini di offerta e qualità dei servizi erogati dalle strutture sanitarie su base regionale.

Funzione regionale dedicata alla governance

Funzione di governance costituita a livello regionale dalle Aree interessate: Area territoriale, ospedaliera

RISULTATI PROGRAMMATI:

- Aumento della diffusione dell'istituto del tavolo misto della partecipazione nelle aziende sanitarie pubbliche del SSR.
- Ricognizione sul funzionamento dei tavoli misti permanenti della partecipazione.
- Studio longitudinale dell'andamento degli Indici di Adeguamento agli Standard (IAS)
- Monitoraggio strutturato delle attività di Audit civico
- Produzione rapporto di Audit Civico

INDICATORI DI RISULTATO:

- Provvedimenti di formalizzazione a livello aziendale dell'istituzione tavolo misto della partecipazione
- Relazione sul funzionamento dei tavoli misti permanenti della partecipazione
- Numero di rapporti locali elaborati dalle singole equipe
- Disponibilità del rapporto relativo allo Studio longitudinale dell'andamento degli IAS
- Disponibilità rapporto di Audit civico

IL CRONO PROGRAMMA DELLE SCADENZE INTERMEDIE E FINALITÀ CHE DOVRANNO ESSERE RISPETTATE

- Entro dicembre 2013 consolidamento del tavolo misto della partecipazione nelle aziende sanitarie pubbliche del SSR
- Entro giugno 2014 ricognizione sul funzionamento dei tavoli misti permanenti della partecipazione.
- Entro dicembre 2014 studio longitudinale dell'andamento degli Indici di Adeguamento agli Standard (IAS)
- Entro settembre 2014 conclusione del monitoraggio strutturato delle attività di Audit civico
- Entro dicembre 2014 produzione rapporto di Audit Civico
- Impatto economico: Non Previsto

RESPONSABILE DEL PROCEDIMENTO ATTUATIVO:

- Dirigente Area Programmazione dei servizi territoriali e delle attività distrettuali dell'integrazione socio sanitaria

Intervento 8.4 Disciplina sugli obblighi di pubblicità, trasparenza e diffusione di informazioni e per la prevenzione e la repressione della corruzione e dell'illegalità nella, da parte delle pubbliche amministrazioni

La Regione Lazio, con nota prot n. 46122 DB/08/13 dell'11 marzo 2013, ha provveduto a fornire alle Aziende del SSR. una direttiva circa l'applicazione dei principi generali e dei contenuti della legge 190 del 2012 (nota come legge anticorruzione) in materia di prevenzione e repressione della corruzione e dell'illegalità, nonché di pubblicità, trasparenza e diffusione di informazioni da parte delle PA.

Risultati programmati

- Applicazione delle disposizioni dei principi generali e dei contenuti della legge 190 del 2012 in materia di prevenzione e la repressione della corruzione e dell'illegalità, nonché di pubblicità, trasparenza e diffusione di informazioni da parte delle PA.

Indicatori di risultato

- pubblicazione, nei siti web istituzionali delle SS.LL., delle informazioni relative ai procedimenti amministrativi, dei relativi bilanci e conti consuntivi, nonché i costi unitari di realizzazione delle opere pubbliche e di produzione dei servizi erogati ai cittadini.

Responsabile del procedimento attuativo:

- Dirigente Area Giuridico Normativa-Istituzionale

Proposta PO 2014-2020

Intervento 8.5 piano di formazione aziendale per la sicurezza dei pazienti (Root cause analysis, Audit Clinico).

Le attività di formazione mirate alla riduzione degli errori e alla gestione del rischio clinico può portare indubbi vantaggi, in quanto consente di aumentare non solo la sicurezza del paziente ma anche l'efficienza e la qualità del sistema ospedale, permettendo di ridurre anche i costi aggiuntivi derivanti da errori.

Al fine di costruire un piano di gestione del rischio clinico atto a migliorare le condizioni di lavoro e la sicurezza del paziente, è necessario acquisire conoscenze e metodi specifici che aiutino gli operatori sanitari a migliorare le pratiche di lavoro ed il rapporto con i pazienti.

Il modello di formazione che si propone è un sistema di formazione a distanza per tutti gli operatori sanitari e risk manager. Tale modello, grazie alle collaborazioni gratuite offerte dalle Aziende Sanitarie ed Ospedaliere, prevede la condivisione di percorsi formativi tra tutte le Strutture Sanitarie.

Le stesse, annualmente saranno tenute ad organizzare corsi di formazione che dovranno essere caricati su piattaforme e-learning al fine di renderli accessibili a tutti gli operatori sanitari e risk manager.

RISULTATI PROGRAMMATI:

- Realizzazione di una portale regionale dedicato alla formazione a distanza degli operatori delle Aziende del SSR che consenta di condividere tutti gli eventi formativi realizzati a cura di una singola Azienda.
- Adozione del modello di autoformazione a costo zero a livello regionale.

INDICATORI DI RISULTATO:

- Riduzione di almeno il 50% del costo di formazione del personale.

IL CRONO PROGRAMMA DELLE SCADENZE INTERMEDIE E FINALITÀ CHE DOVRANNO ESSERE RISPETTATE;

- I semestre 2013: progettazione del portale ed elaborazione direttive uniformi da impartire alle Aziende del SSR per assicurare la condivisione multimediale degli eventi formativi
- Il semestre 2013: realizzazione del portale

IMPATTO ECONOMICO:

- Riduzione di almeno il 50% dei costi di formazione del personale del SSR a livello regionale

RESPONSABILE DEL PROCEDIMENTO ATTUATIVO:

- Area Giuridico Normativa Istituzionale, Area Risorse Umane e Formazione del SSR, Area Programmazione della rete ospedaliera e laboratoristica, LAIT S.P.A.

3. Area: Razionalizzazione dei fattori produttivi

Programma 9: Razionalizzazione spesa

Il programma, secondo le linee di indirizzo ministeriali, deve realizzare i seguenti obiettivi:

- Pianificazione poliennale sugli acquisti – Analisi e governo dei fabbisogni;
- Aspetti organizzativi e logistici dei processi di acquisto;

- Centralizzazione degli acquisti – Attivazione di sistemi di e-procurement regionali – Adesione a Consip;
- Riorganizzazione e potenziamento dei sistemi di controllo e monitoraggio della spesa sanitaria in termini di prezzi e quantità ai sensi della normativa vigente (prezzi di riferimento, contratto quadro, livelli di servizio, attivazioni di penali, etc.);
- Attuazione della normativa nazionale in materia di beni e servizi (DL 98/2011 e DL 95/2012)
- Assistenza farmaceutica: Distribuzione diretta e per conto; (non di competenza Centrale Acquisti)
- Modalità di approvvigionamento farmaci;
- Health Technology Assessment; (non di competenza Centrale Acquisti)
- Monitoraggio dei tempi di pagamento.

Intervento 9.1: Pianificazione poliennale sugli acquisti – Analisi e governo dei fabbisogni

Le principali linee di attività che riguardano la pianificazione degli acquisti e il governo dei fabbisogni condotte dalla Centrale Acquisti, sono:

1. La gestione ed orientamento delle richieste di autorizzazione all'espletamento di autonome gare d'appalto per effetto dei decreti n°U0042 del 2010 e n°U00191 del 2012;
2. Utilizzo di uno strumento di analisi della spesa denominato "Spending Analysis"

A ciò si aggiunge la pianificazione delle gare centralizzate di cui si parlerà in dettaglio nell'intervento 9.3.

9.1.1 - Analisi e governo dei fabbisogni di acquisto – Orientamento delle richieste di autorizzazione (DCA U00191)

Nel corso del 2012 la Centrale Acquisti ha gestito, con tempi medi notevolmente inferiori rispetto al 2011, oltre 1.600 richieste di acquisto da parte delle AA.SS., per un valore complessivo di circa 530,0 €M.

Attraverso l'attività di gestione delle richieste di autorizzazione, è possibile monitorare gli acquisti delle aziende e programmare le iniziative centralizzate. Per rafforzare tale controllo, la Centrale Acquisti verifica periodicamente i bandi di gara pubblicati dalle Aziende Sanitarie, al fine di identificare tempestivamente eventuali anomalie ed indirizzare azioni correttive.

Per il triennio 2013-2015 la Centrale Acquisti è impegnata a proseguire l'attività di gestione e monitoraggio delle richieste di autorizzazione, rafforzando il controllo sulle attività di indizione e successiva pubblicazione di gare da parte delle Aziende.

A tal fine, nel mese di ottobre 2012 è stato approvato il Decreto U00191 che, ad integrazione del Decreto N.U0042 del 2010, prevede un ampliamento e rafforzamento delle attività della Centrale Acquisti in merito agli adempimenti a carico delle Aziende Sanitarie nell'approvvigionamento di beni e servizi.

In particolare, con tale decreto:

- si conferma e rafforza l'obbligo di richiesta di autorizzazione, da parte delle Aziende Sanitarie, per le iniziative di acquisto per beni e servizi, attraverso la compilazione e trasmissione di un modello standard integrato rispetto al precedente formato con alcune informazioni necessarie ai fini della validità dell'autorizzazione;
- si introduce il successivo obbligo di pubblicità, al momento dell'indizione delle iniziative, non preventivamente autorizzate dalla Centrale Acquisti, attraverso la compilazione e trasmissione da parte delle Aziende Sanitarie di un modello standard di report contenente ulteriori informazioni sulle iniziative pubblicate;
- si introduce l'applicazione di sanzioni alle Aziende Sanitarie che indicano gare che non sono state preventivamente autorizzate dalla Centrale Acquisti, prevedendo una prima fase di segnalazione da parte della Struttura regionale al Direttore Generale della Azienda interessata della violazione delle disposizioni contenute nel decreto stesso, seguita da un successivo momento di contraddittorio fino all'individuazione degli interventi sanzionatori da applicare.

Con tale decreto viene rafforzato il vincolo delle Aziende Sanitarie alla centralizzazione degli acquisti al fine di raggiungere nel breve/medio periodo l'obiettivo di razionalizzare ed omogeneizzare i fabbisogni garantendo i risparmi anche sulle categorie merceologiche che non vengono gestite centralmente ovvero che non sono oggetto immediato di centralizzazione.

Inoltre l'attività di autorizzazione delle procedure, grazie al coordinamento costante con le Aree della Direzione Programmazione e Risorse del Servizio Sanitario Regionale, consente di garantire la piena aderenza delle gare ai piani di revisione della rete in corso. In particolare:

- per quanto attiene alle procedure di gara per investimenti, il processo consente di verificare che tutti gli investimenti abbiano una copertura finanziaria negli appositi stanziamenti regionali o nazionali;
- per le gare di servizi esternalizzati, la procedura viene autorizzata dopo una valutazione sul rispetto dei vincoli sulle dotazioni di personale.

Per quanto riguarda le richieste di beni non tecnologici e servizi la Centrale Acquisti ha indirizzato le Aziende Sanitarie sulle modalità di acquisizione più opportuna in modo da massimizzare i risparmi e garantire al contempo la continuità del servizio:

- Autorizzazione a procedere: Per le categorie merceologiche che non saranno affrontate entro i prossimi 12-18 mesi con gara centralizzate, le Aziende Sanitarie possono procedere autonomamente, purché conseguano un risparmio di almeno il 10% rispetto alla spesa precedentemente sostenuta;
- Nessuna Autorizzazione: nessuna autorizzazione è stata fornita alle AA.SS. per merceologie che saranno oggetto di centralizzazione nei prossimi mesi. I risparmi attesi dalle gare centralizzate sono quelli definiti all'interno del piano gare 2010-2012;

- Richiesta di ricorso a Convenzione Consip: quando per la categoria merceologica in esame esiste una Convenzione Consip attiva, è stato chiesto all'azienda sanitaria di far ricorso a tale strumento;
- Richiesta di ricorso a MEPA Consip: quando l'importo della spesa e la categoria merceologica permettono di rivolgersi al Mercato Elettronico della Pubblica Amministrazione in Consip, è stata ribadita l'obbligatorietà di questo strumento.

Inoltre, a rafforzamento dell'intervento, si potranno valutare gli effetti derivanti dal monitoraggio dell'utilizzo degli strumenti Consip come da disposizioni in materia di acquisto di beni e servizi previste dall'art. 2, comma 1, del decreto-legge 18 settembre 2001, n. 347, convertito, con modificazioni, dalla legge 16 novembre 2001, n. 405, così come modificato dall'art. 3 comma 168, della legge 24 dicembre 2003, n.350, nonché dall'articolo 22, comma 8, del decreto legge n. 78/2009.

Azione 9.1.2 - Analisi e governo dei fabbisogni di acquisto. Utilizzo di uno strumento di analisi della spesa "Spending Analysis"

La Regione Lazio si è recentemente dotata di uno strumento informativo (software) di analisi della spesa. Lo strumento si compone di tre applicazioni software che condividono la stessa base di conoscenza semantica (ontologia) e grazie al quale è possibile:

1. Governare la spesa per beni e servizi:
 - Analisi dei prezzi ed effettuazione di benchmark
 - Monitoraggio dei consumi in termini di volumi
2. Creare un'Anagrafica Unica Regionale di beni e servizi
3. Individuare il "modello di consumo" globale, nello specifico evidenziando le seguenti informazioni relative alla spesa:
 - Oggetto dell'acquisto (produttore, caratteristiche tecniche, etc.);
 - Chi effettua l'acquisto;
 - Prezzo di acquisto;
 - Quantità effettiva ordinata, ricevuta, consumata;
 - Modalità contrattuale di acquisto;
 - Frequenza;

La base dati del sistema informativo viene costantemente alimentata con gli ordini di ricevimento merci e le fatture estrapolate dai singoli sistemi amministrativo-contabili delle Aziende Sanitarie.

Tra le varie funzionalità del sistema è possibile, quindi, mettere a confronto i consumi per beni e servizi delle Aziende Sanitarie e quindi valutare la congruità dei fabbisogni espressi nelle gare. Per massimizzare i benefici dello strumento, risulta necessario instaurare un modello di governance strutturato e condiviso tra i diversi attori coinvolti, che preveda una collaborazione continua tra Centrale Acquisti, Sanità Regionale ed Aziende Sanitarie.

Tale strumento consentirà altresì di analizzare dettagliatamente i fabbisogni delle Aziende Sanitarie, al fine di individuare le categorie merceologiche che potrebbero essere oggetto di iniziative di razionalizzazione della spesa tramite le gare centralizzate.

Si rimanda all'*intervento 9.4* per il dettaglio delle attività e dei risultati attesi dall'utilizzo di tale applicativo.

RISULTATI PROGRAMMATI:

- Governo dei fabbisogni delle aziende sanitarie attraverso l'analisi e monitoraggio delle richieste di acquisto;
- Appropriatelyzza e legittimità delle procedure di gara;
- Generazione di risparmi anche sulle categorie merceologiche non centralizzate.

INDICATORI DI RISULTATO:

- Adesione a gare regionali, convenzioni nazionali e MEPA e riduzione acquisti in privata

Cronoprogramma delle scadenze intermedie e finalità che dovranno essere rispettate:

- Produzione di un report trimestrale relativo alle gare bandite dalle AA.SS., con la segnalazione di eventuali comportamenti difformi dalle prescrizioni per l'attivazione del processo sanzionatorio.

Impatto economico:

- L'impatto economico dell'intervento non è stimabile ex ante.

Responsabile del procedimento attuativo:

- Area Centrale Acquisti e Crediti Sanitari
-

Obiettivi specifici assegnati ai Direttori Generali delle Aziende Sanitarie, compresa la GSA

- Rispetto delle indicazioni regionali in ordine alle modalità di attivazione delle gare bandite autonomamente dalle aziende;
- Rispetto dell'obbligo di prioritario ricorso alle procedure di gara bandite dalla Centrale Acquisti Regionali, a CONSIP e a MEPA.
- Produzione e trasmissione delle informazioni di monitoraggio richieste dalla Regione;
- Generazione di risparmi sulle gare indette autonomamente o su categorie merceologiche diverse da quelle oggetto di centralizzazione degli acquisti.

Intervento 9.2: Aspetti organizzativi e logistici dei processi di acquisto

La Regione Lazio, per assicurare una gestione uniforme e efficiente dei processi amministrativi nelle diverse Aziende Sanitarie, ritiene opportuno realizzare un'armonizzazione del governo di alcuni servizi amministrativi. A tal fine, la Regione ha già avviato iniziative di centralizzazione relativamente all'espletamento di gare per le Aziende Sanitarie e alla gestione dei pagamenti tramite l'Area «Centrale Acquisti e Crediti Sanitari».

Il rafforzamento di tale impostazione rappresenta un presupposto fondamentale per assicurare l'attuazione in tempi brevi delle misure definite dalla Regione Lazio finalizzate al raggiungimento degli obiettivi previsti nel Piano di Rientro.

Tale rafforzamento si propone di gestire a livello centrale ulteriori funzioni amministrative delle Aziende Sanitarie e potrebbe essere realizzato attraverso l'azione sinergica delle esistenti strutture di Bilancio e Sanità regionali. Tale approccio consentirebbe alle Aziende Sanitarie di concentrare le proprie risorse sulle attività con un diretto impatto sui livelli essenziali di assistenza.

Il progetto, oltre all'implementazione e rafforzamento della centralizzazione della funzione di Approvvigionamento e Pagamenti, potrà assicurare il governo centrale di alcune attività all'interno delle seguenti 5 funzioni:

- Contabilità
- Risorse Umane & Amministrazione del Personale
- Controllo di Gestione
- Contenzioso
- Autoassicurazione.

Con riferimento a tale ultima funzione (Autoassicurazione), la Regione Lazio ha effettuato una ricognizione sulle coperture assicurative attualmente in essere presso ciascuna azienda sanitaria, ha individuato le aziende sanitarie che hanno adottato il sistema auto-assicurativo ed analizzato le modalità di funzionamento dei relativi modelli.

La Regione Lazio, inoltre, ha analizzato le esperienze di modelli di autoassicurazione, totale e/o parziale, attuati dalle altre Regioni italiane (Regione Toscana e Regione Piemonte in particolare), definendo un modello di copertura RTC/RCO per il SSR del Lazio.

La Regione si impegna ad effettuare uno studio sulla sinistrosità pregressa per valutare l'opportunità economica di stipulare una polizza catastrofale (definendone eventualmente il limite), quantificare il fondo copertura rischi regionale ed ipotizzarne la quota di contribuzione per azienda sanitaria.

Con riferimento alle risorse impiegate nella realizzazione del progetto di centralizzazione dei servizi, l'iniziativa potrà avvenire senza ulteriori costi di personale per il SSR, in quanto si potranno prevedere procedure di mobilità per il trasferimento del personale dalle Aziende Sanitarie alle strutture regionali. A supporto della realizzazione del progetto di centralizzazione dei servizi amministrativi, inoltre, sarà necessaria l'istituzione di un Sistema Informativo amministrativo contabile unificato, al fine di rendere disponibile al SSR della Regione Lazio la fruizione di un impianto contabile unico ed armonizzato, con l'obiettivo finale di procedere alla standardizzazione delle procedure e a rendere disponibili dati aggregati a livello regionale ottenibile in forma automatica ed in tempo reale.

IL PROCESSO DI CENTRALIZZAZIONE DEI SERVIZI AMMINISTRATIVI DELLE AZIENDE SANITARIE SI AVVIERÀ TRAMITE IL POTENZIAMENTO DELL'AREA CENTRALE ACQUISTI E CREDITI SANITARI, CON I VOLUMI ILLUSTRATI NELLA TABELLA SEGUENTE:

Funzioni	Personale		Logistica	
	Numero risorse "di coordinamento"	Numero risorse "operative"	Spazio di lavoro (mq)	Spazi di archivio (mq)
Approvvigionamenti	7	50	570	150
Pagamenti	4	30	340	100

RISULTATI PROGRAMMATI:

- I benefici attesi dalla combinazione delle azioni previste dall'Intervento sono i seguenti:
- Efficientamento dei processi;
- Standardizzazione e trasparenza delle procedure amministrative;
- Ottimizzazione del numero di risorse impiegate;

- Uniformazione contrattualistica e modulistica;
- Garanzia di livelli di servizio e standard di qualità uniformi sul territorio regionale;
- Miglior esercizio, da un lato, del ruolo di “committenza” e governo della domanda di prestazione e, dall’altro, di gestione dei servizi sanitari e delle reti cliniche;
- Generazione di significativi risparmi per il Servizio sanitario in termini di riduzione dei premi pagati e dei conseguenti oneri fiscali.

INDICATORI DI RISULTATO:

- Riduzione dei costi amministrativi per la gestione delle Aziende
- Risparmio sulla spesa per la copertura assicurativa RCT/RCO.

IL CRONOPROGRAMMA DELLE SCADENZE INTERMEDIE E FINALITÀ CHE DOVRANNO ESSERE RISPETTATE:

Centro Servizi Regionale:

- Emanazione del Decreto, entro il 31/05/2013
- Avvio delle attività pilota per la funzione di Approvvigionamenti:
- Avvio delle procedure per la selezione del personale da impiegare nel progetto (avviso di selezione per funzionari pubblicato sulla Intranet Regionale, verifica presso l’ufficio di selezione del personale Regionale dell’eventuale disponibilità di comandi per l’anno 2013 per ciascun livello) entro il 30/06/2013
- Effettuazione colloqui e richiesta formale ai Direttori Generali dei comandi / distaccati entro il 30/09/2013

Modello di Autoassicurazione:

- Inserimento, da parte della Direzione Regionale Assetto Istituzionale, Prevenzione e Assistenza Territoriale – Area Giuridico Normativa-Istituzionale, del Decreto per l’adozione, a livello regionale, del modello auto-assicurativo entro il 30/04/2013
- Elaborazione linee guida per l’autoassicurazione, da parte della Direzione Regionale Assetto Istituzionale, Prevenzione e Assistenza Territoriale – Area Giuridico Normativa-Istituzionale, entro il 31/07/2013
- Determinazione fondo rischi e copertura catastrofale entro il 31/08/2013
- Adesione da parte delle aziende sanitarie al modello auto-assicurativo entro il 31/10/2013.

IMPATTO ECONOMICO:

- Per quanto riguarda l’iniziativa di centralizzazione dei servizi amministrativi, non è possibile quantificare i benefici prodotti in termini di risparmi economici.
- Relativamente, invece, all’istituzione del nuovo modello di autoassicurazione è possibile stimare un risparmio complessivo di circa 5€M nel 2013 e 25,0€M nel 2014:

Totale intervento 9.2 - Aspetti organizzativi e logistici dei processi di acquisto	Risparmio 2013 (M€)	Risparmio 2014 (M€)	Risparmio 2015 (M€)
Nuovo modello di autoassicurazione	5,00	25,00	25,00

RESPONSABILE DEL PROCEDIMENTO ATTUATIVO:

- Area Centrale Acquisti e Crediti Sanitari con ruolo di coordinamento per il raggiungimento dei risultati programmati.
- Area Centrale Acquisti e Crediti Sanitari responsabile del procedimento attuativo per i processi relativi agli Approvvigionamenti ed ai Pagamenti.
- Area Risorse Finanziarie responsabile del procedimento attuativo per i processi relativi alla Contabilità ed al Controllo di Gestione.
- Area Risorse Umane e Formazione responsabile del procedimento attuativo per i processi relativi alle Risorse Umane & Amministrazione del Personale.
- Area Giuridico Normativa-Istituzionale responsabile del procedimento attuativo per i processi relativi all’Autoassicurazione;
- Direzione Regionale programmazione e risorse del SSR per le procedure di centralizzazione dell’attività inerente il contenzioso

Intervento 9.3: Centralizzazione degli acquisti — Attivazione di sistemi di e-procurement regionali - Adesione a Consip

Si riporta di seguito una sintesi delle iniziative di gara finora gestite dalla Centrale Acquisti, il loro stato di attuazione ed i risultati ottenuti. Si riporta inoltre la pianificazione degli acquisti centralizzati per il triennio 2013-2015. Tale pianificazione comprende le categorie merceologiche e/o i servizi che la Struttura regionale, dall'analisi dei fabbisogni di acquisto delle Aziende Sanitarie che si ritiene necessario "aggredire" attraverso acquisti centralizzati.

1. Gare centralizzate espletate entro il 2012 e già contrattualizzate:

Gare centralizzate espletate entro il 2012 e già contrattualizzate
- Antisettici e disinfettanti
- Emoderivati
- Ossigeno domiciliare 1
- Ossigeno domiciliare 2
- Medicazioni
- Farmaci 1
- Farmaci 2
- Farmaci generici
- Fili di sutura 1
- Fili di sutura 2
- Dispositivi per diabetici
- Vaccini 1
- Vaccini 2
- Acquisizione ottica immagini per ricette farmaceutiche e specialistiche
- Servizi di tesoreria
- Lavano 1
- Vigilanza1
- Ausili per invalidi ad uso territoriale
- Ausili per incontinenti e neonati 1

2. Gare centralizzate già decretate ed in fase di espletamento:

Gare centralizzate decretate ed in fase di espletamento
Iniziative in fase di aggiudicazione/contrattualizzazione:
- Dispositivi da somministrazione, raccolta e prelievo
- Farmaci 3
- Gestione e smaltimento rifiuti speciali 2
- Materiale consumabile da laboratorio
- Noleggio e service per i SIMT
- Pacemaker e defibrillatori
- Pulizie e sanificazione
- Ristorazione 1
- Vigilanza 2
Iniziative pubblicate:
- Ausili per incontinenti e neonati 2
- Gestione e smaltimento rifiuti speciali 2
- Lavanolo 2
- Sistema inf. Ares 118

3. Le iniziative centralizzate già disciplinate da Decreto del Commissario ad Acta non ancora avviate:

Iniziative centralizzate decretate non ancora avviate
- Sistemi macchine reagenti da laboratorio
- Brokeraggio e Assicurazione (si rimanda all' <i>intervento 9.2</i>)
- Servizio Cup (centri unici di prenotazione) per le Aziende Sanitarie della Regione Lazio
- Servizio ReCup per la Regione Lazio
- Acquisizione infrastruttura tecnologica per la gestione del servizio ReCup per la Regione Lazio
- Sistema gestionale amministrativo contabile unificato

4. Le gare centralizzate programmate per il triennio 2013-2015:

Gare centralizzate pianificate
- Farmaci 4
- Vaccini 4
- Vaccini antinfluenzali
- Protesi ortopediche
- Materiali per emodinamica
- Materassi antidecubito
- Guanti monouso
- Sonde, cateteri e tubi
- Multiservizio tecnologico
- Manutenzione attrezzature elettromedicali
- Service dialisi
- Ausili per disabili
- Suturatrici
- Trasporti sanitari
- Microinfusori

Per le iniziative sopra riportate (pianificate per il triennio 2013-15), ad eccezione dei Farmaci e Vaccini (per i quali secondo la L.R. n.14 del 2008 le Aziende Sanitarie Locali, Aziende Ospedaliere,

I.R.C.C.S. e Policlinici Universitari hanno l'obbligo di delegare la Centrale Acquisti regionale a bandire specifiche gare), sarà necessaria l'emanazione di un apposito decreto del Commissario ad Acta della Regione Lazio.

Si evidenzia infine che per garantire continuità nella gestione degli acquisti centralizzati, sarà necessario inserire nella pianificazione poliennale anche le iniziative già gestite a livello centrale i cui contratti risultano essere prossimi alla scadenza.

Gare già gestite centralmente, con contratti in scadenza
- Ossigeno domiciliare
- Fili di sutura
- Medicazioni
- Antisettici e disinfettanti

Inoltre al fine di garantire una maggiore efficienza nella gestione del processo di gara e promuovere una dematerializzazione del processo di acquisto, la Centrale Acquisti si è avvalsa della piattaforma tecnologica Consip per le gare Farmaci. L'iniziativa di gara centralizzata "Farmaci 3", inoltre, è stata interamente gestita con la modalità di acquisto del Sistema Dinamico di Acquisizione (SDA) attraverso la piattaforma elettronica di Consip "Acquistinretepa". La Regione Lazio è stata tra le prime amministrazioni in Italia a pubblicare un bando semplificato tramite lo SDAPA con evidenti benefici in termini di trasparenza, efficienza e durata delle procedura di gara. La scelta dell'utilizzo della piattaforma Consip trova motivazione nella volontà da parte della Centrale Acquisti di non incidere su costi di investimento regionali con la realizzazione di un sistema di e-procurement proprio, ma di usufruire della piattaforma resa ad uso gratuito da Consip a tutte le Pubbliche Amministrazioni.

La scelta dello strumento innovativo di acquisto (SDA) trova invece motivazione nel consentire alle amministrazioni aggiudicatrici di disporre di un ventaglio particolarmente ampio di offerte e, quindi, di assicurare un'utilizzazione ottimale delle finanze pubbliche grazie all'ampia concorrenza che si viene a instaurare. I benefici che ne derivano sono:

- processo interamente informatizzato;
- offerte migliorabili successivamente;
- dinamismo della partecipazione grazie all'entrata continua di nuovi fornitori;
- trasparenza e concorrenzialità della procedura;
- flessibilità nel soddisfare esigenze specifiche delle Amministrazioni.

La Regione Lazio prevede, inoltre, il rafforzamento dell'attività di indirizzo delle Aziende Sanitarie nell'utilizzo della piattaforma elettronica ME.P.A. e delle convenzioni Consip, anche alla luce delle disposizioni contenute nel Decreto Legge 52/2012 convertito con legge n. 94/2012. Inoltre si prevede di collaborare con la stessa Consip anche nell'espletamento delle gare regionali.

Nella gestione delle autorizzazioni, seguendo le direttive dei decreti citati nell'*intervento 9.1*, la Centrale Acquisti ha monitorato ed autorizzato il piano dei fabbisogni indirizzando le Aziende Sanitarie all'utilizzo delle convenzioni Consip nelle procedure di acquisto svolte. Qualora si sia riscontrata una richiesta di autorizzazione ad indire autonoma procedura di gara per categorie merceologiche già oggetto di convenzioni Consip attive, la Centrale Acquisti ha negato l'autorizzazione invitando le Aziende richiedenti ad aderire alla relativa convenzione.

Inoltre la Centrale Acquisti richiede alle Aziende Sanitarie di verificare, in via preventiva rispetto all'espletamento di procedure di gara, la disponibilità dei beni e servizi necessari sul mercato M.E.P.A.

L'effettivo adempimento da parte delle Aziende Sanitarie continua ad essere monitorato attraverso ricognizioni mensili effettuate utilizzando lo strumento informatico messo a disposizione da Consip.

RISULTATI PROGRAMMATI:

Centralizzazione degli acquisti

- Ampliamento delle categorie merceologiche oggetto di intervento e diversificazione della modalità di acquisto
- Generazione di risparmi attraverso l'aggregazione della domanda e l'espletamento di gare centralizzate programmate per il triennio 2013-2015 secondo le tempistiche di seguito riportate
- Coinvolgimento dei professionisti afferenti alle AA.SS. attraverso la costituzione dei Gruppi di Lavoro e Commissioni giudicatrici
- Adozione delle best practice di acquisto delle AA.SS., individuate tramite opportune e mirate analisi di benchmark

Attivazione di sistemi di e-procurement regionali e adesione a Consip

- La Regione Lazio nell'ottica di proseguire nel consolidamento dei rapporti con Consip, ha definito i seguenti obiettivi programmati:
- potenziamento della collaborazione per l'implementazione di iniziative su specifiche categorie merceologiche
- aumento dell'utilizzo della piattaforma tecnologica di acquisto, di strumenti innovativi (es. accordi quadro, sistema dinamico di acquisizione)
- mantenimento di un indirizzo all'utilizzo di convenzioni e mercato elettronico da parte delle Aziende Sanitarie

INDICATORI DI RISULTATO:

Centralizzazione degli acquisti

- Delta prezzi di aggiudicazione (con gare centralizzate) vs. prezzi storici per calcolo dei risparmi;
- % di spesa aggregata vs. la spesa complessiva per beni e servizi;
- Numero gare centralizzate aggiudicate in ciascun anno del triennio rispetto alle iniziative pianificate;

Attivazione di sistemi di e-procurement regionali e adesione a Consip

- Valore transazioni effettuate su MEPA e convenzioni Consip
- Numero gare effettuate con strumenti innovativi

- Risparmi conseguiti attraverso il ricorso alle transazioni effettuate su MEPA e convenzioni Consip.

IL CRONO PROGRAMMA DELLE SCADENZE INTERMEDIE E FINALITÀ CHE DOVRANNO ESSERE RISPETTATE:

Centralizzazione degli acquisti:

- Si riporta di seguito il programma di dettaglio delle attività della Centrale Acquisti per le iniziative di gara già decretate ed in fase di svolgimento (tabella 1 – sezione di pianificazione poliennale degli acquisti) che, si prevede, verranno finalizzate entro il 2013:

Procedura d'Acquisto	Attività Programmata	Scadenza
Farmaci 3	Stipula contratti	30/04/2013
Materiale consumabile di laboratorio	Aggiudicazione	28/02/2013
	Stipula contratti	30/04/2013
Dispositivi da somministrazione raccolta e prelievo	Trasmissione comunicazione da parte della ASL Roma G relativamente alle aggiudicazioni della gara aghi e siringhe ed avvenuti controlli	28/02/2013
	Comunicazione da parte della Regione Lazio alle Aziende Sanitarie	31/03/2013
	Stipula contratti	30/04/2013
Pacemaker e defibrillatori impiantabili	Aggiudicazione	31/03/2013
	Stipula contratti	30/06/2013
Pulizie e sanificazione	Aggiudicazione	31/03/2013
	Stipula contratti	30/06/2013
Gestione e smaltimento rifiuti speciali 2	Aggiudicazione	31/07/2013
	Stipula contratti	31/10/2013
Lavano 2	Aggiudicazione	30/06/2013
	Stipula contratti	31/08/2013
Ristorazione	Aggiudicazione	28/02/2013
	Stipula contratti	30/04/2013
Vigilanza 2	Aggiudicazione	28/02/2013
	Stipula contratti	31/03/2013
Ausili per incontinenti e neonati 2	Aggiudicazione	31/03/2013
	Stipula contratti	30/06/2013

Attivazione di sistemi di e-procurement regionali e adesione a Consip:

Procedura d'Acquisto	Attività Programmata	Scadenza
Farmaci 2013	Aggiudicazione	01/06/2013
Vaccini 4 e vaccini antinfluenzali	Aggiudicazione	01/12/2013

IMPATTO ECONOMICO:

- Il valore del risparmio relativo al 2011 per le gare bandite fino al 2010 è pari ad oltre 50 M€.
- A questo dato si aggiungono le economie relative al 2012 per le gare bandite fino al 2011, pari a circa 40 M€ per complessivi 90 M€ realizzati nel triennio.
- Per le gare pianificate per il triennio 2013-15 si prevede, inoltre, il conseguimento dei seguenti risultati di risparmio:

Totale intervento 9.3: Centralizzazione degli acquisti — Attivazione di sistemi di e-procurement regionali - Adesione a Consip	Risparmio conseguito 2011 (M€)	Risparmio conseguito 2012 (M€)	Obiettivo Risparmio 2013 (M€)	Obiettivo Risparmio 2014 (M€)	Obiettivo Risparmio 2015 (M€)
	52,00	42,20	65,40	77,20	69,80

Tali obiettivi, derivanti dall'espletamento di gare centralizzate regionali, si intendono raggiungibili con l'attuale struttura organizzativa della Centrale Acquisti. Un potenziamento della struttura della Centrale Acquisti Regionale abiliterebbe il conseguimento di ulteriori risparmi rispetto a quelli illustrati e uno sfruttamento completo delle economie di scala derivanti dalla centralizzazione degli acquisti di beni e servizi per le aziende sanitarie.

Si rileva infine, che il rispetto dei tempi di espletamento delle gare centralizzate ed i conseguenti risultati di risparmio sopra riportati sono fortemente dipendenti dal contenzioso avverso alle iniziative di acquisto. Si riscontra una sempre maggiore propensione al contenzioso da parte delle ditte concorrenti alle procedure di gara, sia in fase di pubblicazione dei bandi che in fase di aggiudicazione. Ciò è dovuto, principalmente, al fatto che soprattutto le ditte uscenti hanno un vantaggio economico nell'attivare un contenzioso sulle gare allungandone i tempi di aggiudicazione, mentre i rischi sono molto limitati visto che le sanzioni pecuniarie, in caso di esito negativo, sono minime rispetto al vantaggio derivante dalla prosecuzione della fornitura.

Tale circostanza fa sì che i benefici associati all'aggiudicazione di nuove gare, soprattutto nel caso di gare centralizzate, siano postposti nel tempo, alterando i piani di risparmio previsti.

E' infine fondamentale che le Aziende Sanitarie procedano tempestivamente alla contrattualizzazione delle procedure aggiudicate dalla Centrale Acquisti Regionale, senza generare ritardi nell'attuazione, dai quali derivino impatti in termini di mancato risparmio economico.

A tal fine, la Centrale Acquisti, a seguito del potenziamento della struttura organizzativa, potrà effettuare l'attività di verifica degli adempimenti contrattuali derivanti dalle gare centralizzate.

PER QUANTO RIGUARDA I RISPARMI CONSEGUENTI ALL'ADESIONE ALLE CONVENZIONI CONSIP E ALL'UTILIZZO DEL MERCATO ELETTRONICO , NON È POSSIBILE FORNIRE UNA STIMA PUNTUALE, IN QUANTO FORTEMENTE DIPENDENTI DALLA PROGRAMMAZIONE DELLE GARE DELLA CONSIP.

RESPONSABILE DEL PROCEDIMENTO ATTUATIVO:

- Area Centrale Acquisti e Crediti Sanitari

Intervento 9.4: Riorganizzazione e potenziamento dei sistemi di controllo e monitoraggio della spesa sanitaria in termini di prezzi e quantità ai sensi della normativa vigente (prezzi di riferimento, contratto quadro, livelli di servizio, attivazioni di penali, etc.)

Come già anticipato nell'intervento 9.1, la Regione si è dotata di uno strumento di analisi della spesa "Spending Analysis". Tale strumento ad utilizzo della Sanità Regionale, della Centrale Acquisti ed anche delle Aziende Sanitarie, permette la creazione di una piattaforma comune regionale tramite l'impiego di un'anagrafica omogenea per tutti gli acquisti delle Aziende Sanitarie in modo da consentire alla Regione di garantire il costante monitoraggio dei comportamenti d'acquisto delle Aziende e conseguentemente implementare eventuali azioni correttive qualora si riscontrino anomalie.

Tali anomalie possono riscontrarsi in merito ai consumi ovvero in merito ai prezzi corrisposti.

In merito ai consumi, lo strumento permette di individuare eventuali incrementi delle quantità ordinate rispetto ai fabbisogni dichiarati nelle gare, ovvero l'utilizzo di prodotti differenti rispetto a quelli aggiudicati nelle gare centralizzate.

In merito ai prezzi corrisposti, l'applicativo permette di rilevare eventuali differenze nei prezzi unitari di acquisto per prodotti analoghi o omogenei.

Inoltre consentendo l'effettiva rilevazione dei prezzi corrisposti per ciascuna categoria merceologica, permette l'individuazione di prezzi di riferimento regionali per categorie omogenee di beni e servizi.

Per massimizzare i benefici dello strumento, risulta necessario instaurare un modello di governance strutturato e condiviso tra i diversi attori coinvolti, che preveda una collaborazione continua tra Centrale Acquisti, Sanità Regionale ed Aziende Sanitarie.

RISULTATI PROGRAMMATI:

- Abbattimento della spesa tramite l'individuazione di prezzi di riferimento per categorie omogenee di beni e servizi, in ottemperanza a quanto richiesto dal D.L. n. 95 del 6 luglio 2012 convertita in Legge n.135 del 7 agosto 2012 "Decreto Spending Review". A tal fine, seguendo prescrizioni normative dettate dal D.L. n. 158 del 13 settembre 2012 "Decreto Balduzzi" la Centrale Acquisti definisce, a partire dall'analisi della spesa, i prezzi di riferimento per categorie merceologiche ritenute omogenee, monitorando l'attività delle Aziende Sanitarie nella rinegoziazione dei contratti al fine di ricondurre i prezzi unitari ai valori di riferimento

IL CRONO PROGRAMMA DELLE SCADENZE INTERMEDIE E FINALITÀ CHE DOVRANNO ESSERE RISPETTATE:

- Si riportano di seguito, per ciascuna categoria merceologica già individuata, le principali azioni che condurranno alla definizione di prezzi di riferimento, corredate da orizzonte temporale previsto:

<i>Iniziativa</i>	<i>Attività Previste</i>	<i>Tempi</i>
Farmaci, emoderivati e vaccini	Identificazione principi attivi da "aggredire"	31/03/2013
	Definizione prezzi di riferimento e pubblicazione decreto	31/04/2013
	Rinegoziazioni prezzi	31/05/2013
Protesi ortopediche	Definizione prezzi di riferimento e pubblicazione decreto	31/03/2013
	Rinegoziazioni prezzi	31/04/2013
Materiali per emodinamica	Definizione prezzi di riferimento e pubblicazione decreto	31/03/2013
	Rinegoziazioni prezzi	31/04/2013
Materiali per dialisi	Definizione prezzi di riferimento e pubblicazione decreto	31/03/2013
	Rinegoziazioni prezzi	31/04/2013
Reagenti	Identificazione principi attivi da "aggredire"	31/03/2013
	Definizione prezzi di riferimento e pubblicazione decreto	31/05/2013
	Rinegoziazioni prezzi	30/06/2013

Sulla base della reportistica generata mediante la Spending Analysis verrà avviato, a partire dall'ultimo trimestre 2013, un processo strutturato di individuazione di ulteriori categorie merceologiche per le quali, nel corso del 2014 si procederà con l'individuazione di prezzi di riferimento al fine di perseguire ulteriori obiettivi di risparmio anche nel 2015.

IMPATTO ECONOMICO:

- Di seguito si riportano gli obiettivi di risparmio che, si stima, saranno prodotti dall'attività di ri-contrattazione:

Totale intervento 9.4: Riorganizzazione e potenziamento dei sistemi di controllo e monitoraggio della spesa sanitaria in termini di prezzi e quantità ai sensi della normativa vigente	Obiettivo	Obiettivo
	Risparmio 2013 (M€)	Risparmio 2014 (M€)
	14,5	9,5

Tale obiettivo di risparmio è determinato mediante la valorizzazione a conto economico di una percentuale di spesa calcolata sui prezzi corrisposti, stimata sulla base di benchmark effettuati su altri contesti regionali in cui è stata avviata una simile attività di razionalizzazione.

I risparmi relativi all'attività di rinegoziazione dei contratti sono stati calcolati considerando la riduzione percentuale dei prezzi unitari a parità di volumi di acquisto e considerando il pro quota annuo di applicazione del prezzo di riferimento.

L'eventuale contenzioso avverso ai prezzi di riferimento definiti dalla Centrale Acquisti potrebbe generare ritardi nell'effettivo conseguimento degli obiettivi di risparmio.

E' inoltre necessario segnalare che il raggiungimento dei suddetti obiettivi dipende anche dall'efficace e tempestiva azione di rinegoziazione dei prezzi unitari da parte delle Aziende Sanitarie, a seguito dell'identificazione dei prezzi di riferimento.

INDICATORI DI RISULTATO:

- Il raggiungimento dei suddetti obiettivi di risparmio è dipendente dall'effettivo adempimento da parte delle Aziende Sanitarie alle linee guida trasmesse dalla Regione. Al fine di monitorare l'andamento delle attività si definiscono i seguenti indicatori di risultato:
- Percentuale di contratti rinegoziati sulla base dei prezzi di riferimento individuati e trasmessi
- Effettiva valorizzazione a conto economico degli obiettivi di risparmio attesi

RESPONSABILE DEL PROCEDIMENTO ATTUATIVO:

- Area Centrale Acquisti e Pagamenti Centralizzati.

Intervento 9.5: Attuazione della normativa nazionale in materia di beni e servizi (DL 98/2011 e DL 95/2012)

Come già citato nell'intervento 9.3, la Centrale Acquisti della Regione Lazio, tramite il Decreto U0042/2010 e successivamente il Decreto U00191/2012, invita le Aziende Sanitarie al preventivo ricorso al Me.PA ed alle Convenzioni Consip, in ottemperanza a quanto richiesto dal Decreto Legge n. 52/2012 convertito con legge n. 94/2012.

A partire dall'entrata in vigore del Decreto Legge 95/2012, convertito in Legge 135/2012, la Centrale Acquisti e Crediti Sanitari ha condotto una serie di attività per garantire l'attuazione delle disposizioni contenute nella normativa. La Centrale Acquisti ha comunicato a tutte le Direzioni Generali delle Aziende Sanitarie l'entrata in vigore del Decreto Legge del 6 Luglio 2012, n.95, invitando le stesse ad un'immediata applicazione delle disposizioni ivi contenute.

Successivamente la Centrale Acquisti ha inviato ai Direttori Generali le Linee guida per l'applicazione della Spending Review, fornendo un formato standard da utilizzare per relazionare alla Centrale Acquisti le misure adottate e i risparmi conseguiti.

Con l'entrata in vigore della Legge 228/2012, per l'anno 2013 le Aziende Sanitarie dovranno conseguire una riduzione pari al 10%, relativamente ai contratti per servizi appaltati e beni non sanitari stipulati dalle Aziende stesse, tramite la rinegoziazione dell'importo contrattualizzato.

In applicazione della lettera b, la Centrale Acquisti ha monitorato le differenze di prezzo unitario superiori al 20% rispetto ai prezzi di riferimento ed ha invitato le Aziende Sanitarie alla rinegoziazione dei prezzi unitari per i servizi di ristorazione e pulizie. Per il servizio di lavoio, invece, trattandosi di una gara centralizzata già contrattualizzata, la rinegoziazione dei prezzi

unitari è stata condotta a livello regionale, conseguendo un risparmio stimato per il 2013 di circa €0,6 M.

RISULTATI PROGRAMMATI:

- Abbattimento della spesa sui contratti relativi ai servizi e beni non sanitari, tramite la rinegoziazione del 10% e l'allineamento dei prezzi corrisposti dalle Aziende Sanitarie con i prezzi di riferimento della AVCP. L'ottenimento dei risultati di risparmio, di seguito indicati, è condizionata dalle azioni intraprese, in collaborazione con la Sanità Regionale, dalle Aziende Sanitarie, le quali sono responsabili dell'applicazione della riduzione 10% sull'importo complessivo dei contratti per beni e servizi. La Centrale Acquisti supporterà le Aziende Sanitarie nelle attività di pianificazione, gestione e monitoraggio delle attività di rinegoziazione.

IL CRONO PROGRAMMA DELLE SCADENZE INTERMEDIE E FINALITÀ CHE DOVRANNO ESSERE RISPETTATE:

- La Centrale Acquisti comunica, con nota prot. 46104 dell'11/03/2013, alle Aziende Sanitarie le modifiche introdotte dalla Legge 228/2012 fornendo alle stesse un apposito format standard da utilizzare per effettuare un monitoraggio sull'attività di rinegoziazione. Trimestralmente, a partire dal 31 marzo 2013, le AA.SS. rendicontano alla Centrale Acquisti lo stato delle attività e i risultati raggiunti.

Di seguito le azioni che le Aziende Sanitarie dovranno intraprendere:

- Definire l'importo contrattuale da ridurre, intendendosi tale riduzione pari alla percentuale del 10% dell'importo contrattualizzato;
- Ridurre il budget di spesa e i relativi ordinativi di fornitura del 10% a partire dal 01/01/2013;
- Comunicare la volontà di procedere alla rinegoziazione del contratto al fornitore;
- Notificare la rimodulazione del contratto ai fornitori;
- Aggiornare la Centrale Acquisti sui risultati ottenuti.
- La Regione Lazio, tramite la Centrale Acquisti, monitorerà le azioni delle Aziende Sanitarie per ridurre del 10% la spesa per beni e servizi e per rinegoziare i prezzi unitari, nei casi in cui si verifichino scostamenti pari o superiori al 20% rispetto ai prezzi di riferimento stabiliti dalla AVCP. Solo per le gare centralizzate le rinegoziazioni verranno svolte a livello regionale.

IMPATTO ECONOMICO:

- Come evidenziato nella tabella sotto riportata, i risparmi attesi per l'anno 2013 sono pari a 57,2 €M.

Totale intervento 9.5: Attuazione della normativa nazionale in materia di beni e servizi (DL 98/2011 e DL 95/2012)	Obiettivo Risparmio 2013 (M€) 57,2
--	---

INDICATORI DI RISULTATO:

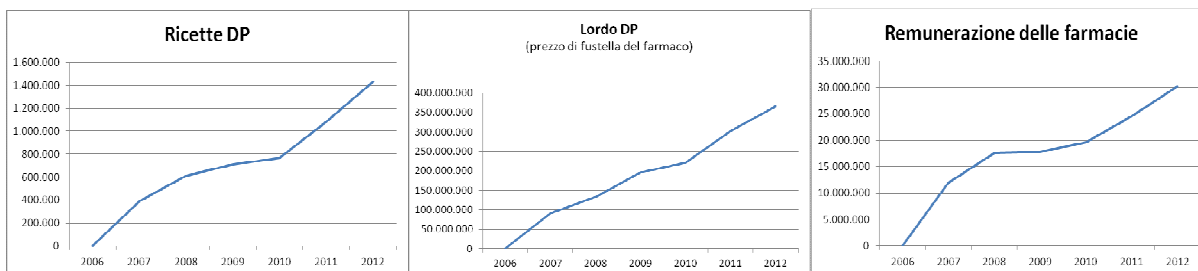
- Al fine di monitorare l'andamento delle attività si definiscono i seguenti indicatori di risultato:
- Riduzione pari al 10% dell'importo contrattualizzato;
- Effettiva valorizzazione a conto economico degli obiettivi di risparmio attesi;

RESPONSABILE DEL PROCEDIMENTO ATTUATIVO: -

- Area Centrale Acquisti e Crediti Sanitari

Intervento 9.6: Assistenza farmaceutica: Distribuzione diretta e per conto

Nel 2012 sono state distribuite oltre 2.800.000 confezioni di farmaci in Distribuzione per Conto con un risparmio sul prezzo di fustella di oltre € 160.000.000.



I grafici sopra riportati evidenziano gli andamenti del numero di ricette, della spesa lorda (valorizzazione dei farmaci distribuiti in nome e per conto al prezzo di fustella) e della remunerazione riconosciuta alle farmacie per il servizio reso.

Il DCA U0017 del 23 marzo 2011 ha ratificato il nuovo protocollo di intesa per la distribuzione tramite le farmacie convenzionate di farmaci di cui al PHT. Con tale protocollo la Regione:

- ha ampliato l'elenco delle farmaci oggetto della DP inclusi nell'accordo ratificato con il DCA U0002 del 14 gennaio 2009, includendo tutti i farmaci del PHT 2004, ancora in convenzionata, con prezzo al pubblico superiore a € 25,00;
- ha rimodulato la remunerazione del servizio DP riconosciuta alle farmacie declinandola in fasce sulla base del prezzo (de-ivato) dei farmaci, consentendo così una importante riduzione dell'incidenza del costo del servizio.

Il protocollo andrà in scadenza il prossimo 31 marzo 2013; sono già in corso gli incontri tra Regione e associazione di categoria dei farmacisti per la stipula del nuovo protocollo biennale.

La distribuzione Diretta di farmaci fascia A nel 2012 è stata di circa € 110.000.000. Essa include i farmaci di fascia A rendicontati nel FILE F (primo ciclo di cura, trattamento malattie croniche, farmaci ex H OSP2, in somministrazione orale, riclassificati dall'AIFA in fascia A) ed alcune molecole già oggetto dell'accordo ratificato con il DCA U0002 del 14 gennaio 2009 (allegato n. 2 dell'accordo), ad esclusione dell'eritropoietine (ATC B03XA), trasferite al canale DP con il DCA U0017 del 23 marzo 2011 e soggette a piano prescrittivo on line e monitoraggio informatizzato.

RISULTATI PROGRAMMATI

- Rinnovo Accordo Distribuzione per Conto (DPC) con inserimento di nuove molecole che si presuppone abbiano un impatto elevato sulla spesa convenzionata e riduzione delle fasce di remunerazione;
- Incremento della Distribuzione Diretta (primo ciclo terapia);
- Distribuzione diretta di nuove molecole anti HCV anche al fine di una valutazione dell'efficacia clinica e della sicurezza.

CRONOPROGRAMMA

- Analisi delle molecole da inserire in DP e valutazioni economiche entro 31/03/2013;
- Conclusione del tavolo tecnico con associazioni farmacie convenzionate e firma del nuovo protocollo entro il 30/06/2013

Responsabile del procedimento:

Azione 9.6.1 Dispositivi medici

La legge 135/2012 individua un tetto di spesa dei dispositivi medici consumabili, compresi quelli per assistenza protesica, pari al 4,9%, nell'anno 2013, e 4,8%, nell'anno 2014, del finanziamento regionale.

Il finanziamento 2012, comprensivo degli effetti della spending review, è stato di € 9.899.257.000; pertanto il tetto massimo è definito in € 486.485.000. Per il 2013 il fondo atteso, al netto degli effetti della spending review e delle risorse vincolate e finalizzate dovrebbe essere pari a circa Euro 9.690.000.000, pertanto il tetto del 4,9% dovrebbe essere pari a 475 mln circa. Il dato va confrontato con la spesa a preconsuntivo 2012, per individuare la manovra da porre in essere.

RISULTATI PROGRAMMATI

- Rispetto dei tetti di spesa per l'acquisto di dispositivi medici stabiliti dall'art. 17, comma f) del Decreto Legge del 6 luglio 2012, n. 95, convertito con modificazioni in Legge 7 agosto 2012, n. 135;
- razionalizzazione della spesa e verifica appropriatezza nella scelta e nell'uso dei dispositivi medici.

CRONOPROGRAMMA

- realizzazione di una anagrafe unica regionale dei Dispositivi Medici entro il 30 maggio 2013;
- fissazione di un benchmark per le categorie Dispositivi Medici alto spendenti (pace-maker, protesi impiantabili, stent) per le aziende sanitarie pubbliche, sia per quanto riguarda i consumi che per le tipologie di prodotti e il relativo costo di acquisto, entro il 30 aprile 2013;
- predisposizione di linee di indirizzo relative alle procedure regionali di acquisizione e gestione di Dispositivi Medici, a far data da maggio;
- coordinamento con la centrale acquisti per procedure di acquisto centralizzate per le categorie Dispositivi Medici che determinano il 70% della spesa totale;
- monitoraggio dei consumi e appropriatezza di uso;
- monitoraggio dell'acquisto e utilizzo Dispositivi Medici fuori da procedure da gara;
- monitoraggio del costo dei Dispositivi Medici in conto deposito;
- nomina di una commissione regionale Dispositivi Medici che operi secondo un approccio multi-disciplinare HTA.

Impatto economico

- Sulla base dei dati disponibili non risulta valutabile l'impatto economico degli interventi.

Responsabile del procedimento:

- Area Politica del farmaco

Intervento 9.7: Modello di approvvigionamento farmaci

La Regione, a fronte delle prossime scadenze della maggior parte dei contratti generali (Giugno-Dicembre 2013) sottoscritti con le Ditte aggiudicatrici delle gare "Farmaci 1 e 2", e in continuità con i risultati di efficientamento della spesa farmaceutica, procederà a pubblicare nuove gare entro il primo semestre del 2013, oltre che ad avviare l'attività di stipula dei contratti relativi alla gara "Farmaci 3" come descritto nell'intervento 9.1.

RISULTATI PROGRAMMATI:

- La Regione, a valle di un'attività di benchmark effettuata con le realtà sanitarie italiane, ha intenzione di adottare alcune soluzioni al fine di aumentare l'efficacia delle gare centralizzate per l'acquisto di farmaci, innovare la strategia di gara e perseguire indubbi benefici sull'economicità dell'aggiudicazione.
- Tale strategia prevede:
- la possibilità di mettere in concorrenza due o più principi attivi sulla base del criterio della sovrapposibilità terapeutica, estendendo la concorrenza anche tra farmaci coperti da brevetto
- la possibilità di mettere in concorrenza i farmaci biotecnologici con i relativi biosimilari
- Le sovrapposibilità devono essere comunque preventivamente valutate e formalizzate da gruppi di lavoro composti da farmacisti e, se necessario, da clinici utilizzatori. Nella realtà specifica della Regione Lazio, la valutazione farmacologico-clinica delle sovrapposibilità terapeutiche può essere svolta in seno alla Commissione preposta per aggiornamento ed elaborazione del Prontuario Terapeutico Ospedaliero Territoriale Regionale (PTOTR).

IL CRONO PROGRAMMA DELLE SCADENZE INTERMEDIE E FINALITÀ CHE DOVRANNO ESSERE RISPETTATE:

- Al fine di implementare tale strategia di gara risulta quindi necessario:
- provvedere alla nomina della Commissione preposta per aggiornamento ed elaborazione del Prontuario Terapeutico Ospedaliero Territoriale Regionale (PTOTR) estendendo le competenze alla valutazione delle equivalenze terapeutiche, anche con la possibilità di attivare sottogruppi di clinici utilizzatori;
- iniziare i lavori di analisi e valutazione concentrandosi, in prima battuta, sulle sovrapposibilità terapeutiche di impatto significativo in termini di possibili risultati economici. Per capitalizzare i risultati nell'iniziativa di gara 2013 appare indispensabile che tali valutazioni siano formalizzate entro il 30 giugno 2013.

INDICATORI DI RISULTATO:

- Al fine di monitorare l'andamento delle attività si definiscono i seguenti indicatori di risultato:
- riduzione della spesa farmaceutica ospedaliera
- verifica per singola struttura dell'entità e della percentuale di spesa per medicinali diversi rispetto all'aggiudicazione della gara

IMPATTO ECONOMICO:

- Sulla base dei dati attualmente disponibili non risulta possibile effettuare una puntuale valorizzazione dell'impatto economico dell'intervento.

RESPONSABILE DEL PROCEDIMENTO ATTUATIVO:

- Area Politica del Farmaco

Intervento 9.8: Health Technology Assessment

Ai sensi del DCA U0113/2010, la Regione Lazio ha prescritto che la richiesta di acquisizione di nuove tecnologie e l'utilizzo di terapie ad alto costo debba essere preceduta da uno studio redatto con i criteri dell'*Health Technology Assessment* (HTA).

L'obiettivo è fornire decisioni razionali basate su criteri trasparenti ed espliciti per l'adozione di nuove tecnologie a livello aziendale.

L'HTA valuta congiuntamente le caratteristiche tecniche, la sicurezza, l'efficacia teorica e di campo, l'efficienza (costo-efficacia; costo-beneficio), l'impatto sul sistema sanitario, l'accettabilità da parte degli utenti e le eventuali problematiche etiche che la diffusione di una tecnologia può generare.

L'impatto sul sistema sanitario è definito come impatto sulla salute, impatto economico e impatto sull'organizzazione dei servizi.

Con DGR 412 del 24/09/2010, la Regione Lazio ha trasferito le competenze proprie del Nucleo di HTA al Nucleo di Valutazione Regionale (NVR), ritenendo che nell'ambito delle procedure attivate o in corso di attivazione, il NVR fosse in grado di svolgere i compiti di consultazione e controllo definiti per l'HTA, poiché la massima parte del processo di controllo e valutazione avviene sulle apparecchiature diagnostiche di elevata tecnologia e sulle attrezzature elettromedicali. In relazione alla eventuale valutazione di altre tecnologie sanitarie quali farmaci, Dispositivi medici, *Devices* ed interventi di prevenzione è previsto che sia individuato un gruppo di lavoro a supporto ed integrazione del Nucleo di Valutazione Regionale. Il Decreto Presidenziale DCA U00010 del 04/02/2013 ha individuato i componenti del Nucleo di Valutazione in carica.

RISULTATI PROGRAMMATI

- L'obiettivo principale è quello di consentire una programmazione organica ed unitaria delle scelte legate alla tecnologia, al fine di evitare interventi isolati e discontinui all'interno delle strutture sanitarie, che non siano coerenti con la programmazione regionale ed aziendale, con l'organizzazione delle reti ospedaliere, con i vincoli di budget e di contenimento generale della spesa.

INDICATORI DI RISULTATO

- La valutazione è effettuata attraverso analisi multicriteriali che, sulla base della normativa nazionale e regionale vigente, la programmazione regionale ed aziendale, i vincoli di *budget* e di contenimento generale della spesa, tengono conto di differenti criteri ed indicatori che dipendono dal tipo di tecnologia oggetto della valutazione stessa.

IL CRONO PROGRAMMA DELLE SCADENZE INTERMEDIE E FINALITÀ CHE DOVRANNO ESSERE RISPETTATE

- Sulla base della programmazione per il triennio 2013 – 2015, regionale e al livello aziendale per le Aziende Sanitarie ed Ospedaliere del Lazio, il crono programma relativo al processo di *Health Technology Assessment* prevede i seguenti *step*:
- richiesta alla Aziende della presentazione dei piani di investimento per l'annualità in corso, in linea con la suddetta programmazione attorno al mese di aprile;
- valutazione delle richieste pervenute in sede di Nucleo di Valutazione, tra maggio e ottobre;
- approvazione con DGR dei programmi valutati e stanziamento della copertura finanziaria ai piani di investimento, tra ottobre e novembre;
- avvio delle attività di valutazione dei progetti esecutivi, relativi ai piani approvati, trasmessi dalle aziende.

IMPATTO ECONOMICO

- L'impatto economico complessivo riguarda la razionalizzazione della spesa per investimenti in attrezzature e tecnologia sanitaria in generale ed in particolare la canalizzazione delle risorse verso gli interventi ritenuti appropriati ed in linea con programmazione regionale ed

il riordino della rete ospedaliera. Si attende anche un riscontro in termini di impatto sul sistema di organizzazione dei servizi e dell'offerta sanitaria, al fine di ottenere un'ulteriore riduzione della spesa dall'ottimizzazione nell'allocazione delle risorse.

RESPONSABILE DEL PROCEDIMENTO ATTUATIVO

- Il Nucleo di Valutazione Regionale afferisce all'Area "Investimenti In Edilizia e Tecnologie Sanitarie" in capo alla Direzione Regionale Programmazione e Risorse del S.S.R. Il Presidente del Nucleo di Valutazione Regionale è il Direttore della Direzione stessa.

Intervento 9.9: monitoraggio dei tempi di pagamento

La Regione Lazio ha avviato azioni per l'ottimizzazione dei processi di pagamento, in grado di consentire un controllo dei tempi di liquidazione e di garantire puntualità, trasparenza ed omogeneità nel pagamento dei fornitori del SSR attraverso 2 attività principali:

- L'introduzione di un *Sistema di Fatturazione Elettronica* per la gestione del pagamento centralizzato dei fornitori di beni e servizi, la digitalizzazione del processo e il monitoraggio dell'intero ciclo passivo: dall'emissione dell'ordine fino al pagamento delle relative fatture, integrato con i sistemi gestionali delle Aziende Sanitarie
- l'avvio degli *Accordi di Pagamento* con possibilità di adesione da parte di tutti i soggetti che intrattengono rapporti di fornitura con il SSR che prevedono un pagamento a 180 giorni dalla data di immissione delle fatture

Al fine di abbattere i costi per interessi e ridurre i contenziosi in essere, la Regione Lazio si impegna a rafforzare il circuito del Sistema dei pagamenti centralizzati e ad assolvere agli impegni secondo le scadenze predefinite ed in particolare con **Decreto n. U00351 del 27 novembre 2012**, ha disposto di dare continuità all'Accordo Pagamenti anche per l'anno 2013

L'attuale Accordo Pagamenti vede coinvolte le seguenti tipologie di fornitori:

- Fornitori di beni e servizi non sanitari
- Case di Cura provvisoriamente/definitivamente accreditate
- Strutture Erogatrici di assistenza specialistica ambulatoriale, risonanza magnetica e dialisi
- Ospedali Classificati e IRCCS Privati
- Policlinici Universitari Privati

Attualmente hanno sottoscritto gli Accordi di Pagamento circa **4.000** fornitori digitalizzando le proprie fatture per un totale di oltre 1 milione di documenti contabili inseriti sul Sistema Accordo Pagamenti.

L'obiettivo è di consolidare ed implementare i benefici ad oggi ottenuti con l'Accordo Pagamenti:

- *Riequilibrio economico – finanziario*: scadenze regolari di pagamento consentono al Sistema Sanitario Regionale e alle imprese sue fornitrici di effettuare una programmazione finanziaria. Ciò garantisce un allineamento tra cassa e competenza, regolando quindi i pagamenti in base ai flussi finanziari certi (es. rata mensile corrente FSR)

- *Forte Discesa del DSO (Days of Sales Outstanding):* ad oggi il pagamento avviene tra il 180° e il 204 giorno rispetto ai 704 giorni di pagamenti attuati prima dell'introduzione dell'Accordo Pagamenti. La discesa del DSO ha impatti favorevoli sui prezzi di acquisto, attraverso l'opportunità di effettuare negoziazioni a condizioni di vendita più favorevoli a fronte di tempi di pagamento ridotti e minor necessità di ricorrere alla cessione del credito
- Risparmio di circa il 10% ottenuto sui crediti dovuti ai fornitori aderenti all'Accordo grazie alla rinuncia agli interessi e all'attivazione di contenzioso.

RISULTATI PROGRAMMATI:

- Completamento le sottoscrizioni all'Accordo Pagamenti 2013 per tutte le categorie interessate (Fornitori di beni e servizi non sanitari -Case di Cura provvisoriamente/definitivamente accreditate - Strutture Erogatrici di assistenza specialistica ambulatoriale, risonanza magnetica e dialisi)
- Implementazione del Sistema Accordo Pagamenti per una gestione più efficace ed efficiente delle tipologie di attori coinvolti nel processo
- Riduzione dei tempi di pagamento rispetto all'anno 2012
- Attivazione degli ordini elettronici presso tutte le Aziende Sanitarie al fine di ottenere benefici in termini di Digitalizzazione del processo di trasmissione degli ordini e DDT
- Disponibilità delle informazioni ampia e tempestiva
- Implementazione del processo di comunicazione con i fornitori
- Maggiore velocità e sicurezza nel processo di acquisto
- Controllo generazione dei costi per beni e servizi
- Standardizzazione dei processi e delle codifiche
- Riduzione dei carichi di attività delle risorse impiegate alla gestione degli ordini

INDICATORI DI RISULTATO:

- Numero fornitori aderenti rispetto agli anni precedenti
- Numero documenti contabili gestiti rispetto agli anni precedenti
- Valore dell'importo gestito rispetto agli anni precedenti
- Valore degli interessi pagati ai fornitori aderenti senza le condizioni previste dall'Accordo Pagamenti
- Numero di fornitori che ricevono ordini elettronici
- Numero di ordini elettronici gestiti
- Valore dell'importo degli ordini elettronici gestiti

IL CRONO PROGRAMMA DELLE SCADENZE INTERMEDIE E FINALITÀ CHE DOVRANNO ESSERE RISPETTATE:

- Sottoscrizione entro aprile 2013 degli Accordi Pagamenti anno 2013
- Implementazione del Sistema Accordo Pagamenti per una gestione più efficace ed efficiente delle tipologie di attori coinvolti nel processo entro giugno 2013
- Attivazione degli ordini elettronici presso tutte le Aziende Sanitarie del Lazio entro settembre 2013

IMPATTO ECONOMICO:

- Non è possibile quantificare i benefici prodotti dal monitoraggio dei tempi di pagamento in termini di risparmi economici.

RESPONSABILE DEL PROCEDIMENTO ATTUATIVO: -

- Area Centrale Acquisti e Crediti Sanitari.

Valorizzazione Programma 9: Razionalizzazione spesa

Intervento 9.2: Aspetti organizzativi e logistici dei processi di acquisto

Macro-voce CE	Descrizione	Obiettivo Risparmio 2013 (M€)	Obiettivo Risparmio 2014 (M€)	Obiettivo Risparmio 2015 (M€)
B3	<i>Servizi appaltati (implementazione modello di Autoassicurazione)</i>	5,00	25,00	-
Totale		5,00	25,00	-

Intervento 9.3: Centralizzazione degli acquisti — Attivazione di sistemi di e-procurement regionali - Adesione a Consip

Il valore del risparmio relativo al 2011 per le gare bandite fino al 2010 è pari ad oltre 50 M€. A questo dato si aggiungono le economie relative al 2012 per le gare bandite fino al 2011, pari a circa 40 M€ per complessivi 90 M€ realizzati nel triennio.

Macro-voce CE	Descrizione	Risparmio 2011 conseguito (M€)	Risparmio 2012 conseguito (M€)	Obiettivo Risparmio 2013 (M€)	Obiettivo Risparmio 2014 (M€)	Obiettivo Risparmio 2015 (M€)
B2-B3	<i>Farmaci, emoderivati e vaccini</i>	45,60	10,70	13,00	24,80	20,00
B3	<i>Dispositivi medici</i>	3,10	1,20	16,00	22,70	20,70
B3	<i>Servizi Appaltati</i>	1,20	2,60	33,10	23,40	23,60
C3	<i>Assistenza integrativa e protesica</i>	2,10	27,70	3,30	6,30	5,50
Totale		52,00	42,20	65,4	77,20	69,80

Intervento 2.9.4: Riorganizzazione e potenziamento dei sistemi di controllo e monitoraggio della spesa sanitaria in termini di prezzi e quantità ai sensi della normativa vigente (prezzi di riferimento, contratto quadro, livelli di servizio, attivazioni di penali, etc.)

Macro-voce CE	Descrizione	Obiettivo Risparmio 2013 (M€)	Obiettivo Risparmio 2014 (M€)
B2-B3	Farmaci, emoderivati e vaccini	3,00	2,50
B3	Dispositivi medici	11,50	7,00
TOTALE		14,50	9,50

Intervento 2.9.5: Attuazione della normativa nazionale in materia di beni e servizi (DL 98/2011 e DL 95/2012)

Macro-voce CE	Descrizione	Obiettivo Risparmio 2013 (M€)
B3	Servizi Appaltati	54,60
B3	Beni non sanitari	2,60
Totale		57,20

Programma 10: Gestione del personale

Il programma, secondo le linee di indirizzo ministeriali, deve realizzare i seguenti obiettivi:

- azioni macro di contenimento della spesa per il personale (Blocco del turn over, personale a tempo determinato. Determinazione tetti di spesa per il personale, Programmazione delle Risorse Umane e regolamento per la mobilità, ridefinizione unità operative ex art. 12 Patto per la Salute 2010-2012);
- azioni di governance sulle seguenti tematiche, anche in coerenza con le norme nazionali adottate e da adottarsi:
 - tempo indeterminato
 - tempo determinato:
 - - Misure di contenimento;
 - - proroga contratti a tempo determinato del personale sanitario ai sensi dell'art. 4, comma 5, DL 158/2012.
 - - sospensione conferimento/rinnovo incarichi ex art. 15-septies fino a realizzazione della riduzione dei posti letto ai sensi dell'art. 15, comma 13, lett. c), DL 95/2012;
 - - rispetto dei limiti percentuali di cui all'art. 4, comma 1, lettere e-bis) e e-ter), DL 158/2012.
 - fondi contrattuali
 - - allineamento della quota fondi pro-capite per la contrattazione integrativa alla media nazionale attraverso la ridefinizione dei fondi aziendali a seguito della ridefinizione delle dotazioni organiche e degli atti aziendali e relativa rinegoziazione sindacale;
 - - invio da parte di ciascuna ASL della consistenza annuale dei fondi relativi alla contrattazione integrativa aziendale ;
 - - rendiconto analitico periodico (per singola ASL e complessivo della Regione) relativo alle modalità di utilizzo dei singoli fondi aziendali;
 - - situazione circa l'emanazione di linee guida regionali per uniforme applicazione disposizioni CCNL nell'ambito degli accordi integrativi aziendali e relativo monitoraggio;
 - - applicazione delle disposizioni di cui all'art. 9, comma 2-bis, del DL 78/2010 e relativa circolare MEF n. 12/2011.
 - prestazioni aggiuntive;
 - attività libero professionale intramuraria e monitoraggio sui volumi di attività intramoenia in rapporto con i volumi di attività istituzionale;
 - ridefinizione atti aziendali: stato su emanazione linee guida regionali e loro attuazione.
 - ridefinizione dotazioni organiche (art. 2, comma 72, lett. a), L. 191/2009):
 - - stato di attuazione;
 - - emanazione regolamenti di mobilità del personale a seguito di ristrutturazione;
 - - rispetto disposizioni di cui all'art. 1, comma 8, DL 158/2012;
 - - adeguamento dotazioni organiche dei presidi ospedalieri ai sensi dell'art. 15, comma 13, lett. c), DL 95/2012.
 - analisi costo medio del personale:

- - analisi dei dati di Conto Economico al fine di determinare l'incidenza del costo del personale (in valore percentuale) con raffronto al valore medio nazionale (riferimenti dati conto annuale tabella 5);
- - analisi sulla composizione della dotazione organica: incidenza percentuale del personale dirigente.
- dirigenza sanitaria e governo clinico:
 - - provvedimenti di nomina e di risoluzione dei direttori generali, quando ne ricorrano i presupposti di legge;
 - - strumenti valutazione dei dirigenti medici e sanitari.
- bilanciamento del mix comparto-dirigenza conseguente al completamento delle procedure di ridefinizione degli atti aziendali e di adeguamento delle piante organiche rispetto agli interventi di riorganizzazione e riqualificazione della rete di assistenza.
- contenimento costi apparati amministrativi (art. 6 DL 78/2010)
- - Spese di missione (andamento e definizione obiettivo di riduzione).
- - Commissioni e altri organismi (contenimento numero, gratuità partecipazione, contenimento spese di funzionamento);
- personale con contratti atipici e personale convenzionato;
- consulenze (sanitarie e non sanitarie);
- altro;
- compilazione tabelle allegate (Allegati 4 e 5).

Intervento 10.1: Contenimento della spesa per il personale – Azione di macro contenimento della spesa

Azione 10.1.1: Sblocco parziale del turn over e politiche di reclutamento del personale del SSR per gli anni 2013-2015

Il costo del personale programmato per il triennio 2013-2015 deve essere coerente con gli interventi previsti nel Piano di rientro per la riqualificazione e riorganizzazione e tesi al perseguimento dell'equilibrio economico ai sensi dell'articolo 1, comma 180 della legge 30 dicembre 2004, n. 311, sottoscritto fra la Regione Lazio e i ministeri competenti, nonché successivi programmi operativi.

In applicazione dell'art. 2, comma 2 bis del D.L. 125 08/08/2010 convertito in L. 163 del 01 ottobre 2010 e successive modificazioni ed integrazioni è disposto per la Regione Lazio, sottoposta al piano di rientro dai disavanzi sanitari ai sensi dell'articolo 1, comma 180, della legge 30 dicembre 2004, n. 311 il blocco automatico del turn over del personale dipendente e del personale convenzionato. L'art. 1 comma 52 Legge 13 dicembre 2010 n. 220 ha inserito la seguente disposizione "Qualora i citati tavoli tecnici di verifica dell'attuazione dei piani accertino l'attuazione degli stessi in misura parziale, entro il predetto termine del 31 ottobre 2010 non operano le citate misure del blocco automatico del turnover nel limite del 10% e in correlazione alla necessità di garantire l'erogazione dei livelli essenziali di assistenza". Con Decreto Interministeriale del Ministro dell'Economia e Finanze, di concerto con il Ministro della Salute e il Ministro per Rapporti con le Regioni e per la coesione territoriale del 7 febbraio 2011, ai sensi dell'art. 2, comma 2 bis del decreto legge 125/2010 s.m.i., è stato autorizzato lo sblocco del turnover nella Regione Lazio nel limite del 10% del personale del Servizio Sanitario regionale.

In considerazione del fatto che le assunzioni a qualsiasi titolo effettuate determinano un incremento di spesa a carico del Servizio Sanitario della Regione Lazio, a decorrere dall'anno 2013 si conferma il blocco del turnover del personale nella misura pari al 90% del numero dei dipendenti cessati dal servizio nel corso dell'anno precedente.

Si precisa che l'art. 4 bis del D.L. 13 settembre 2012, n. 158 convertito con modificazioni dalla L. 8 novembre 2012, n. 189 non trova applicazione nella Regione Lazio in quanto i tavoli di verifica nelle sedute del 13 e 26 ottobre 2010 hanno derogato al blocco totale consentendo lo sblocco del 10%.

Tale percentuale potrebbe essere rimodulata per effetto del Decreto Commissariale n. U00426 del 24 dicembre 2012, con cui è stata disattivata l'Azienda IRCCS INRCA, avendo ottenuto un contenimento dei costi del SSR a partire dall'anno 2013 di circa 5,5.

Inoltre la normativa nazionale all'Art. 6 del Decreto legislativo 28 settembre 2012 n.178 stabilisce che le *“Regioni che decidono di gestire in via diretta le attività già affidate in convenzione alla CRI potranno prevedere il passaggio di personale con rapporto a tempo indeterminato della CRI a tali attività. I contratti a tempo determinato relativi al personale CRI potranno essere prorogati non oltre il 31 dicembre 2013. A decorrere dal 1° gennaio 2014 i predetti contratti, ove stipulati per convenzioni per le quali l'Associazione subentra alla CRI sono prorogati fino alla scadenza delle convenzioni.”*

Al riguardo, la Croce Rossa Italiana ha gestito in regime di accreditamento provvisorio, fino al 31.12.2012, il Centro di Riabilitazione Motoria (C.E.M.) insistente sul territorio della Asl Roma D. Dal 1.01.2013 il suddetto centro è passato in diretta gestione della Asl Roma D non intendendo la Crocerossa Italiana più proseguire nel rapporto di accreditamento. La Asl Roma D e CRI stanno definendo le modalità di transizione della gestione del CEM valutando fra queste anche l'ipotesi prevista dall'art. 6 del Decreto. Legislativo n.178/2012.

A tale proposito, nell'eventualità che si desse corso all'applicazione della citata norma, s'intendono essenziali i seguenti presupposti:

1. siano chiarite da parte dei ministeri competenti le modalità di stanziamento delle risorse finanziarie necessarie al transito del personale da CRI al SSR;
2. sia chiarito da parte dei ministeri affiancanti che il passaggio del personale di CRI al SSR non comporta utilizzo delle deroghe all'assunzione annualmente riconosciute alla Regione Lazio.

Le autorizzazioni alle assunzioni in deroga, concesse nella misura massima del 10% del numero dei cessati dell'anno precedente, sono disposte in correlazione alla necessità di garantire l'erogazione delle prestazioni e dei servizi contemplati nei livelli essenziali di assistenza in condizioni di appropriatezza, adeguato livello qualitativo ed efficienza.

Tali autorizzazioni sono assunte con Decreto del Commissario ad acta, previa specifica presentazione da parte delle Aziende e degli Enti del Servizio Sanitario regionale di un piano annuale di assunzioni congruo con i limiti assunzionali previsti dalla vigente disciplina.

Con un Decreto del Commissario ad acta che sarà adottato entro il 15 aprile 2013 verrà approvata la *“Procedura per l'assunzione del personale nelle Aziende del SSR in deroga al blocco del turnover”*. Si richiamano i principali contenuti del Decreto ai fini di una miglior comprensione degli obiettivi che si vogliono perseguire con tale intervento.

Sono soggette all'apposita autorizzazione commissariale, in quanto determinano un incremento di spesa a carico delle Aziende e degli Enti del Servizio Sanitario della Regione Lazio, le seguenti fattispecie:

- a. le assunzioni a tempo indeterminato e determinato, ivi compresi i conferimenti di incarichi di direzione di UU.OO.CC.;
- b. i conferimenti di incarichi a tempo determinato ex art. 15 septies D. Lgs. n.502/92, nel rispetto del limite sancito dall'articolo 15, comma 13 lettera c) del D.L. 6 luglio 2012 n. 95 convertito con modificazioni dalla Legge 7 agosto 2012 n. 135, nonché dell'art. 4 , comma 1 del D.L. 13 settembre 2012, n. 158 convertito con modificazioni della Legge 8 novembre 2012, n. 189;
- c. le assunzioni a tempo determinato per la sostituzione di personale assente a vario titolo, qualora tale assunzione sia onerosa, fatta eccezione per la sostituzione del personale in congedo per maternità o assente per aspettativa non retribuita, purché al di fuori del SSR. Le sostituzioni per maternità e per aspettativa non retribuita devono comunque essere autorizzate dalla competente Direzione Regionale.
- d. le acquisizioni di personale tramite mobilità intercompartimentali, mobilità extraregionali in entrata nell'ambito del Comparto Sanità, dell'Area SPTA e dell'Area Medica e Veterinaria ovvero le mobilità da Enti ex art.15 undecies del D. Lgs. n.502/92;
- e. il conferimento di incarichi ex art.7, comma 6 D. Lgs. n.165/2001, nonché tutte le altre forme di lavoro flessibile o atipico;
- f. il trattenimento in servizio del soggetto che ha già raggiunto l'età pensionabile e sino al massimo consentito dalla vigente normativa in materia;
- g. il conferimento di funzioni assistenziali al personale facente parte dell'area contrattuale dell' Università che presta servizio presso una struttura del SSR, salvo le diverse indicazioni contenute nei nuovi Protocolli d'Intesa con le Università da adottarsi.

E' altresì vietata, in quanto elusiva del cd. blocco del turn over, l'acquisizione di personale mediante contratto di somministrazione di lavoro ai sensi dell'art. 36 del d.lgs. n. 165/2001 e s.m.i, Qualunque altra forma di esternalizzazione va ricondotta nella tipologia di acquisizione di beni e servizi di cui all'art. 29 del D. Lgs. n. 276/2003 e, come tale, ricompresa nelle competenze autorizzative della Centrale Acquisti.

Per quanto riguarda gli specialisti ambulatoriali interni si rinvia a quanto previsto nell'apposite schede del presente programma operativo.

Le disposizioni di blocco del turnover per gli anni 2013 – 2015 dovranno tenere conto delle seguenti indicazioni:

- l'art. 22 legge 4 novembre 2010 n. 183 dispone che il limite massimo di età per il collocamento a riposo per i dirigenti medici e del ruolo sanitario del SSN, ivi compresi i responsabili di struttura complessa, è stabilito al compimento del 65° anno di età, ovvero, su istanza dell'interessato al maturare del 40° anno di servizio effettivo. In ogni caso il limite di permanenza non può superare il 70° anno di età e la permanenza in servizio non può dar luogo ad un aumento del numero dei dirigenti;
- l'art. 12 comma 1 D.L. 31 maggio 2010 n. 78 convertito in Legge 30 luglio 2010 n. 122 prevede che a decorrere dal 01.01.2011 l'accesso al pensionamento sia conseguito decorsi 12 mesi dalla maturazione dei requisiti, così come integrato dal disposto dell'art. 24 comma 5 del D.L. 6 dicembre 2011 n. 201 convertito con modificazioni dalla L. 22 dicembre 2011 n. 214.

Per l'attuazione dell'intervento in oggetto si prevede:

- definizione di una procedura per le autorizzazioni in deroga al blocco del turn over
- definizione di un sistema di sanzioni e della relativa procedura
- l'inserimento tra gli obiettivi di tutti i Direttori Generali del rispetto delle indicazioni di cui sopra;
- la definizione di una procedura volta all'autorizzazione per l'attivazione delle procedure di assunzione, ed il trattenimento in servizio del personale che ha maturato i requisiti per il collocamento a riposo.

Inoltre, al fine di consentire la corretta gestione del processo di assunzione in deroga al blocco del turnover, i Direttori Generali dovranno inviare alla Direzione Regionale competente entro la data del 30.06.2013 il "Piano annuale delle Cessazioni".

Tale "Piano delle Cessazioni":

- identifica il numero delle unità di personale che, per tipologia di figura professionale, in base all'anzianità lavorativa maturata o sopraggiunti limiti di età è probabile cessino durante il corso dell'anno (indicando la data stimata di cessazione);
- identifica la distribuzione del personale all'interno dell'azienda (indicando le unità operative presso cui opera il personale);
- rappresenta lo strumento programmatico mediante il quale la Regione quantifica il possibile impatto del blocco del turn over nel corso dell'annualità in essere;

I Direttori Generali ed i Responsabili del Personale sono tenuti alla tempestiva comunicazione delle avvenute cessazioni del personale presso le Aziende, indicando la data effettiva della cessazione.

La coerenza tra "Piano delle Cessazioni" e le effettive cessazioni sarà monitorata trimestralmente. In caso di scostamenti consistenti, potranno essere richiesti gli eventuali approfondimenti.

Risultati programmati

- Riduzione del costo del personale per effetto del blocco del turnover negli anni 2013 - 2015;
- Aggiornamento ed implementazione del Flusso Flupers per il monitoraggio della gestione del personale delle Aziende e degli Enti del SSR

Indicatori di risultato

- Monitoraggio trimestrale del rispetto del blocco del turn-over e delle procedure di deroga previste dalle indicazioni regionali;
- Monitoraggio trimestrale del flusso delle cessazioni con indicazione delle figure di personale cessate per unità operativa a partire dal 30.06.2013

Crono programma:

- Adozione entro il 15 aprile 2013 del decreto contenente la Procedura per l'assunzione del personale nelle Aziende del SSR in deroga al blocco del turn-over;
- entro 15 giorni dalla notificazione del decreto, le Aziende inviano alla Direzione Regionale Programmazione e Risorse del SSR il documento denominato "Piano annuale delle assunzioni di personale" e il documento denominato "Richiesta di assunzione di personale in deroga";
- Circolare istitutiva del monitoraggio sulle cessazioni a supporto del decreto sulla procedura per l'assunzione del personale in deroga al blocco del Turn Over: entro il 15 aprile 2013

IMPATTO ECONOMICO

- Vedi valorizzazione intervento

Responsabile Del procedimento Attuativo:

- Dirigente dell'Area Risorse Umane e Formazione Dott.ssa Floriana Rosati.

Obiettivi specifici assegnati ai Direttori Generali delle Aziende Sanitarie

Intervento 10.2: Azioni di governance

Azione 10.2.1 Tempo Indeterminato - Ricollocazione del Personale inidoneo alla mansione specifica.

La L. 228 del 24 dicembre 2012, prevede all'art. 1 comma 88 che *“Con decreto del Ministro della salute, di concerto con il Ministro del lavoro e delle politiche sociali e con il Ministro dell'economia e delle finanze, da adottarsi entro sessanta giorni dall'entrata in vigore della presente legge, sono stabilite le modalità di attuazione di una verifica straordinaria, da effettuarsi nei confronti del personale sanitario dichiarato inidoneo alla mansione specifica ai sensi dell'articolo 42 del decreto legislativo 9 aprile 2008, n. 81. nonché' del personale riconosciuto non idoneo, anche in via permanente, allo svolgimento delle mansioni del proprio profilo professionale ma idoneo a proficuo lavoro, ai sensi dell'articolo 6 del CCNL integrativo del comparto sanità del 20 settembre 2001. Con il medesimo decreto sono stabilite anche le modalità con cui le aziende procedono a ricollocare, dando priorità alla riassegnazione nell'ambito dell'assistenza territoriale, il personale eventualmente dichiarato idoneo a svolgere la propria mansione specifica, in esito alla predetta verifica. La verifica straordinaria, da completarsi entro dodici mesi dall'entrata in vigore della presente legge, è svolta dall'INPS, che può avvalersi a tal fine anche del personale medico delle ASL, con le risorse umane, strumentali e finanziarie disponibili a legislazione vigente, e senza oneri per la finanza pubblica.”*

La Regione attiverà un coordinamento sulle procedure di ricollocazione del personale eventualmente dichiarato idoneo a svolgere la propria mansione specifica, in esito alla verifica condotta dall'INPS affinché vengano rispettate le disposizioni contenute nel succitato Decreto. Tale coordinamento dovrà avvenire in sinergia con le altre azioni di governance che si intende intraprendere nell'ambito della gestione delle risorse umane del SSR

Risultati Programmati

- Ricollocazione personale dichiarato idoneo a svolgere la propria mansione specifica

Indicatori di risultato:

- Emanazione delle linee guida sulla ricollocazione del personale risultato idoneo alla mansione specifica.

Crono programma :

- Entro un mese dall'emanazione del Decreto previsto dalla Legge 228/2012, la Direzione Regionale Programmazione e Risorse del SSR avvia d'intesa con L'INPS e con le Aziende interessate un'attività di ricognizione e di coordinamento delle visite da effettuarsi.
- Entro un mese dalla conclusione delle visite effettuate la Regione Lazio, ricevuti gli esiti di tali visite, predispone, d'intesa con le Aziende interessate un piano di riorganizzazione delle Unità Operative coinvolte da tale intervento, in particolar con l'attribuzione ai soggetti oggetto di visita di nuovi compiti e/o incarichi in coerenza con la riorganizzazione della rete territoriale.

Azione 10.2.2: Personale a tempo determinato

Il Decreto legge 13 settembre 2012 n. 158, convertito con modificazioni dalla Legge 08 novembre 2012 n. 189, recante "Disposizioni urgenti per promuovere lo sviluppo del Paese mediante un più alto livello di tutela della salute", ha introdotto significative novità sulla disciplina dei contratti a tempo determinato del personale del SSN. In particolare l'art. 4 comma 5 del suddetto D.L. prevede che "dopo il comma 4 bis dell'art. 10 del D.Lgs. 6 settembre 2001, n. 368, è inserito il seguente: *"4 ter .Nel rispetto dei vincoli finanziari che limitano, per il Servizio sanitario nazionale, la spesa per il personale e il regime delle assunzioni, sono esclusi dall'applicazione del presente decreto i contratti a tempo determinato del personale sanitario del medesimo Servizio sanitario nazionale, ivi compresi quelli dei dirigenti, in considerazione della necessità di garantire la costante erogazione dei servizi sanitari e il rispetto dei livelli essenziali di assistenza. La proroga dei contratti di cui al presente comma non costituisce nuova assunzione. In ogni caso non trova applicazione l'articolo 5, comma 4-bis"*. Sempre in tema di personale a tempo determinato assumono particolare rilevanza i commi 400 e 401 dell'art. 1 L. 228 del 24 dicembre 2012, infatti, il comma 400 dispone per i contratti a tempo determinato una proroga fino al 31 luglio del 2013. Il comma 401 del medesimo art., per contro, prevede la possibilità di avviare dei percorsi di reclutamento che vadano a garantire e tutelare quel personale già impiegato da almeno tre anni presso le Amministrazioni pubbliche.

Tale principio assume una particolare rilevanza nell'ambito del SSR considerato l'elevato numero di soggetti con contratto a tempo determinato, che svolge la propria attività soprattutto nel campo dell'assistenza. E', infatti, opportuno pianificare delle forme di definizione della condizione lavorativa, considerata la loro importanza nell'ambito dell'erogazione dei LEA ed in generale della tutela della salute. Inoltre, tale definizione non comporterebbe un incremento di spesa per il SSR, in quanto, detta spesa, trattandosi di personale già in servizio, risulta già consolidata e storicizzata. Infine, tale percorso, può impedire la perdita del Know How acquisito da detto personale nel corso dei numerosi anni di servizio prestati presso il SSR.

La Regione Lazio, all'interno del decreto sul Blocco del Turn Over (vedi Azione 10.1.1) ha già previsto il rispetto delle seguenti misure relative:

- Alla sospensione conferimento/rinnovo incarichi ex art. 15-septies fino a realizzazione della riduzione dei posti letto ai sensi dell'art. 15, comma 13, lett. c), DL 95/2012;
- Al rispetto dei limiti percentuali di cui all'art. 4, comma 1, lettere e-bis) e e-ter), DL 158/2012.

La Regione Lazio in merito alla proroga dei contratti a tempo determinato, fino al 31/07/2013, prevista dal Decreto del Commissario ad Acta n. U00503 del 31/12/2012, intende avviare un monitoraggio del personale a tempo determinato di prossima scadenza al fine di verificarne il costo, il profilo professionale e l'unità operativa di impiego. Tali informazioni, infatti, alla luce del processo di riorganizzazione della rete ospedaliera ormai conclusosi, consentirà di individuare le figure professionali ancora necessarie a ricoprire posti eventualmente vacanti nelle nuove piante organiche. Soltanto al termine di tale procedura sarà possibile avviare un meccanismo di stabilizzazione del personale così individuato.

Risultati Programmati

- Monitoraggio del personale a tempo determinato e 15 septies con indicazione del costo per profilo professionale e tipologia di unità di operativa di impiego (primo invio entro aprile 2013 sul dato del I trim 2013 e successivi invii entro 30gg dalla chiusura del trimestre);
- Monitoraggio del personale con contratto di collaborazione coordinata e continuativa, o che presta servizio con altre forme di rapporto di lavoro flessibile o convenzioni per profilo professionale e tipologia di unità di operativa di impiego (primo invio entro aprile 2013 sul dato del I trim 2013 e successivi invii entro 30gg dalla chiusura del trimestre);
- Definizione del percorso volto alla regolarizzazione/stabilizzazione del personale con contratto a tempo determinato nel rispetto delle disposizioni di legge nonché degli atti di competenza regionale

Indicatori di risultato:

- Esiti monitoraggio sul personale a tempo determinato;
- Emanazione del DCA di autorizzazione all'indizione delle procedure previste dall'art. 35 comma 3 bis del D.Lgs. 30 marzo 2001 n. 165;
- Delta 2012 vs 2013 spesa attuale per personale a tempo determinato e 15 septies;
- Delta 2012 vs 2013 spesa attuale per personale con contratto di collaborazione coordinata e continuativa, o che presta servizio con altre forme di rapporto di lavoro flessibile o convenzioni;

Crono programma :

- Monitoraggio primo invio entro aprile 2013 sul dato del I trim 2013 e successivi invii entro 30gg dalla chiusura del trimestre;
- Decreto di autorizzazione all'indizione delle procedure previste dall'art. 35 comma 3 bis del D.Lgs. 30 marzo 2001 n. 165 entro il 31/07/2013

Responsabile del procedimento attuativo

- Dirigente dell'Area Risorse Umane e Formazione

Proposta PC

Azione 10.2.3: Determinazione dei fondi della contrattazione integrativa

La Regione Lazio ha svolto attività di controllo, costituzione e/o rideterminazione dei fondi della contrattazione integrativa delle diverse aree contrattuali certificando gli stessi per 20 Aziende del SSR alla data del 31/12/2010. Per quanto concerne l'Azienda Ospedaliera Policlinico Umberto I è stata terminata l'istruttoria relativa ai fondi per il personale del SSR che deve essere integrata con la determinazione dei fondi contrattuali relativi al personale universitario dedicato all'assistenza nell'ambito del SSR così come previsto dall'art. 6 del D.Lgs. 21 dicembre 1999, n. 517. Inoltre annualmente viene operato un costante monitoraggio circa l'applicazione da parte delle Aziende, dell'art. 9 comma 2 - bis, L. 122/2010, come da istruzioni impartite dal Ministero dell'Economia e delle Finanze con circolare n. 12 del 15 aprile 2011. Resta confermato che sino al 31 dicembre 2013 l'ammontare complessivo delle risorse destinate annualmente al trattamento accessorio del personale, anche di livello dirigenziale non può superare il corrispondente importo dell'anno 2010 ed è, comunque, automaticamente ridotto in misura proporzionale alla riduzione del personale in servizio.

I Direttori Generali dovranno effettuare una attenta verifica degli incarichi dirigenziali, delle posizioni organizzative e dei coordinamenti compatibilmente alle risorse disponibili nei fondi contrattuali certificati così come rideterminati dalla Regione Lazio al 31 dicembre 2010, nonché a seguito delle decurtazioni operate annualmente secondo quanto disposto dalla L. 122/2010. Non potranno essere previsti incarichi dirigenziali, incarichi di posizioni organizzative e di coordinamento finanziati con risorse a carico del bilancio aziendale e non a carico dei fondi contrattuali. Nel caso in cui si rilevasse che gli incarichi affidati non trovino opportuna copertura nelle risorse dedicate dei fondi contrattuali come rideterminati, dovrà essere rimodulata la graduazione degli incarichi affinché si trovi adeguata copertura, fatta salva, in alternativa, la riduzione degli incarichi.

Al fine di assicurare la *governance* della gestione del personale le Aziende ed Enti del SSR dovranno trasmettere sistematicamente al competente ufficio regionale, i dati relativi ai fondi con cadenza trimestrale utilizzando una funzione specifica e riservata agli utenti appositamente abilitati a caricare ed inoltrare i dati richiesti (sistema SIMEG)

CONDIZIONI DISAGIO

Obiettivo prioritario dei Direttori Generali sarà quello di contenere gli oneri per la remunerazione delle particolari condizioni di lavoro all'interno delle risorse rese disponibili dai fondi contrattuali con eliminazione di eventuali indennità non espressamente previste dai vigenti CC.CC.NN.L.

Al fine di assicurare l'effettiva implementazione in ciascuna Azienda dell'intervento descritto, ai Direttori Generali saranno assegnati obiettivi coerenti con quanto sopra descritto, fermo restando che i presenti programmi operativi costituiscono già obiettivo per i Direttori Generali.

Per il triennio 2013 – 2015 la Regione continuerà l'attività di monitoraggio, controllo ed indirizzo nei confronti delle Aziende del SSR per la costituzione e /o rideterminazione dei fondi della contrattazione integrativa aziendale, tenendo conto di:

- 1) Applicare l'art. 9 comma 2 bis L. 122/2010 che stabilisce che sino al 31 dicembre 2013 l'ammontare complessivo delle risorse destinate annualmente al trattamento accessorio di tutto il personale (comparto e dirigenza), non può superare il corrispondente importo

dell'anno 2010 ed è automaticamente ridotto in misura proporzionale alla riduzione del personale in servizio;

- 2) Definire una procedura volta al riallineamento delle risorse relative alle competenze accessorie di ogni singola Azienda alla media regionale;
- 3) Ottemperare alle indicazioni presenti nella circolare del MEF n. 12 del 2011, che prevede di ridurre i fondi in maniera proporzionale rispetto al personale cessato, avendo riguardo di applicare tale tipologia di intervento anche ai Fondi di Posizione per le Dirigenze e delle Fasce per il Comparto

Al fine di contenere lo sfioramento del Fondo delle condizioni disagiate deve essere avviata in ogni Azienda, sotto supervisione Regionale, una più puntuale attività di indirizzo e monitoraggio diretta a verificare la congruità delle giustificazioni addotte dai referenti aziendali sull'argomento con riferimento alla necessità di sopperire con l'istituto dello straordinario alle carenze di personale. Rientra nella responsabilità dei Direttori Generali il ridimensionamento del fenomeno dello sfioramento del fondo suddetto attraverso la verifica dell'appropriatezza delle componenti che determinano la corretta costituzione dello stesso, nonché il rigoroso controllo dell'andamento del fondo medesimo nel corso dell'anno.

Entro il 31 marzo le Aziende del SSR dovranno trasmettere con nota ufficiale gli atti deliberativi attestanti la consistenza dei fondi contrattuali a seguito delle decurtazioni operate in applicazione della Legge 122/2010

Nel caso in cui venga rilevato nelle tabelle inserite a sistema (SIMEG) uno scostamento tra l'importo deliberato ed i costi sostenuti ogni singola Azienda dovrà redigere un'analitica relazione che indichi le misure adottate per l'esercizio al fine di evitare che tale fenomeno si ripeta.

Laddove si verificano scostamenti rilevanti o situazioni anomale sono previsti incontri tra le Aziende e il personale regionale supportato dall'*Advisor contabile*, al fine di effettuare verifiche approfondite e prevedere azioni correttive.

La mancata attuazione degli interventi necessari al conseguimento dei risultati programmati costituirà inadempimento ai fini della valutazione dei Direttori Generali, a tale proposito questi ultimi dovranno fornire evidenza alla Regione di aver declinato gli obiettivi Aziendali, specificando le figure coinvolte e le relative responsabilità, tra i criteri dell'operato dei dirigenti, con rapporto di lavoro esclusivo e non, responsabili di struttura semplice e/o complessa, concorrendo a determinare la componente variabile della loro retribuzione.

A seguito dell'adozione dei nuovi atti aziendali e alla revisione della rete ospedaliera e territoriale si procederà alla rimodulazione dei fondi in base alla riallocazione del personale

Risultati programmati

- Monitoraggio del valore dei fondi della contrattazione integrativa erogato trimestralmente;
- Verifica della corretta rideterminazione dei fondi contrattuali aziendali per gli anni 2013 – 2014 e 2015
- Monitoraggio trimestrale per le Aziende del SSR che presentano scostamenti e verifica del rispetto degli obiettivi indicati nelle relazioni predisposte al fine di evitare che tale fenomeno si ripeta;
- Verifica nelle Aziende che presentino scostamenti rilevanti o situazioni anomale da parte del personale regionale supportato dall'*Advisor*.

Indicatori di risultato

- Adozione dei provvedimento di adeguamento dei fondi contrattuali
- Esiti della procedura di monitoraggio dei fondi della contrattazione integrativa erogato trimestralmente
- Scostamento economico tra erogato di competenze e deliberato aziendale

Cronoprogramma

- Adozione dei provvedimenti aziendali di adeguamento dei fondi contrattuali entro il 30/04/2013

Impatto economico:

- incluso all'interno del risparmio sul blocco del Turn Over

Responsabile del procedimento attuativo:

- il Dirigente dell'Area Risorse Umane e Formazione

Obiettivi specifici assegnati ai Direttori Generali delle Aziende Sanitarie

Azione 10.2.4: Prestazioni aggiuntive

I dati sulle attività assistenziali del servizio sanitario regionale hanno evidenziato, nel corso degli ultimi anni un eccessivo ricorso, da parte delle Aziende ed Enti del servizio sanitario regionale, allo strumento della produttività aggiuntiva previsto dalle vigenti discipline legislative e contrattuale.

Tale fenomeno, in presenza di un turn over fortemente limitato dai blocchi imposti prima dalle leggi sulla stabilizzazione finanziaria e poi dagli obiettivi di contenimento della spesa sanitaria previsti dal Piano di Rientro, hanno comportato un depotenziamento della consistenza organica tale da rendere particolarmente problematico il mantenimento dei LEA in condizioni di appropriatezza, adeguato livello qualitativo ed efficienza nonché estremamente disagiate le condizioni di lavoro in cui è costretto ad operare il personale sanitario.

In tale contesto, il ricorso alle cd. prestazioni aggiuntive è stato utilizzato come lo strumento più immediato per continuare a garantire un'erogazione delle prestazioni congrua rispetto alla domanda assistenziale, scongiurando compressioni dell'offerta sanitaria con pregiudizio per l'utenza.

Tuttavia, tale strumento, non accompagnato da un'efficiente ed efficace riprogrammazione delle attività e dei servizi assistenziali, nonché a volte utilizzato nella prassi attuativa in maniera non completamente conforme a quanto previsto dalla vigente disciplina in materia, ha comportato nel tempo un incremento di costi non più sostenibile e assolutamente incompatibile con i vincoli di crescita della spesa sanitaria previsti dal Piano di rientro.

Ciò premesso, pur tenendo conto della permanenza di precisi limiti assunzionali, si ritiene verosimile che una migliore riorganizzazione della rete ospedaliera associata ad una valida governance delle risorse umane e strumentali prevista dai presenti programmi, possa fermare l'incremento della spesa per prestazioni aggiuntive.

Tale "stabilizzazione" del costo delle prestazioni aggiuntive, con la completa messa a regime degli interventi di riqualificazione dell'intero sistema sanitario regionale previsti dai presenti programmi operativi, potrà successivamente tramutarsi in un decremento della spesa se supportato da un graduale sblocco del turn over.

A tale riguardo, premesso che con i Programmi Operativi per il biennio 2011 – 2012 adottati con Decreto del Commissario ad Acta n. U0113 del 31 dicembre 2010 era stato previsto l'obiettivo di riduzione della spesa per le prestazioni aggiuntive pari al 50% di quanto sostenuto, allo stesso

titolo, dalle Aziende nel corso del 2009, con il presente programma si stabilisce che, a partire dell'anno 2013, la spesa sostenuta dalle Aziende ed Enti del servizio sanitario regionale non potrà essere superiore a quella dell'anno precedente.

Tale intervento di carattere meramente economico viene accompagnato dalla elaborazione da parte della competente Direzione Programmazione e Risorse del s.s.r. di linee guida regionali dirette ad uniformare le modalità di erogazione delle prestazioni aggiuntive da parte delle aziende ed Enti del s.s.r. nonché a ricondurle, laddove siano state riscontrate prassi irregolari, nel dettato legislativo e contrattuale. Le linee guida sono ispirate ai seguenti principi:

- Lo strumento della prestazione aggiuntiva è esclusivamente finalizzato alla riduzione delle liste d'attesa;
- Il ricorso allo strumento delle prestazioni aggiuntive può avvenire solo a seguito di autorizzazione regionale e nell'ambito delle risorse concordate dalla Regione Lazio ;
- La produttività aggiuntiva può essere attivata solo a seguito della presentazione di un progetto recante specifici elementi (natura della prestazione erogata, personale coinvolto, compenso orario per qualifica, volumi di attività, dei tempi e degli spazi utilizzati, ecc.);
- Le prestazioni aggiuntive possono essere svolte solo al di fuori dell'orario di servizio. Pertanto le prestazioni aggiuntive possono essere autorizzate ed attivate solo in presenza di sistemi automatizzati di rilevazione delle presenze;
- Individuazione del personale con qualifica dirigenziale e non, che può essere autorizzato a svolgere prestazioni aggiuntive (es. personale in servizio con rapporto di lavoro a tempo pieno, personale totalmente idoneo alla mansione specifica), ecc.;
- Deve essere assicurata la prenotazione attraverso specifiche agende, nonché il monitoraggio e la rendicontazione mensile delle prestazioni erogate mediante contabilità separata, al fine di garantire il corretto rapporto tra attività resa in produttività aggiuntiva ed attività svolta in regime istituzionale;
- La spesa sostenuta per le prestazioni aggiuntive deve essere rendicontata e registrata nello sottoconto del piano dei conti regionale specificamente istituito per tale finalità (5020114112 Consulenze sanitarie ex art. 55 comma 2 CCNL);

Risultati programmati:

- Contenimento/riduzione della spesa per prestazioni aggiuntive a partire dal 2013 entro i parametri sopra indicati;

Indicatori di risultato:

- Verifica trimestrale della spesa sostenuta e rendicontata nel sottoconto "5020114112 Consulenze sanitarie ex art. 55 comma 2 CCNL";
- Verifica del rispetto delle indicazioni regionali, riguardo alle modalità di attivazione dei progetti di prestazioni aggiuntive;

Cronoprogramma

- Emanazione di linee guida regionali ai fini di un corretto ed uniforme utilizzo delle prestazioni aggiuntive da parte delle Aziende entro il 30/04/2013.
- Verifica trimestrale della congruenza del dato economico rilevato in contabilità dalle singole aziende, rispetto all'obiettivo di contenimento della spesa, e rispetto alla consistenza e al contenuto dei progetti di attivazione di prestazioni aggiuntive comunicati alla Regione e da questa autorizzati;

Impatto economico:

- incluso all'interno del risparmio sulle Consulenze

Responsabile del procedimento attuativo:

- Area Risorse Umane e Formazione

Obiettivi specifici assegnati ai Direttori Generali delle Aziende Sanitarie

Azione 10.2.5: Attività libero professionale intramuraria e monitoraggio sui volumi di attività intra-moenia in rapporto con i volumi di attività istituzionale;

L'art. 2 del decreto legge 13 settembre 2012, n. 159, cd. decreto Balduzzi, come modificato dalla legge di conversione 8 novembre 2012, n. 189, ha introdotto significative novità legislative sulle disposizioni in materia di attività libero-professionale intramuraria dettate dalla legge 3 agosto 2007, n. 120.

Al fine di definire le azioni da intraprendere per assicurare una corretta attuazione del disposto normativo, le Aziende e gli Enti del s.s.r. sono stati chiamati a predisporre un piano per l'attivazione della libera professione intramuraria secondo quanto richiamato nei punti che seguono:

- A)** indicazione dei volumi, per tipologia, delle prestazioni in regime di attività libero professionale rese nell'ultimo biennio presso le strutture interne, le strutture esterne e gli studi professionali (art.1, comma 4, L. 120/2007 e s.m.i.);
- B)** piano aziendale concernente i volumi di attività libero professionale intramuraria che si intende erogare, suddivisi per tipologia;
- C)** ricognizione degli spazi disponibili e che, eventualmente, si renderanno disponibili in relazione ai processi di riorganizzazione aziendale - anche in applicazione dell'art. 15 del d.l. 6 luglio 2012, n. 95, convertito, con modificazioni, dalla legge 7 agosto 2012, n. 135 e s.m.i. - per l'esercizio dell'attività libero professionale intramuraria. A tal fine si richiama l'attenzione sulla possibilità di utilizzare gli spazi già resisi disponibili dalle riconversioni legate al riordino delle reti ospedaliere (es. ospedali disattivati). A tale riguardo, in particolare, occorre specificare:
 - 1) se gli ambiti individuati sono dedicati esclusivamente all'attività intramoenia o sono destinati ad attività istituzionali ordinarie in fasce orarie diverse rispetto a quelle stabilite per l'attività libero – professionale intramuraria
 - 2) se gli spazi individuati sono in grado di soddisfare il fabbisogno o se è necessario acquisire ulteriori spazi esterni;
 - 3) l'immediata fruibilità degli spazi individuati. Nel caso sia necessario eseguire lavori di ristrutturazione per rendere gli spazi utilizzabili nel rispetto di quanto disposto dalla normativa vigente occorre produrre un documento preliminare che riporti una stima dei lavori da eseguire ed i relativi costi;

Poiché il novellato testo dell'art. 1, comma 4 della legge 3 agosto 2007, n. 120, non prevede la possibilità di stipulare convenzioni con strutture sanitarie non accreditate per lo svolgimento dell'attività libero – professionale cd. allargata, si ritiene che le convenzioni relative agli spazi ambulatoriali esterni non possano proseguire oltre la loro naturale scadenza, ferma restando la validità delle convenzioni stipulate con i soggetti pubblici e la necessità di rivedere, per ricondurle alle ipotesi contrattuali previste dalla normativa (locazione o acquisto), le convenzioni con le strutture autorizzate non accreditate.

D) Un piano di acquisizione di spazi esterni qualora gli spazi aziendali siano insufficienti a garantire l'erogazione delle prestazioni intramoenia nel rispetto di quanto disposto dall'art. 1, comma 4, L. 120/2007 e s.m.i.) che recita: *“un piano di acquisizione (di spazi esterni, ndr), dimostrandone adeguatamente la necessità e nel limite delle risorse disponibili, tramite l'acquisto o la locazione presso strutture sanitarie autorizzate non accreditate, nonché tramite la stipula di convenzioni con altri soggetti pubblici, di spazi ambulatoriali esterni, aziendali e pluridisciplinari, per l'esercizio di attività sia istituzionali sia in regime di libera professione intramuraria ordinaria, i quali corrispondano ai criteri di congruità e idoneità per l'esercizio delle attività medesime”*.

In detto piano dovranno essere specificati i seguenti aspetti:

- 1) quali attività tra quelle previste nel piano di cui al punto B) siano da allocare presso gli spazi esterni, in quale percentuale rispetto al totale in termini di tipologie e volumi di prestazioni;
 - 2) gli spazi da acquisire;
 - 3) le modalità di acquisizione degli spazi e i relativi oneri;
 - 4) le motivazioni alla base della scelta della tipologia della struttura, pubblica o privata, specificando criteri di scelta e verifiche di congruità e idoneità degli ambiti individuati;
 - 5) il tipo di accordo che si intende stipulare con ciascun soggetto esterno;
- E)** indicazione del numero di medici ai quali è stata concessa la facoltà della temporanea continuazione dello svolgimento di attività libero professionale presso studi professionali, già autorizzati ai sensi del comma 3 dell'articolo 22-bis del decreto legge 4 luglio 2006, n. 223, convertito con modificazione dalla legge 4 agosto 2006, n. 248, oltre la data del 30 novembre 2012, fino all'attivazione del loro collegamento operativo alla infrastruttura di rete di cui alla lettera a-bis), e, comunque, non oltre il 30 aprile 2013 (art. 1, comma 4, lett. a-ter) , L. 120/2007 e s.m.i.) ;
- F)** il modello organizzativo attualmente adottato dall'azienda per le fasi di prenotazione prestazione, gestione agende professionisti, tracciabilità prestazioni, pagamento/riscossione onorari ed eventuale sistema informatico di supporto a tale modello, pur riservandosi la Regione la produzione o messa a disposizione di una piattaforma informatica ai sensi dell'art. 1, comma 4, lett. a-bis) L. 120/2007 e s.m.i;
- G)** piano relativo ai sistemi e i moduli organizzativi e tecnologici che consentano il controllo dei volumi delle prestazioni libero-professionali, che non devono superare, globalmente considerati per ciascuna tipologia di prestazione, quelli eseguiti nell'orario di lavoro (art.1, comma 4, lett. a), L. 120/2007 e s.m.i);
- H)** piano finalizzato a garantire il *“pagamento di prestazioni di qualsiasi importo direttamente al competente ente o azienda del Servizio sanitario nazionale, mediante mezzi di pagamento che assicurino la tracciabilità della corresponsione di qualsiasi importo.”*(art. 1, comma 4, lett. b), L. 120/2007 e s.m.i) ;
- I)** per quanto riguarda la remunerazione delle prestazioni rese in regime di attività libero – professionale intramuraria:

- a. il tariffario vigente presso ciascuna Azienda per ciascuna prestazione;
 - b. le azioni che l'Azienda intende intraprendere qualora le attuali tariffe non siano idonee a coprire tutti i costi diretti ed indiretti sostenuti dall'azienda. In merito si ricorda che la tariffa per l'attività libero professionale deve ricoprire i costi derivanti dai compensi del professionista, dell'equipe, del personale di supporto, articolati secondo criteri di riconoscimento della professionalità, i costi pro-quota per l'ammortamento e la manutenzione delle apparecchiature, ivi compresi quelli connessi alle attività di prenotazione e di riscossione degli onorari e quelli relativi alla realizzazione dell'infrastruttura di rete di cui alla lettera a-bis), la quota prevista dalla vigente disciplina contrattuale, nonché una somma pari al 5 per cento del compenso del libero professionista come trattenuta aziendale da destinare ad interventi di prevenzione ovvero di riduzione delle liste d'attesa, anche con riferimento alle finalità di cui all'articolo 2, comma 1, lettera c), dell'Accordo sancito il 18 novembre 2010 dalla Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano (art. 1, comma 4, lett. c) nonché la trattenuta aziendale prevista dal Decreto del Commissario ad acta n. U0040/2008;
- J)** le procedure per la prevenzione delle situazioni che determinino l'insorgenza di un conflitto di interessi o di forme di concorrenza sleale nonché la fissazione di sanzioni disciplinari e dei rimedi da applicare in caso di inosservanza delle relative disposizioni (art.1, comma 4, lett e), L. 120/2007 e s.m.i).

La ricognizione dei piani predisposti dalle Aziende ed Enti del s.s.r. rappresenterà l'istruttoria di riferimento per l'emanazione delle nuove linee guida regionali in materia, in sostituzione delle recenti disposizioni regionali di cui al decreto del Commissario ad acta del 4 luglio 2012, n. U00114, che si renderanno necessarie per assicurare che, in tutte le forme di attività libero – professionale intramuraria regolate dalla novellata legge 3 agosto 2007, n. 120, siano rispettate le prescrizioni introdotte dall'art. 2 del decreto legge 13 settembre 2012, n. 159, convertito con modificazioni in legge 8 novembre 2012, n. 189.

Risultati programmati:

- Definizione di disposizioni regionali necessarie per consentire l'adeguamento dei processi di gestione dell'attività libero – professionale attualmente in essere presso le aziende ed enti del s.s.r. alle recenti novità legislative introdotte dall'art. 2 del decreto legge 13 settembre 2012, n. 159, convertito con modificazioni in legge 8 novembre 2012, n. 189.

Indicatori di risultato:

- Adozione di un Decreto del Commissario ad Acta recante nuove linee guida regionali ai sensi dell'art. 1, comma 4 della legge 3 agosto 2007, n. 120.

Cronoprogramma:

- Emanazione del Decreto del Commissario ad Acta recante nuove linee guida regionali entro 120 giorni dalla pubblicazione in Gazzetta Ufficiale del decreto del Ministro della salute di cui alla lett. a-bis) del comma 1, art. 4 della legge 3 agosto 2007, n. 120 .

Responsabile del procedimento attuativo:

- Area Risorse Umane e Personale

Azione 10.2.6: Ridefinizione atti aziendali: stato su emanazione linee guida regionali e loro attuazione.

Al fine di recepire gli standard elaborati dal Comitato LEA per l'individuazione delle unità operative all'interno delle Aziende del SSR, sono state elaborate nuove linee guida per la redazione, da parte delle Aziende Sanitarie, dei rispettivi atti aziendali.

Le linee guida recepiscono i parametri standard elaborati dal Comitato LEA per l'individuazione delle strutture semplici e complesse del SSN e regolano in via transitoria, nelle more della definitiva riorganizzazione della rete ospedaliera, l'assetto dell'area non ospedaliera (area dei servizi amministrativi e tecnici e area territoriale) e dell'area ospedaliera delle Aziende del SSR.

L'applicazione degli standard condurrà ad una notevole riduzione del numero di unità, riepilogata nella tabella seguente:

Strutture	Esistenti	Post	VAR. %
Unità complesse ospedaliere	1123	722	- 35,71%
Unità semplici ospedaliere	1771	946	-46,58%
Unità complesse non ospedaliere	651	431	-33,80%
Unità semplici non ospedaliere	1350	565	-58,15%

Per quanto concerne i distretti, è prevista – a regime - una riduzione del numero da 55 a 48 e l'introduzione di un modello di organizzazione distrettuale minimo uguale per tutte le Aziende Sanitarie Locali, al fine di agevolare l'attuazione di quanto previsto dal Decreto Legge 13 settembre 2012, n.158, convertito in legge con modificazioni dall'art.1, comma 1, L. 8 novembre 2012, n.189.

Anche per i dipartimenti è prevista una sensibile riduzione.

Una volta approvate le linee guida, i Direttori Generali delle Aziende Sanitarie dovranno adottare con proprio provvedimento i rispettivi atti aziendali, che dovranno essere trasmessi in Regione per la verifica di conformità alle linee guida. Successivamente a detta verifica, gli atti aziendali potranno essere definitivamente approvati e pubblicati sul BURL.

All'esito della riorganizzazione della rete ospedaliera, verranno adottate definitive linee guida con l'obiettivo di accorpate/centralizzare funzioni tecniche ed amministrative e razionalizzare ulteriormente l'ambito territoriale dei distretti sanitari.

RISULTATI PROGRAMMATI:

- Riduzione del numero di unità operative in coerenza con gli standard elaborati dal Comitato Lea (entro 6 mesi);
- Riduzione del numero dei distretti da 55 a 48 (entro 1 anno);
- Riduzione del numero dei dipartimenti (entro 6 mesi).

INDICATORI DI RISULTATO:

- Numero di unità operative (complesse e semplici) previste dai nuovi atti aziendali;
- Numero dei distretti previsti dai nuovi atti aziendali;
- Numero dei dipartimenti previsti dai nuovi atti aziendali;

IMPATTO ECONOMICO:

- Stimato tra 13 e 20 milioni di euro di risparmio di gestione.

RESPONSABILE DEL PROCEDIMENTO ATTUATIVO:

- AREA GIURIDICO NORMATIVA ISTITUZIONALE.

Azione 10.2.7 Ridefinizione dotazioni organiche (art. 2, comma 72, lett. a), L. 19 1/2009)

Si rimanda a quanto specificatamente individuato nell' Azione 10.2.6 sulla ridefinizione degli Atti Aziendali.

Azione 10.2.8 Analisi costo medio del personale

Partendo da un'analisi sul governo del personale svolta dalla STEM-AGENAS a livello nazionale, è emerso che la Regione Lazio risulta avere un costo medio del personale dipendente (anno 2010) superiore al valore medio nazionale, nonché una forte discordanza tra i costi medi della dirigenza e del comparto nelle diverse aziende sanitarie locali e aziende ospedaliere.

All'esito della riorganizzazione della rete ospedaliera, in linea con i nuovi standard nazionali sui posti letto, si attiverà un meccanismo di mobilità del personale in esubero tale da prevedere spostamenti di personale anche tra aziende sanitarie ed ospedaliere diverse. Al fine di agevolare i trasferimenti del personale occorre prevedere meccanismi di perequazione delle voci stipendiali accessorie che al momento sono ancora attribuite in base a contratti integrativi aziendali mai "uniformati" tra loro.

A tal fine, l'emanazione delle linee di indirizzo regionali costituisce un momento attraverso il quale la Regione, nel rispetto dell'autonomia contrattuale delle Aziende Sanitarie ed Ospedaliere e degli altri Enti del SSR, esercita la propria funzione di coordinamento del sistema sanitario garantendo, pur nel rispetto della suddetta autonomia della contrattazione aziendale, coerenza ed omogeneità nel territorio regionale e caratterizzando lo strumento contrattuale quale leva per il perseguimento degli obiettivi di programmazione regionale nel rigoroso rispetto dei vincoli derivanti dal piano di rientro. Le linee di indirizzo dovranno riguardare tutto il personale che opera nel SSR e assumeranno l'ambito di piattaforma regionale di cui ogni azienda dovrà tener conto nelle trattative aziendali.

RISULTATI PROGRAMMATI:

- perequazione delle voci stipendiali accessorie
- Omogeneizzazione ed indirizzo del processo di contrattazione integrativa aziendale.

INDICATORI DI RISULTATO:

- Emanazione linee di indirizzo regionali sulla contrattazione integrativa aziendale condivise con le organizzazioni sindacali;
- Monitoraggio sull'applicazione delle linee guida;
- Coerenza ed omogeneità delle voci stipendiali accessorie

CRONOPROGRAMMA

- Avvio concertazione con le organizzazioni sindacali aziendali dal 30/06/2013
- Linee guida di indirizzo sulla contrattazione integrativa aziendale entro il 31/12/2013
- Risultanze monitoraggio entro 30/06/2014

IMPATTO ECONOMICO:

- Al momento non stimabile.

RESPONSABILE DEL PROCEDIMENTO ATTUATIVO:

- Dirigente Area Risorse Umane e Personale

Azione 10.2.9 Dirigenza sanitaria e governo clinico:

- **Provvedimenti di nomina e risoluzione dei direttori generali, quando ne ricorrano i presupposti di legge vedi Programma 1.6 Azione di Governance**

- STRUMENTI DI VALUTAZIONE DEI DIRIGENTI MEDICI E SANITARI

Con la Legge Regionale del 16 marzo 2011 n. 1 è stata introdotta una nuova disciplina in materia di produttività ed efficienza nella P.A. prevedendo l'applicazione alla Regione e a tutti gli enti pubblici da essa dipendenti, compresi gli enti del SSR dei principi contenuti nel D.Lgs. 150/2009.

Tra questi principi assume particolare rilevanza l'art. 7 il quale prevede che venga fatta una valutazione annuale della prestazione e dei risultati individuali. Tale valutazione è svolta dagli organismi indipendenti di valutazione, per quanto riguarda i dirigenti apicali, mentre, invece, per gli altri dirigenti è svolta dai dirigenti responsabili di ciascuna struttura organizzativa. Nell'ambito della valutazione dei dirigenti medici e sanitari, sorge la necessità di raccordare le disposizioni contenute nella predetta L.R. n. 1/2011 con le disposizioni contenute nei CCNL 2002-2005 e 2006-2009.

Assume, infatti, sempre più un ruolo indispensabile e fondamentale per un'efficiente ed efficace gestione delle risorse umane, predisporre e realizzare un sistema di valutazione delle prestazioni, improntato al continuo miglioramento dell'attività svolta dal dirigente sottoposto a verifica e ad una reale valutazione anche negativa di quanto svolto dal dirigente nel corso dell'anno e al termine dell'incarico.

Tale necessità di realizzare un sistema di valutazione delle prestazioni rese che sia realmente incisivo ed efficace assume ancor di più un ruolo strategico nell'ambito di una regione come il Lazio sottoposta a Piano di rientro e, quindi, ad una rigida normativa in tema di gestione e valorizzazione delle risorse umane.

Tale aspetto è stato precedentemente affrontato nei precedenti Piani Operativi che hanno previsto la predisposizione di un sistema di valutazione delle prestazioni.

In coerenza ed in attuazione delle disposizioni normative e contrattuali (ove applicabili), si prevede per il triennio 2013-2015 di implementare il sistema di valutazione delle prestazioni che si ispiri ai principi contenuti negli art. 7 e 9 della L.R. n. 1/2011 nonché a quanto previsto dal CCNL 2002-2005 e 2006-2009.

Pertanto, le Aziende ed Enti del SSR dovranno, entro e non oltre 30 gg dalla notifica del DCA che approva i presenti Programmi Operativi 2013-2015, trasmettere alle competenti strutture regionali il proprio piano di valutazione del personale dirigenziale che deve comprendere:

- Definizione degli obiettivi da raggiungere annualmente e a fine incarico;
- Criteri di valutazione distinti per tipologia, punteggio, peso e valore;
- Gli indicatori di risultato, distinti per tipologia (efficacia, efficienza);
- Soggetto valutatore distinto per fascia dirigenziale da valutare;
- Procedura da attivare in caso di contraddittorio;
- Incidenza della valutazione annuale nell'ambito della valutazione complessiva dell'incarico;
- Rilevanza della valutazione negativa sia sulla gestione dell'incarico sia sulla valutazione annuale dei risultati;
- Puntuale indicazione della tempistica da rispettare;

- Sanzioni per gli organismi di valutazione e per gli organi di Direzione degli Enti in caso di mancata valutazione;
- Trasparenza e pubblicità del processo di valutazione.
- Sanzioni per il ritardato, lacunoso o mancato invio della documentazione richiesta

Per gli anni 2014-2015 il piano di valutazione del personale dirigenziale dovrà essere inviato entro e non oltre il mese di febbraio. Le Aziende dovranno prevedere come termine di conclusione del processo di valutazione degli obiettivi del personale dirigenziale, il mese di gennaio successivo all'anno oggetto della valutazione.

Ciascuna Azienda al termine della valutazione deve trasmettere alle competenti strutture regionali tutta la documentazione inerente la valutazione relativa all'anno precedente.

Risultati programmati:

- Effettiva governance sul sistema di valutazione delle attività del personale dirigenziale;
- Indicatori di risultato: predisposizione da parte delle Aziende ed Enti del SSR del piano annuale di valutazione del personale dirigenziale.

Cronoprogramma

- Non è prevedibile un cronoprogramma in quanto l'obiettivo si considera raggiunto con l'invio della documentazione prescritta e pertanto in caso di ritardo o inadempimento si applicano le sanzioni previste

Impatto economico

- Non è possibile prevedere, ad oggi, l'impatto economico considerata la natura programmatoria di tale intervento.
- Si prevede di effettuare una proiezione dell'impatto solo nel 2015 considerati i risultati degli anni 2013/2014

Responsabile del procedimento attuativo:

- Dirigente dell'Area Risorse Umane e Formazione Dott.ssa Rosati Floriana.

Azione 10.2.10 Bilanciamento del mix comparto-dirigenza conseguente al completamento delle procedure di ridefinizione degli atti aziendali e di adeguamento delle piante organiche rispetto agli interventi di riorganizzazione e riqualificazione della rete di assistenza.

Si rimanda all'intervento relativo agli Atti aziendali

Azione 10.2.11 Contenimento costi apparati amministrativi (art. 6 DL 78/2010)

Con specifico DCA da approvarsi entro il 31/07/2013 si provvederà ad approvare specifiche definizioni per il contenimento del costo degli apparati amministrativi

Azione 10.2.12 Personale con contratti atipici e personale convenzionato

Dai dati economici si rileva, dal 2009, un incremento dei costi sostenuti per le prestazioni eseguite da parte del personale specialistico ambulatoriale (SUMAI), in parte attribuibili all'adeguamento contrattuale della retribuzione.

Si ritiene, tuttavia necessario avviare un'azione volta al contenimento dei costi per tali tipologie di servizi, anche alla luce del dettato normativo che assimila i rapporti di lavoro convenzionati a quello della dipendenza, e pertanto si intende disporre il divieto assoluto di conferire incarichi e/o aumenti di orari agli specialisti convenzionati senza la preventiva autorizzazione regionale.

Risultati Programmati

- Disciplinare le modalità di deroga al divieto assoluto del conferimento di nuovi incarichi e/o aumento di ore degli specialisti.
- Avvio di in sistema strutturato di monitoraggio semestrale delle ore attivate e della relativa spesa
- Completamento con il supporto della Lait S.p.A. del tracciato FLUPERS per il convenzionato SUMAI, volto all'implementazione di un monitoraggio su flusso informatizzato

Indicatori di Risultato

- Provvedimento regionale per il contenimento della spesa per specialisti ambulatoriali interni, medici veterinari ed altre professionalità sanitarie
- Report di monitoraggio semestrale delle ore e della spesa per gli specialisti ambulatoriali interni, medici veterinari ed altre professionalità sanitarie
- Tracciato record FLUPERS concordato con LAIT, sviluppo ed implementazione di un sistema informativo

Cronoprogramma

- Decreto Commissariale per il contenimento della spesa entro il 30/06/2013 per specialisti ambulatoriali interni, medici veterinari ed altre professionalità sanitarie
- Messa a regime tracciato record per sviluppo sistema informativo all'interno del FLUPERS entro il 30/06/2013
- Avvio monitoraggio entro il 30/09/2013;

Impatto economico

- Quantificabile a partire dal 2014 una riduzione del 5% della spesa dell'anno precedente

Responsabile del procedimento attuativo:

- Dirigente dell'Area Risorse Umane e Formazione.

Azione 10.2.13 Consulenze (sanitarie e non sanitarie);

L'art. 6 comma 7 del D.L. 78/2010 prevede che *“Al fine di valorizzare le professionalità interne alle amministrazioni, a decorrere dall'anno 2011 la spesa annua per studi ed incarichi di consulenza, inclusa quella relativa a studi ed incarichi di consulenza conferiti a pubblici dipendenti, sostenuta dalle pubbliche amministrazioni di cui al comma 3 dell'articolo 1 della legge 31 dicembre 2009, n. 196, incluse le autorità indipendenti, escluse le università, gli enti e le fondazioni di ricerca e gli organismi equiparati nonché gli incarichi di studio e consulenza connessi ai processi di privatizzazione e alla regolamentazione del settore finanziario, non può essere superiore al 20 per cento di quella sostenuta nell'anno 2009. L'affidamento di incarichi in assenza dei presupposti di cui al presente comma costituisce illecito disciplinare e determina responsabilità erariale. Le disposizioni di cui al presente comma non si applicano alle attività sanitarie connesse con il reclutamento, l'avanzamento e l'impiego del personale delle Forze armate, delle Forze di polizia e del Corpo nazionale dei vigili del fuoco”*.

Inoltre l'art. 5 comma 9 del D.L. 6 luglio 2012 n. 95 convertito con modificazioni dalla Legge 7 agosto 2012, n. 135 dispone: *“E' fatto divieto alle pubbliche amministrazioni di cui all'articolo 1, comma 2, del decreto legislativo n. 165 del 2011, nonché alle pubbliche amministrazioni inserite nel conto economico consolidato della pubblica amministrazione, come individuate dall'Istituto nazionale di statistica (ISTAT) ai sensi dell'articolo 1, comma 2, della legge 31 dicembre 2009, n. 196 nonché alle autorità indipendenti ivi inclusa la Commissione nazionale per le società e la borsa (Consob) di attribuire incarichi di studio e di consulenza a soggetti, già appartenenti ai ruoli delle stesse e collocati in quiescenza, che abbiano svolto, nel corso dell'ultimo anno di servizio, funzioni e attività corrispondenti a quelle oggetto dello stesso incarico di studio e di consulenza.*

La Direzione Regionale Programmazione e Risorse del SSR ha avviato, in attuazione della sopracitata normativa e al fine di pervenire alla riduzione della spesa annua per incarichi di

consulenza così come previsto dai programmi operativi per il biennio 2011-2012, due monitoraggi nel corso del 2012 per censire il numero delle consulenze attive presso le Aziende e gli Enti del SSR e, pertanto, gravanti sugli equilibri economici e finanziari del SSR.

La Direzione Regionale per il triennio 2013-2015 intende dare piena attuazione al disposto della sopra richiamata norma del 2010 attraverso un percorso triennale di verifica e riduzione della spesa per le consulenze effettuata dalle Aziende ed Enti del SSR sino a raggiungere la soglia di spesa prevista dalla normativa e cioè non oltre il 20% della spesa sostenuta nel 2009.

Tale obiettivo assume una fondamentale rilevanza strategica in quanto da una parte permette di ottenere una riduzione della spesa sostenuta e quindi con risparmio a favore del Bilancio Sanitario regionale, dall'altra favorisce i percorsi di miglioramento professionale e di valorizzazione del personale cui affidare i compiti e gli incarichi conferiti in precedenza ai consulenti esterni.

A tal fine, si prevede che a partire dall'anno 2013 ogni azienda ed ente del SSR debbano inviare entro e non **oltre il 15 febbraio di ogni anno, il piano annuale delle consulenze**. Tale piano deve contenere :

- Consulenze in corso con indicazione del soggetto; oggetto e finalità della consulenza; costo della consulenza ed incidenza sugli equilibri economico-finanziari del SSR specificando in quale sottoconto è iscritta la consulenza; termine di conclusione del rapporto di consulenza; risultato finale atteso.
- Consulenze che si intendono attivare nell'anno, indicando: modalità di selezione/individuazione del soggetto al quale conferire l'incarico; oggetto e finalità della prestazione, indicazione delle motivazioni per cui l'incarico non possa essere svolto nell'ambito della normale attività lavorativa o non possa essere attribuito ai dipendenti dell'Azienda/Ente; costo della consulenza ed incidenza sugli equilibri economico-finanziari del SSR specificando in quale sottoconto è iscritta la consulenza; termine di conclusione del rapporto di consulenza; risultato finale atteso; modalità di pubblicità degli atti della consulenza.
- Cronoprogramma della consulenza e individuazione degli atti o documenti intermedi eventualmente redatti.

La Direzione Regionale Programmazione e risorse del SSR sulla base di predetto piano, con proprio atto autorizza le Aziende ed Enti al conferimento degli incarichi di consulenza ritenuti strettamente necessari o indispensabili, nel rispetto di quanto previsto dall'art. 6 comma 7 del D.L. 78/2010 e dal l'art. 5 comma 9 del D.L. 6 luglio 2012 n. 95 convertito con modificazioni dalla Legge 7 agosto 2012, n. 135, nonché di altri interventi normativi che potranno sopraggiungere.

Risultati programmati:

- Effettiva governance sul conferimento e gestione degli incarichi di consulenza nel rispetto della normativa vigente;
- Inserimento tra gli obiettivi di tutti i Direttori Generali del rispetto delle indicazioni di cui sopra
- Definizione di un sistema di sanzioni per i direttori generali in caso di mancato adempimento di quanto prescritto e della relativa procedura da seguire;
- Raggiungimento entro il 2015 del tetto per la spesa per le consulenze non superiore al 20% della spesa effettuata nel 2009

Indicatori di risultato:

- Predisposizione da parte delle Aziende ed Enti del SSR del piano annuale delle consulenze,

<p>Cronoprogramma</p>	<p>nonché, i successivi atti regionali di autorizzazione;</p> <ul style="list-style-type: none"> • Conto economico del 2015 che attesti che la spesa per la consulenza non è superiore al 20% della spesa effettuata nel 2009
<p>Responsabile del procedimento attuativo:</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Dirigente dell'Area Risorse Umane e Formazione

Azione 10.2.14 Gestione del servizio mensa e/o dell'esercizio del diritto alla mensa con modalità sostitutiva (buoni pasto)

Per il biennio 2013-2015, in riferimento all'esercizio del diritto alla mensa, è stata individuata come iniziativa di razionalizzazione la verifica della corretta applicazione dei CCNNL al fine di razionalizzare la spesa e generare maggiori economie.

<p>Risultati programmati:</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Verifica della corretta applicazione dei CCNNL comparto e CCNNL Aree dirigenziali in relazione alle risorse finanziarie disponibili e all'articolazione dell'orario di lavoro; • Elaborazione di linee guida regionali che definiscano criteri uguali per tutte le Aziende per il diritto alla fruizione del servizio mensa. • Predisposizione da parte delle Aziende di un regolamento per la corretta gestione del suddetto diritto ; • Monitoraggio dell'attuazione delle linee guida regionale a livello aziendale.
<p>Indicatori di risultato:</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Avvenuta emanazione delle Linee Guida • Percentuale di Aziende che hanno adottato le linee guida; • Risparmi conseguiti dalle Aziende
<p>Cronoprogramma</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Emanazione linee guida entro il 30/06/2013; • Verifica predisposizione regolamento attuativo aziendale entro 1 mese dall'invio delle linee guida; • Monitoraggio risultati economici conseguiti dalle aziende entro il 31/12/2013
<p>Responsabile del procedimento attuativo:</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Dirigente dell'Area Risorse Umane e Formazione

Azione 10.2.15 razionalizzare i servizi di pagamento delle retribuzioni

L'art. 11 comma 9 del D.L. n. 98/2011, così come modificato dal D.L. 95/2012 prevede che "Al fine di razionalizzare i servizi di pagamento delle retribuzioni di cui all'articolo 1, comma 447, della legge 27 dicembre 2006, n. 296, e all'articolo 2, comma 197, della legge 23 dicembre 2009, n. 191, nonché determinare conseguenti risparmi di spesa, le amministrazioni pubbliche di cui all'articolo 1 del decreto legislativo 30 marzo 2001, n. 165, dal 1° ottobre 2012, stipulano convenzioni con il Ministero dell'economia e delle finanze - Dipartimento dell'amministrazione generale, del personale e dei servizi per la fruizione dei servizi di cui al presente comma, ovvero utilizzano i parametri di qualità e di prezzo previsti nel decreto di cui al quinto periodo del presente comma per l'acquisizione dei medesimi servizi sul mercato di riferimento".

Inoltre il comma 9-ter del medesimo articolo prevede che *“-Il commissario straordinario per la razionalizzazione della spesa per acquisti di beni e servizi, di cui all'articolo 2 del decreto-legge 7 maggio 2012, n. 52, convertito, con modificazioni, dalla legge 6 luglio 2012, n. 94, recante disposizioni urgenti per la razionalizzazione della spesa pubblica, individua le regioni assoggettate al piano di rientro previsto all'articolo 2, commi 77 e 78 della legge 23 dicembre 2009, n. 191 che, unitamente alle strutture sanitarie regionali, sono tenute a utilizzare i servizi pagamento degli stipendi di cui al decreto previsto al comma 9. Il commissario definisce i tempi e le modalita' di migrazione dei servizi.”*

Con nota prot. 214 del 21 agosto 2012 il Commissario straordinario per la razionalizzazione della spesa per acquisti di beni e servizi ha comunicato che la Regione Lazio e le strutture sanitarie facenti parte del SSR sono tenute ad utilizzare i servizi erogati dal Ministero dell'Economia.

Pertanto è necessario avviare un percorso che permetta di giungere alla stipula delle Convenzioni con il mef per dare piena attuazione al disposto di legge; tuttavia, dalle prime sperimentazioni del sistema e dagli incontri giú tenutesi, nei mesi di novembre e dicembre 2012, si è evidenziato come la complessità e la notevole parcellizzazione del sistema contrattuale e stipendiale del SSR determini la necessità di un periodo di sperimentazione e di gestione duplice del sistema di pagamento stipendiale. Tale sperimentazione è necessaria per permettere l'acquisizione del necessario livello di conoscenza e gestione delle peculiarità stipendiali del settore sanitario da parte delle strutture ministeriali e al contempo per permettere a tutte le Aziende ed Enti del SSR di procedere ad un completo ed esaustivo trasferimento di tutti i dati al sistema informatico ministeriale.

Si propone, dunque, di attivare una gestione sperimentale che consenta di portare avanti in parallelo il servizio stipendiale attualmente in uso e quello derivante dalla Convenzione che deve essere stipulata, a norma di legge tra il MEF e ciascuna Azienda del SSR.

Il sistema ministeriale dovrà essere in ambiente di test e gratuitamente per l'Azienda, per il periodo di tempo necessario alla completa implementazione del sistema.

La Regione darà avvio a un gruppo di lavoro con i seguenti compiti:

1. coordinamento delle attività necessarie alla stipula delle Convenzioni;
2. coordinamento delle attività di trasferimento dati;
3. risoluzione di tutte le problematiche e criticità emerse o che potranno emergere nella fase di transizione
4. raccordo con le strutture ministeriali e i singoli uffici delle ASL

RISULTATI PROGRAMMATI:

- definizione del percorso volto all'attuazione della normativa, stipula delle Convenzioni

INDICATORI DI RISULTATO

- individuazione di linee guida per il passaggio alla gestione ministeriale; stipula di almeno 5 Convenzioni entro il 2013 per passare a regime dal 2014

Azione 10.2.16 Compilazione tabelle allegate (Allegati 4 e 5).

Le linee di indirizzo dei programmi operativi 2013 – 2015 , prevedono le seguenti tabelle, quali strumenti di monitoraggio sistematico e continuativo:

- 1) **Tabella A** trasmessa alle aziende del SSR con nota 20705 del 1 febbraio 2013 insieme con le nuove modalità per la compilazione.

Si riportano di seguito gli esiti della ricognizione.

(valori in migliaia di euro)	Totale presenti al 31/12/2004 (1)	Spese per competenze fisse (2)	Spese per competenze accessorie (3)	Totale spese fisse + accessorie (4)=(2)+(3)	IRAP (5)	Spese per contributi a carico dell'azienda (6)	Altre voci di spesa (7)	Totale (8) = (4) + (5) + (6) + (7)
Personale dipendente a tempo indeterminato								
medici	10.565	498.885,47	244.439,87	743.325,34	60.447,07	194.626,84	5.138,90	1.003.538,16
dirigenti non medici	1.972	77.063,76	34.773,43	111.837,20	9.016,57	28.884,88	571,92	150.310,57
personale non dirigente	41.814	890.032,47	220.972,14	1.111.004,61	102.488,19	313.971,51	10.687,27	1.538.151,58
personale contrattista	31	443,21	36,74	479,95	53,60	160,26	2,69	696,50
	-	-	-	-	-	-	-	-
Personale a tempo determinato	-	-	-	45.151,69	3.985,55	13.555,85	298,27	62.779,85
Restante personale	-	-	-	40.604,65	1.596,74	2.640,84	208,12	46.491,84
Totale	54.382	1.466.424,92	500.222,19	2.052.403,45	177.587,72	553.840,18	16.907,18	2.801.968,50
								Totale rimborsi
Indennità De Maria								110.014,10

Si evince un allineamento tra i dati riportati in TAB A, relativo al personale a tempo indeterminato e determinato al netto dell'IRAP con i dati da CE999-2004 come di seguito rappresentati .

Azienda	Tabella A - Valori in €/000			CE 2004 - €/000		Delta - €/000	Note
	Costo totale personale Ti e TD	IRAP	Costo personale Ti e TD al netto IRAP	Costo personale Ti e TD al netto IRAP			
RMA	159.391,71	10.803,29	148.588,43	148.589,00	0,57		
RMB	157.081,15	10.093,14	146.988,01	146.988,00	0,01		
RMC	204.569,00	13.374,00	191.195,00	191.195,00			
RMD	117.378,28	7.330,28	110.048,00	110.048,00			
RME	157.952,77	9.310,55	148.642,22	148.642,00	0,22		
RMF	78.592,14	4.869,23	73.722,91	73.650,00	72,91		
RMG	163.872,00	10.306,00	153.566,00	153.567,00	1,00		
RMH	203.251,50	12.526,55	191.424,95	191.744,00	319,05		
FR	254.919,60	16.148,79	238.770,81	238.767,00	3,81		
LT	184.616,52	11.714,54	172.901,97	174.447,00	1.545,03	Il CE è inclusivo del restante personale	
RI	91.680,56	5.973,15	85.707,41	86.500,00	792,59	Il CE è inclusivo del restante personale. La Tab. A è inclusivo del TFS e dei costi per buoni pasto	
VT	151.291,46	10.103,45	141.188,01	141.188,00	0,01	Il conto economico era sottostimato	
SA	47.148,97	2.841,48	44.307,48	43.648,00	659,48	In Tab. A è riportato anche il costo del TFS, iscritto in contabilità sotto altra voce	
SC	326.532,23	22.384,13	304.148,10	303.285,00	863,10		
SF	107.919,91	6.297,91	101.622,00	101.622,00		In CE non sono iscritte sotto la voce di costo del personale "altre voci di spesa"	
SG	140.436,39	8.795,47	131.640,92	130.663,00	977,92		
a) Totale da CE	2.547.334,20	162.871,98	2.384.462,22	2.384.543,00	80,78		
b) Altri costi	217.193,59	13.711,14	203.482,45	254.971,00	51.488,55	In CE non sono iscritte sotto la voce di costo del personale "altre voci di spesa"	
IFO	61.690,28	3.822,63	57.867,65	57.396,00	471,65		
INMI	27.138,00	1.688,00	25.450,00	25.567,00	117,00		
INRCA	9.051,13	592,13	8.459,00	8.459,00		Il valore riportato nella colonna TAB A è considerato pari a quello già comunicato con nota prot. UB n. 1429 del 5/12/2011	
PTV	22.321,61	1.294,91	21.026,70	23.674,00	2.647,30	In CE non sono iscritte sotto la voce di costo del personale "altre voci di spesa", mentre sono iscritti "Oneri per ferie maturate e non godute" per un valore pari a 851,811 €/0000 e "costi per personale comandato" pari 266.113 €/000 non riportato in TAB. A	
PUI	96.992,56	6.313,47	90.679,10	139.875,00	49.195,90		
c) a)+b) Totale	2.764.527,79	176.583,11	2.587.944,67	2.639.514,00	51.569,33		

Si riporta di seguito la verifica del contenimento della spesa dell'1,4% rispetto al costo del personale anno 2004, nonché dell'ulteriore 1,4% quale effetto trascinarsi degli anni 2005 e 2006 così come indicato nel verbale del Tavolo di verifica del 14 dicembre 2011, sia con riferimento all'anno 2011 che all'anno 2012.

In particolare si propone tale verifica secondo due metodologie:

- **METODOLOGIA A:** utilizzata dai Ministeri affiancanti che confrontano il dato riportato in tab. A 2004 con il corrispondente valore riportato in Tab. B dell'anno X, al netto dei rinnovi contrattuali, intervenuti successivamente all'anno 2004;

- **METODOLOGIA B:** proposta dalla regione Lazio in diverse note dove confronta il costo del personale a tempo indeterminato e determinato, al netto dell'IRAP, così come risultante dalla Tab. A - 2004 (ricompilata secondo il principio della competenza), ridotto delle percentuali previste dalla normativa vigente (1,4%) e dell'effetto trascinamento (ulteriore 1,4%) e incrementato del correttivo "Sant'Andrea", correttivo "medicina penitenziaria" e del correttivo "effetto rinnovi contrattuali", con il valore risultante da CE 999 – Anno X (riferito sempre al personale a tempo indeterminato e determinato al netto di IRAP).

Di seguito si riportano gli elementi necessari per le opportune verifiche, riferite agli anni 2011 e 2012, secondo le due metodologie.

METODOLOGIA A

Si riporta la TAB. B riferita agli anni 2011 e 2012 e le corrispondenti tabelle di verifica del contenimento della spesa in applicazione della Metodologia A. Si precisa che sono in corso ulteriori verifiche sulle modalità di compilazione delle Tab. B 2011 e 2012, in particolare sul rispetto del principio della competenza.

ANNO 2011

	Totale presenti al 31/12/2011 (1)	Spese per competenze fisse (2)	Spese per competenze accessorie (3)	Totale spese fisse + accessorie (4) = (2)+(3)	IRAP (5)	Spese per contributi a carico dell'azienda (6)	Altre voci di spesa (7)	Totale (8) = (4)+(5)+(6)+(7)	di cui derivante dai rinnovi contrattuali intervenuti successivamente	Totale al netto dei rinnovi (10) = (8)-(9)
<i>(valori in migliaia di euro)</i>										
Personale dipendente a tempo indeterminato										
- Medici	9.314	549.234	253.395	802.629	63.434	219.338	2.601	1.088.001	145.086	942.915
- Dirigenti non medici	1.700	88.949	31.542	120.491	9.592	39.319	462	169.864	22.685	147.178
- Personale non dirigente	37.800	961.743	234.476	1.196.219	92.375	317.066	9.665	1.615.325	193.965	1.421.360
- Personale contrattista	29	1.014	19	1.033	56	175	1	1.265	102	1.163
Personale a tempo determinato	2.768	90.337	21.276	116.794	9.138	36.363	744	163.039	15.208	147.831
Restante personale	1.071	37.420	543	39.897	2.790	4.080	53	46.820	163	46.657
Totale	52.682	1.728.696	541.252	2.277.064	177.384	616.341	13.525	3.084.314	377.210	2.707.105
<i>(valori in migliaia di euro)</i>										
Indennità De Maria								Totale rimborsi	di cui derivante dai rinnovi contrattuali intervenuti successivamente all'anno 2004	Totale al netto dei rinnovi
								105.570,09	11.113,90	94.456,19

Tabella di verifica del rispetto del contenimento della spesa anno 2011

	Descrizione	€/000
TAB. A Anno 2004	Totale costo del personale	2.801.968,50
	Totale costo Indennità De Maria al netto dei rinnovi	110.014,10
	Totale costo (A)	2.911.982,60
Riduzioni	Riduzione del 1,4% rispetto al 2004 (B)	40.767,76
	Ulteriore riduzione 1,4% effetti trascinate anni 2005-2006 come specificato nel verbale del 14 dicembre 2011, pag 10 (C)	40.767,76
	Obiettivo contenimento della Spesa (D= A-B-C)	2.830.447,09
TAB. B Anno 2011	Totale costo del personale al netto dei rinnovi (E)	2.707.104,64
	Totale costo Indennità De Maria al netto dei rinnovi (F)	94.456,19
	Totale costo (G)	2.801.560,82
	Delta (D-G)	28.886,27

ANNO 2012

	Totale presenti al 31/12/2012 (1)	Spese per competenze fisse (2)	Spese per competenze accessorie (3)	Totale spese fisse + accessorie (4)=(2)+(3)	IRAP (5)	Spese per contributi a carico dell'azienda (6)	Altre voci di spesa (7)	Totale (8)=(4)+(5)+(6)+(7)	di cui derivante dai rinnovi contrattuali intervenuti successivamente	Totale al netto dei rinnovi (10)=(8)-(9)
<i>(valori in migliaia di euro)</i>										
Personale dipendente a tempo indeterminato										
- Medici	9.055	542.277	222.307	764.584	66.603	206.796	3.260	1.041.243	135.527	905.715
- Dirigenti non medici	1.633	87.691	25.539	113.229	9.729	30.448	333	153.739	21.887	131.853
- Personale non dirigente	36.802	942.578	218.791	1.161.369	98.249	294.491	9.205	1.583.695	184.336	1.399.358
- Personale contrattista	61	341	742	350	30	7.139	59	614	18	596
Personale a tempo determinato	2.539	80.875	18.926	104.587	9.107	22.151	512	143.445	15.820	127.624
Restante personale	1.026	34.183	2.703	38.865	3.528	3.355	34	45.782	142	45.640
Totale	51.116	1.687.944	489.007	2.182.985	187.245	564.380	13.402	2.968.517	357.731	2.610.786
<i>(valori in migliaia di euro)</i>										
Indennità De Maria								Totale rimborsi	di cui derivante dai rinnovi contrattuali intervenuti successivamente all'anno 2004	Totale al netto dei rinnovi
								99.342,89	10.677,70	88.665,20

Tabella di verifica del rispetto del contenimento della spesa anno 2012

	Descrizione	€/000
TAB. A Anno 2004	Totale costo del personale	2.801.968,50
	Totale costo Indennità De Maria al netto dei rinnovi	110.014,10
	Totale costo (A)	2.911.982,60
Riduzioni	Riduzione del 1,4% rispetto al 2004 (B)	40.767,76
	Ulteriore riduzione 1,4% effetti trascinate anni 2005-2006 come specificato nel verbale del 14 dicembre 2011, pag 10 (C)	40.767,76
	Obiettivo contenimento della Spesa (D= A-B-C)	2.830.447,09
TAB. B Anno 2012	Totale costo del personale al netto dei rinnovi (E)	2.610.786,33
	Totale costo Indennità De Maria al netto dei rinnovi (F)	88.665,20
	Totale costo (G)	2.699.451,53
	Delta (D-G)	130.995,56

METODOLOGIA B

Il seguente prospetto di sintesi riporta i valori a supporto della verifica secondo la metodologia B.

		Piano di Rientro 2007 pag. 147 e 148	Relazione 2011 prot. UB 1429 del 6/12/2011, dati da CE 2004 e s.m.i.	Dati da Tab. A - 2004 ricostruita secondo il principio competenza vs CE 2011	Dati da Tab. A - 2004 ricostruita secondo il principio competenza vs CE 2012
A	CE 999	2350	2385	2.384,46	2.384,46
B	ULTERIORI COSTI	329	206,0	203,48	203,48
	di cui I.F.O., I.N.R.C.A., I.N.M.I (1)	91	91	92	91,78
	di cui PUI e PTV (1)	238	114	111,71	111,71
A+B	TOTALE	2679	2590	2.587,94	2.587,94
	COSTO DEL PERSONALE UNIVERSITARIO RENDICONTATO DAL PUI TRA I COSTI DEL PERSONALE DIPENDENTE	0	49,2	49,20	49,20
	TOTALE PARZIALE	2679	2639,2	2.637,14	2.637,14
	Riduzione del 1,4% rispetto al 2004	-37,5	-36,9	-36,92	-36,92
	Ulteriore riduzione 1,4% effetti trascinamento anni 2005-2006 come specificato nel verbale del 14 dicembre 2011, pag 10	-37,5	-37,5	-37,50	-37,50
	TOTALE PARZIALE	2604	2.564,8	2.562,72	2.562,72
	CORRETTIVO SANT'ANDREA (2)	45	45	45	45,00
	CORRETTIVO MEDICINA PENITENZIARIA - VALORE DELLA DELIBERA CIPE(3)	18	18	18	18,00
	(4) CORRETTIVO PER EFFETTO RINNOVI CONTRATTUALI FONTE TAB. B - personale dipendente	375	375	377,21	357,73
	(4) CORRETTIVO PER EFFETTO RINNOVI CONTRATTUALI FONTE TAB. B - Indennità de Maria				10,68
C	TOTALE COSTO OBIETTIVO CON CORRETTIVI	3.042	3002,8	3.002,93	2.994,13
D	Costo del Personale dipendente fonte CE			2.930,61	2.823,03
	Indennità De Maria area non sanitaria				12,02
	Indennità De Maria area sanitaria				13,687
E	Totale costo			2.930,61	2.848,74
C-E	Delta - inclusivo INRCA vs PDR (aggiornato)			72,32	145,39

Dalle tabelle su riportate, si evince che, indipendente dalle metodologie adottate, per gli anni 2011 e 2012 si rispetta l'obiettivo del contenimento della spesa.

- 2) Si rimanda all'allegato 3 per le ulteriori tabelle sul personale allegare alle linee guida ministeriali

Valorizzazione Programma 10: Gestione del personale

Intervento 10.1: Gestione del personale

Azioni 10.1.1: Attivazione sblocco del turn over e politiche di reclutamento del personale del SSR per gli anni 2013-2015

L'azione 10.1.1 individua l'attivazione dello sblocco del turn over per gli anni 2013-2015 con deroghe pari al 10% dei cessati dell'anno precedente,

Il dato dei cessati 2012 è stato raccolto mediante un monitoraggio attivato con nota prot. n. 3202 dell'8 gennaio 2013 dal quale è risultato quanto descritto nella tabella seguente:

Qualifica	2012*		2013		2014		2015	
	Cessati	Assunti	Cessati	Assunti	Cessati	Assunti	Cessati	Assunti
MEDICO	354	71	254	25	246	25	239	24
SPTA	62	3	47	5	45	5	44	4
COMPARTO	1.138	43	1.063	106	1.032	103	1.001	100
TOTALE	1.554	117	1.364	136	1.323	132	1.284	128

Ai fini del calcolo delle cessazioni per gli anni 2013-2015, si è ipotizzato di proiettare su questi anni la percentuale media di cessazione degli anni 2005-2011, anni per i quali si dispone di dati di dettaglio nel Conto Annuale (Tabella 1 e Tabella 5), pari a circa il 3% dei presenti al 31/12 di ogni anno.

Dai cessati e dagli assunti è stato depurato il dato relativo alla mobilità intra-Regione del personale cessato perché trasferito in altre Amministrazioni dello stesso comparto in seguito a processi di mobilità, accorpamenti e passaggi di distretti tra ASL, per quanto esposto dalle Aziende in Tabella 5 del Conto Annuale.

Considerando inoltre nel calcolo anche l'impatto degli oneri sociali a carico dell'Amministrazione, pari a circa il 27% del costo del lavoro, si determinano i valori medi riportati nella seguente tabella:

Costo medio annuo da Conto Annuale 2011	
Qualifica	CMA (Euro)
MEDICO	108.664,00
SPTA	94.656,00
COMPARTO	37.119,00

Qualifica	2012	2013	2014	2015
MEDICO	30.751.940,61	24.806.384,32	24.069.634,71	23.354.766,55
SPTA	5.584.717,01	3.963.918,55	3.846.190,16	3.731.958,32
COMPARTO	40.645.242,81	35.522.383,22	34.467.368,44	33.443.687,59
TOTALE	76.981.900,43	64.292.686,08	62.383.193,31	60.530.412,47
Valorizzazione 2012	38.490.950,21	38.490.950,21		
Valorizzazione 2013		32.146.343,04	32.146.343,04	
Valorizzazione 2014			31.191.596,65	31.191.596,65
Valorizzazione 2015				30.265.206,23
TOTALE MANOVRA Blocco TO al 90%	38.490.950,21	70.637.293,26	63.337.939,69	61.456.802,89

La manovra:

- rispetto al tendenziale per il 2013 ammonterà quindi a circa 70.6 €/mln;
- rispetto al tendenziale 2014, i risparmi conseguibili saranno pari a 133.9 €/mln;
- rispetto al tendenziale 2015, i risparmi conseguibili saranno pari a 195.4 €/mln.

La manovra sul personale avrà effetti anche sul costo sostenuto per l'IRAP, che applicando l'aliquota di imposta pari all'8,55% sul risparmio potenziale derivante dalle azioni esposte nel presente programma, porterebbe ad un ulteriore risparmio di:

IRAP (8,55% DELLA MANOVRA)	2013	2014	2015
■ Totale	6.039.488,57	5.415.393,84	5.254.556,65

Complessivamente l'intervento sul contenimento della spesa per il personale determinerà una manovra di risparmio di 76,6 €/mln rispetto al tendenziale 2013, una manovra complessiva di 145.4 €/mln rispetto al tendenziale 2014 e una manovra complessiva di 212.1 €/mln rispetto al tendenziale 2015.

Intervento 10.2: Gestione del personale

Azione 10.2.13 Consulenze (sanitarie e non sanitarie)

Come già esposto nel programma, a partire dall'anno 2013 e con il raggiungimento dell'obiettivo previsto per il 2015, la spesa annua per incarichi di consulenza non sanitaria dovrà essere ridotta del 80% rispetto a quella sostenuta nell'anno 2009 in relazione a quanto stabilito dal D.L. 78/2010 art. 6, comma 7; mentre si ritiene che la spesa per consulenze sanitarie dovrà essere ridotta del 50% rispetto a quella sostenuta nell'anno 2009 in virtù del fatto che tali prestazioni concorrono all'erogazione dei Livelli essenziali di assistenza. Già nel 2011 e 2012, c'è stata una diminuzione di tale spesa rispetto all'anno di riferimento, 2009, ma non tale da consentire il raggiungimento dell'obiettivo previsto.

L'andamento della spesa è stato il seguente:

Consulenze	Importo 2009	Importo 2011	Importo 2012	Obiettivo	delta rispetto al 2012
Costo cons. non sanitarie	14.135,16	16.271,00	12.376,00	2.827,03	9.548,97
Costo cons. sanitarie	64.246,05	59.544,00	57.678,00	32.123,02	25.554,98
	78.381,21	75.815,00	70.054,00	34.950,06	35.103,94

Immaginando di prevedere una graduale riduzione delle consulenze sia sanitarie che non sanitarie, abbiamo ipotizzato i seguenti obiettivi da raggiungere nei tre anni 2013-2015:

Consulenze	Importo 2012	Importo 2013	Importo 2014	Importo 2015
Costo cons. non sanitarie -80%	12.376,00	10.519,60	7.363,72	2.827,03
Costo cons. sanitarie 2009 -50%	57.678,00	54.794,10	46.574,99	32.123,02
	70.054,00	65.313,70	53.938,71	34.950,06

Risparmio	risparmio 2013	risparmio 2014	risparmio 2015
Costo cons. non sanitarie -80%	1.856,40	3.155,88	4.536,69
Costo cons. sanitarie -50%	2.883,90	8.219,12	14.451,96
	4.740,30	11.375,00	18.988,65

Affinché il dato sia verificabile trimestralmente dalle risultanze delle singole aziende sanitarie si riepilogano i conti presi in considerazione per il raggruppamento:

ID	CONTO ECONOMICO
BA1370	Consulenze sanitarie e socio-sanitarie da terzi - Altri soggetti pubblici
BA1390	Consulenze sanitarie da privato - Articolo 55, comma 2, CCNL 8 giugno 2000
BA1400	Altre consulenze sanitarie e socio-sanitarie da privato
BA1440	Altre collaborazioni e prestazioni di lavoro - Area sanitaria
BA1470	Rimborso oneri stipendiali personale sanitario in comando da Regioni, soggetti pubblici e da Università
BA1480	Rimborso oneri stipendiali personale sanitario in comando da Aziende di altre Regioni (extra Regione)
B3.3c.1	Consulenze - Personale Non Dipendente Sanitario
BA1770	Consulenze non sanitarie da Terzi - Altri soggetti pubblici
BA1790	Consulenze non sanitarie da privato
BA1830	Altre collaborazioni e prestazioni di lavoro - Area non sanitaria
BA1860	Rimborso oneri stipendiali personale non sanitario in comando da Regione, soggetti pubblici e da Università
BA1870	Rimborso oneri stipendiali personale non sanitario in comando da Aziende di altre Regioni (extra Regione)
B3.3c.2	Consulenze - Personale Non Dipendente Non Sanitario
B3.3c	Consulenze

Non sono state prese in considerazione le voci relative al:

- Lavoro interinale;
- Collaborazioni Coord. e continuative;
- Indennità al personale Universitario

Intervento 10.2: Gestione del personale

Azione 10.2.13 Atti Aziendali

L'approvazione dei nuovi atti aziendali (con le riduzioni di UOC e UOS sopra ipotizzate) porterà ad una rideterminazione dei fondi contrattuali (tale da assicurare l'invarianza degli attuali trattamenti economici), l'azione potrebbe generare risparmi quantificabili approssimativamente in 16.5 milioni di euro.

La stima è stata effettuata tenendo conto dei seguenti elementi:

- I nuovi atti aziendali prevedono una riduzione di 401 UOC ospedaliere, 825 UOS ospedaliere, 220 UOC non ospedaliere e 785 UOS non ospedaliere;
- I titolari di UOC che perderanno l'incarico non godranno più dell'indennità di struttura complessa (il cui ammontare varia a seconda del comparto di appartenenza) e godranno di un'indennità di posizione più bassa (il differenziale dipende dal comparto di appartenenza);
- Analoga considerazione può essere fatta per i titolari di UOS che perderanno l'incarico;
- Ai fini della stima è stata considerata un'indennità media tra quelle applicabili ai vari comparti.

Il risparmio potenziale può aumentare in considerazione di variabili allo stato impossibili da prevedere.

Unità	Riduzione	Indennità di struttura annua (valore medio)	Risparmio presunto su indennità di struttura TOTALE ANNO	Risparmio minimo Indennità di posizione (valore medio) cadauno	Risparmio totale indennità di posizione TOTALE ANNO	Totale Risparmio
Unità complesse sanitarie	-421	€ 10.218,00	€ 4.301.778,00	€ 5.000,00	€ 2.105.000,00	€ 6.406.778,00
Unità complesse non sanitarie	-220	€ 10.218,00	€ 2.247.960,00	€ 5.000,00	€ 1.100.000,00	€ 3.347.960,00
Unità semplici non sanitarie	-785			€ 3.220,71	€ 2.528.257,35	€ 2.528.257,35
Unità semplici sanitarie	-825			€ 5.038,00	€ 4.156.350,00	€ 4.156.350,00
TOTALE	-2251		€ 6.549.738,00		€ 9.889.607,35	€ 16.439.345,35

4. Area “Livelli Essenziali di assistenza”

4.1. “Prevenzione”

Programma 11 – Sanità pubblica

Il programma, secondo le linee di indirizzo ministeriali, deve realizzare i seguenti obiettivi:

- azioni coerenti con il Programma nazionale di Prevenzione;
- qualificazione dei Programmi di screening (oncologici, malattie infettive, etc.) e adeguamento degli screening aziendali agli standard nazionali;
- prevenzione negli ambienti di vita e di lavoro.

Intervento 11.1: azioni coerenti con il Programma nazionale di Prevenzione;

Il Piano Regionale della Prevenzione 2010 – 2012 della Regione Lazio è stato elaborato in base alle indicazioni programmatiche del Piano Nazionale della Prevenzione 2010 – 2012 (Intesa del 29 aprile 2010 in sede di Conferenza Stato-Regioni).

Il PNP 2010 - 2012 prevede quattro macro aree di intervento: la medicina predittiva, i programmi di prevenzione collettiva, i programmi di prevenzione rivolti a gruppi di popolazione a rischio e i programmi volti a prevenire complicanze e recidive di malattia. Ciascuna macro area include una serie di linee progettuali.

Il Piano Regionale della Prevenzione 2010 – 2012 (PRP) della Regione Lazio, approvato con DGR n. 577/2010, DGR n.613/2010 e s.m.i., si articola in n. 22 linee di intervento, come sintetizzato nello schema allegato.

L’approvazione definitiva del PRP, come previsto nella citata Intesa, è avvenuta da parte del Ministero della Salute in data 27 maggio 2011 (verifica del rispetto dei prerequisiti previsti dall’Intesa e della coerenza con i criteri di correttezza metodologica e contenutistica).

In riferimento alle attività del PRP svolte nell’anno 2011, Il Ministero della Salute, DG Prevenzione, con nota del 26 luglio 2012, ha comunicato il giudizio positivo, certificando “per la Regione Lazio il raggiungimento dell’adempimento LEA, relativo al Piano nazionale della prevenzione 2010 – 2012, di cui all’intesa Stato Regioni 29 aprile 2010”.

Entro il 30 marzo 2013, le Regioni dovranno trasmettere al Ministero della Salute la documentazione delle attività ai fini della certificazione dei Piani Regionale della Prevenzione per l’ultima annualità vigente (anno 2012).

Nel corso del 2012 è stata avanzata, nell’ambito del CIP – Coordinamento Interregionale della Prevenzione, una bozza di Intesa da proporre in sede di Conferenza Stato Regioni ai fini della proroga della vigenza del PRP per il biennio 2013 – 2014. Tale soluzione non ha avuto esito positivo.

Nella seduta della Conferenza Stato-Regioni del 7 febbraio 2013 è stato sancito l’Accordo tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano recante la proroga al 31 dicembre 2013 del Piano nazionale per la prevenzione per gli anni 2010-2012.

A seguito dell’Accordo del 7 febbraio 2013 ciascuna regione ha la possibilità di procedere alla riprogrammazione dei propri Piani regionali di prevenzione (PRP), operando una serie di scelte, tra cui:

- aggiornamento del quadro strategico con riguardo a nuove proposte progettuali;
- inclusione di nuovi progetti;

- eventuale eliminazione di uno o più progetti;
- mantenimento tal quale dei progetti del PRP 2010 – 2012, ma con l'indicazione del valore atteso degli obiettivi al 31 dicembre 2013;
- rimodulazione della struttura dei progetti del PRP (obiettivi specifici, risultati attesi, target).

Inoltre, l'Accordo prevede l'avvio dei lavori per l'elaborazione del nuovo Piano nazionale della prevenzione per il quinquennio 2014 – 2018.

A seguito della sottoscrizione del citato Accordo Stato Regioni, la Regione Lazio si propone di avviare nell'immediato le attività di parziale rimodulazione del PRP per la corrente annualità 2013, nonché di attivare, nel medio periodo, un lavoro di approfondimento e riflessione ai fini della nuova programmazione (quinquennio 2014 – 2018).

In particolare, con riferimento al 2013 si prevede di avviare nell'immediato le attività di parziale rimodulazione del PRP secondo le seguenti indicazioni:

- conferma del Quadro Operativo del PRP 2010 – 2012 e quindi delle n. 22 linee progettuali (tranne alcune eventuali eccezioni);
- aggiornamento dei risultati previsti al 31 dicembre 2013 e dei relativi indicatori;
- sostituzione o ridefinizione degli indicatori i cui valori attesi risultino non raggiungibili (ad es. le stampe) e riduzione del numero degli indicatori laddove ritenuto eccessivo.

Pertanto, per motivi legati alla oggettiva ristrettezza dei tempi si rende necessario garantire, nel complesso, la continuità delle linee progettuali del PRP, operando una attenta verifica delle attività e dei risultati raggiungibili e, di conseguenza, l'eventuale ridefinizione degli indicatori al 31 dicembre 2013.

A tale scopo il Coordinamento regionale coinvolgerà tutti i soggetti interessati, tra cui i Referenti regionali di progetto che saranno chiamati a elaborare, per la sola annualità 2013, l'aggiornamento delle rispettive linee progettuali per consentire al Tavolo tecnico di progettazione del PRP di predisporre il testo aggiornato del Quadro operativo del PRP 2013.

Con riferimento alla nuova programmazione del PRP per il quinquennio 2014 – 2018, si prevede di avviare nel corso del corrente anno le attività e gli atti funzionali a tale scopo, in stretta collaborazione con le indicazioni Ministeriali e in collegamento con il CIP – Coordinamento Interregionale della Prevenzione.

In ambito regionale sarà avviata una seria riflessione in materia di prevenzione, coinvolgendo la rete dei soggetti attivi del PRP (referenti regionali, coordinatori aziendali, ASL, ecc.), garantendo la partecipazione attiva a tutte le iniziative messe in campo ai vari livelli (nazionale, regionale, territoriale, ecc.). La nuova programmazione del PRP 2014 – 2018 pertanto sarà il risultato della collaborazione di una molteplicità di soggetti adeguatamente coordinati al livello regionale.

La Regione Lazio si impegna a rispettare le procedure e modalità che saranno indicate al livello nazionale ed a emanare tutti gli atti che si renderanno necessari.

Con riferimento al PRP 2013 si rimanda al Quadro Strategico del PRP 2010 – 2012.

Con riferimento alla nuova programmazione PRP 2014 – 2018, l'attuale Quadro strategico sarà oggetto di aggiornamento.

Risultati programmati

- Riformulazione del PRP Regione Lazio per l'annualità 2013
- Avvio della nuova progettazione del PRP annualità 2014 – 2018, contestualmente alle attività connesse al PNP in sede CIP – Coordinamento Interregionale Prevenzione e Ministero della Salute
- Attuazione delle linee progettuali del PRP da parte delle ASL
- Predisposizione e coordinamento delle attività connesse alla rimodulazione del PRP al 31 dicembre 2013 ed alla nuova programmazione per il quinquennio 2014 -2018.
- Condivisione della nuova programmazione e predisposizione degli atti.
- Coordinamento operativo del Piano regionale della prevenzione: assistenza e supporto alle ASL, ai referenti regionali e ai soggetti interessati ai fini dello svolgimento delle attività e del raggiungimento dei risultati.
- Verifica delle attività PRP svolte dalle ASL anche ai fini della certificazione ministeriale.

Indicatori di risultato

- Predisposizione della Proposta di DGR e/o Decreto ai fini della rimodulazione del PRP Annualità 2013.
- Predisposizione della Proposta di DGR e/o Decreto ai fini della nuova progettazione quinquennale del PRP.

Cronoprogramma

- Entro il 30 giugno 2013 definizione della nuova formulazione del PRP per l'annualità 2013.
- Entro il 31 dicembre 2014 avvio della Progettazione del nuovo PRP annualità 2014 – 2018.
- Entro il primo trimestre di ciascun anno rilevazione dello stato di attuazione del PRP ai fini della certificazione ministeriale.

Responsabile del procedimento attuativo:

- Dirigente Area Promozione della Salute e Screening

Intervento 11.2: qualificazione dei Programmi di screening (oncologici, malattie infettive, etc.) e adeguamento degli screening aziendali agli standard nazionali;

I Programmi di screening oncologici sono inseriti a tutti gli effetti nel Piano Regionale della Prevenzione della Regione Lazio (PRP 2010 - 2012), approvato con DGR n. 577/2010, DGR n.613/2010 e s.m.i.

Il PRP, elaborato in base alle indicazioni programmatiche del Piano Nazionale della Prevenzione 2010 – 2012 (Intesa del 29 aprile 2010 in sede di Conferenza Stato-Regioni), si articola in n. 22 linee di intervento.

I Programmi di screening oncologici fanno riferimento alle linee progettuali 3.1.1 e 3.1.2, come illustrato nel seguente prospetto:

Macroarea	Linea di intervento	Identificativo	Titolo
Prevenzione popolazione a rischio	3.1 Tumori e screening	3.1.1	Consolidamento e qualificazione dei programmi di screening organizzati
	3.1 Tumori e screening	3.1.2	Innovazione tecnologica PS su mammella, cervice uterina e colon-retto

Nella seduta della Conferenza Stato-Regioni del 7 febbraio 2013 è stato sancito l'Accordo tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano recante la proroga al 31 dicembre 2013 del Piano nazionale per la prevenzione per gli anni 2010-2012.

A seguito di tale Accordo ciascuna regione ha la possibilità – per l'annualità 2013 - di procedere alla eventuale rimodulazione del PRP, operando una serie di scelte, tra cui l'inclusione di nuovi progetti, l'eliminazione o rimodulazione di alcune linee d'intervento, la ridefinizione dei risultati attesi e degli indicatori.

Inoltre, l'Accordo citato prevede l'avvio dei lavori per l'elaborazione del nuovo Piano nazionale della prevenzione per il quinquennio 2014 – 2018.

Con riferimento ai Programmi di screening oncologici la Regione Lazio intende procedere alla valorizzazione e al consolidamento di tali attività.

Con riguardo al corrente anno 2013 la Regione intende confermare nel complesso l'attuale programmazione delle attività già previste nel PRP 2010 - 2012 di cui alle linee progettuali 3.1.1 e 3.1.2.

In relazione alla nuova programmazione del PRP 2014 – 2018 ed in seguito a un attento lavoro di valutazione su obiettivi raggiunti e criticità riscontrate nell'attuazione del PRP 2010-2012, la Regione Lazio - in collaborazione con ASP LazioSanità e con le AASSLL - intende avviare una serie di interventi mirati al miglioramento e al consolidamento dei programmi di screening, in linea con le indicazioni Ministeriali.

Risultati programmati

- Consolidamento dei programmi di screening oncologici, in linea con le indicazioni Ministeriali e mantenimento degli standard di qualità dei percorsi organizzati.
- Favorire la partecipazione della popolazione target ai programmi di screening.
- Promozione del coinvolgimento e partecipazione dei soggetti fragili mediante nuovi modelli organizzativi e la creazione di reti di collegamento tra servizi, associazioni e soggetti interessati.
- Miglioramento dell'efficienza dei Numeri Verdi Aziendali e della comunicazione lungo tutto il percorso di screening.
- Introduzione di un sistema di audit per la valutazione dei programmi di screening per il miglioramento della qualità dei percorsi offerti
- Censimento dei centri territoriali di afferenza dei soggetti immigrati o a disagio sociale; organizzazione di incontri e iniziative informative presso i centri di aggregazione; predisposizione e divulgazione di materiale informativo in lingua.
- In ambito ASL analisi organizzativa dei numeri verdi aziendali; utilizzo del Manuale (ASP) per gli operatori del numero verde; iniziative di corretta comunicazione sugli screening oncologici.
- Elaborazione e utilizzo dei dati di screening per singole ASL - Sistema Informativo regionale - ai fini della valutazione della performance sui percorsi organizzati, in raffronto ai dati nazionali (progetto DWH)

- individuazione di una funzione regionale dedicata alla governance dell'attuazione del Programma Operativo.
- Predisposizione e coordinamento delle attività connesse alla rimodulazione dei programmi di screening anche nell'ambito della riprogrammazione PRP al 31 dicembre 2013 e per il quinquennio 2014 - 2018.
- Condivisione della nuova programmazione e predisposizione degli atti di competenza.
- Coordinamento operativo: assistenza e supporto alle ASL, ai referenti regionali e ai soggetti interessati ai fini dello svolgimento delle attività e del raggiungimento dei risultati.
- Verifica delle attività svolte dalle ASL.

Indicatori di risultato

- Condivisione, partecipazione e realizzazione da parte di tutte ASL delle attività relative ai Programmi di screening (obiettivi, azioni, risultati).
- Attuazione da parte delle ASL del censimento dei centri territoriali di afferenza dei soggetti immigrati o a disagio sociale; relazionare sulla organizzazione di incontri e iniziative informative presso i centri di aggregazione svolti nel territorio.
- Disposizione e verifica da parte delle ASL dell'utilizzo del Manuale (ASP) per gli operatori del numero verde; svolgere iniziative di corretta comunicazione sugli screening oncologici.
- Fornitura da parte delle ASL dei dati al Sistema Informativo regionale ai fini della valutazione della performance sui percorsi organizzati.
- Collaborazione e partecipazione della ASL al programma di audit sugli screening.

Cronoprogramma

- Entro il 30 giugno 2013 proposta di DGR/Decreto sulla rimodulazione dei programmi di screening nell'ambito del PRP annualità 2013.
- Entro il 31 dicembre 2014 proposta di DGR/Decreto sulla nuova programmazione dei programmi di screening nell'ambito del PRP annualità 2014 - 2018.
- Entro il 31 marzo 2014 ricognizione e verifica sullo stato di avanzamento dei programmi di screening annualità 2013 (attività delle ASL e ASP)

Responsabile del procedimento attuativo:

- Dirigente Area Promozione della Salute e Screening

Intervento 11.3: prevenzione negli ambienti di vita e di lavoro

Nella Regione Lazio sono presenti, considerando i presidi presenti nelle 12 AUSL e le Aziende ospedaliere, circa 60 presidi ospedalieri, distribuiti su 54 distretti territoriali. A questi vanno aggiunte le strutture pubbliche degli IRCCS, dei Policlinici universitari nonché l'azienda ARES-118. L'adozione di Sistemi di Gestione della Sicurezza nei luoghi di lavoro (SGSL) nelle Aziende sanitarie pubbliche, fermo restando il rispetto delle norme di legge, si propone di:

- migliorare la gestione della salute e sicurezza sul lavoro (SSL) come parte integrante della gestione generale dell'azienda
- ridurre progressivamente i costi complessivi della Sicurezza nei luoghi di lavoro, minimizzando i rischi cui possono essere esposti i dipendenti o i terzi (utenti, visitatori, fornitori, ecc.);

L'INAIL premia con uno "sconto" denominato "oscillazione per prevenzione", ossia con la riduzione del tasso di premio applicabile, l'azienda che, se operativa da almeno un biennio, attui interventi per il miglioramento delle condizioni di sicurezza e di igiene nei luoghi di lavoro, in aggiunta a quelli minimi previsti dalla normativa in materia (D.Lgs. 81/2008). In base al DM 3.12.2010 la riduzione di tasso è riconosciuta in misura fissa, in relazione al numero dei

lavoratori/anno del periodo. Per le aziende sanitarie, per le quali si presume un numero di lavoratori/anno superiore a 500, la riduzione del premio è del 7%

Fra gli interventi di prevenzione previsti per l'accesso ai benefici in oggetto rientra "l'implementazione o mantenimento di un sistema di gestione della salute e sicurezza sul lavoro (SGSL)".

OBIETTIVI

- obiettivo generale: definire e adottare, all'interno di ciascuna azienda sanitaria pubblica, il modello di SGSL secondo gli indirizzi regionali;
- obiettivi specifici per ciascuna azienda sanitaria:
- aderire formale al progetto regionale in atto con INAIL in materia;
- richiedere all'INAIL, una volta a regime, l'accesso ai benefici di cui al Decreto Ministeriale 3 dicembre 2010.

RISULTATI PROGRAMMATI

- Individuazione e elaborazione delle procedure aziendali;
- Sperimentazione delle procedure;
- Produzione manuale del sistema di gestione della sicurezza aziendale;
- Funzionamento a regime del SGSL;
- Accesso ai benefici di cui al Decreto Ministeriale 3 dicembre 2010.

AZIONI:

- contestualizzazione delle procedure definite nel modello regionale in ciascuna azienda sanitaria;
- formazione del personale dedicato
- valorizzazione economica dei benefici derivanti dall'adozione dei SGSL

INDICATORI DI RISULTATO

Attività	Indicatore di risultato	Valore atteso
Individuazione e elaborazione delle procedure aziendali	procedure definite in ciascuna azienda	SI
Sperimentazione delle procedure	Report finale	SI
Produzione manuale del sistema di gestione della sicurezza aziendale	Manuale prodotto	SI
Funzionamento a regime del SGSL	Relazione di avvio del sistema da parte del DG	SI
Accesso ai benefici di cui al Decreto Ministeriale 3 dicembre 2010	Domanda presentata all'INAIL	SI

Cronoprogramma

CRONOGRAMMA In trimestri	2013		2014				2015			
Attività	III	IV	I	II	III	IV	I	II	III	IV
Individuazione e elaborazione delle procedure aziendali										
Sperimentazione delle procedure										
Produzione manuale del sistema di gestione della sicurezza aziendale										
Funzionamento a regime del SGSL										
Accesso ai benefici di cui al DM 3 dicembre 2010										

RESPONSABILE DEL PROCEDIMENTO ATTUATIVO:

- Dirigente Area Sicurezza nei Luoghi di Lavoro

Azione 11.3.1 Adempimenti Lea

Il contesto produttivo regionale, caratterizzato dalla presenza sul territorio di micro e piccole-medie imprese frammentate sul territorio, pone problemi specifici per l'attuazione delle misure per la salute di chi lavora.

I dati di incidenza degli infortuni e delle malattie da lavoro confermano la necessità di mantenere e sviluppare le azioni di prevenzione e vigilanza nei luoghi di lavoro

Il DPCM 17 dicembre 2007 - Esecuzione accordo 1 agosto 2007, recante "Patto per la tutela della salute e prevenzione nei luoghi di lavoro" - individua, ai fini del raggiungimento del LEA, la quota di attività di vigilanza per ogni Regione nella misura del 5% di aziende vigilate sul totale delle aziende del territorio.

Gli indirizzi nazionali, ripresi anche come obiettivi del Piano Nazionale di Prevenzione (PNP), individuano ambiti prioritari di intervento nel settore dell'edilizia e dall'agricoltura, insieme a quello delle malattie professionali da esposizione ad agenti cancerogeni e patologie muscolo-scheletriche.

obiettivo generale: realizzare, da parte di ciascuna azienda USL, le attività di prevenzione e vigilanza tali da assicurare il raggiungimento del LEA sulla salute e sicurezza sul lavoro, in coerenza con gli ambiti di riferimento nazionale;

obiettivi specifici per ciascuna azienda sanitaria:

- Attuare il Piano Nazionale di Prevenzione nel comparto edilizia;
- Attuare il Piano Nazionale di Prevenzione nel comparto agricoltura;
- Attuare le azioni previste per la prevenzione e vigilanza sulle malattie da lavoro;
- azioni (per ciascuna AUSL):
- realizzazione di piani di prevenzione e vigilanza nel comparto edilizia conformi alle indicazioni di programmazione regionale;
- realizzazione di piani di prevenzione e vigilanza nel comparto edilizia conformi alle indicazioni di programmazione regionale;
- realizzazione di piani di prevenzione e vigilanza sulle malattie da lavoro
- tempi di attuazione: 2013-2015
- impatti economico- finanziari: Ricaduta positiva sulle quote di finanziamento alla Regione legate all'attuazione dei LEA e del PNP

Risultati programmati

- Raggiungimento del LEA;
- Raggiungimento obiettivi specifici PNP.

INDICATORI DI RISULTATO

Attività	Indicatore di risultato	Valore atteso
Realizzazione di piani di prevenzione e vigilanza nel comparto edilizia conformi alle indicazioni di programmazione regionale	n. AUSL che realizzano il piano/n. AUSL regionali	12/12
Realizzazione di piani di prevenzione e vigilanza nel comparto edilizia conformi alle indicazioni di programmazione regionale	n. AUSL che realizzano il piano/n. AUSL regionali	8/12*
Realizzazione di piani di prevenzione e vigilanza sulle malattie da lavoro	n. AUSL che realizzano il piano/n. AUSL regionali	12/12

* ESCLUSE AUSL RMA, RMB, RMC, RME CHE, PER CARATTERISTICHE TERRITORIALI, NON HANNO INCIDENZA DI RISCHI NEL

COMPARTO AGRICOLTURA**Cronoprogramma**

CRONOGRAMMA In trimestri	2013		2014				2015			
	III	IV	I	II	III	IV	I	II	III	IV
Attività										
Realizzazione di piani di prevenzione e vigilanza nel comparto edilizia conformi alle indicazioni di programmazione regionale										
Realizzazione di piani di prevenzione e vigilanza nel comparto edilizia conformi alle indicazioni di programmazione regionale										
Realizzazione di piani di prevenzione e vigilanza sulle malattie da lavoro										
Realizzazione di piani di prevenzione e vigilanza nel comparto edilizia conformi alle indicazioni di programmazione regionale										

Responsabile del procedimento attuativo:

- Dirigente Area Sicurezza nei Luoghi di Lavoro

Proposta PO 2013-2014

Programma 12 - Sanità Veterinaria e Sicurezza Alimentare

Il programma, secondo le linee di indirizzo ministeriali, deve realizzare i seguenti obiettivi:

- riorganizzazione e riqualificazione del “nodo” regionale;
- coerenza delle linee di attività programmate a livello regionale con quelle riportate nel Piano Nazionale Integrato 2011-2014;
- definizione di un piano regionale integrato dei controlli ufficiali, o il suo eventuale aggiornamento con tutte le linee di attività previste dalla pianificazione nazionale;
- miglioramento della rete dei laboratori, con ampliamento del bacino di metodiche accreditate a supporto delle attività regionali di controllo ufficiale, riducendo l’aggravio sui soggetti extraregionali;
- assegnazione di obiettivi ai Direttori Generali delle Aziende Sanitarie Locali, con ribaltamento a cascata su tutta la struttura operativa;
- adozione e attuazione di un sistema di audit sulle Autorità Competenti, nonché implementazione di piano di formazione per le stesse, che investa tutti gli attori del controllo ufficiale, sul pacchetto igiene.

Il Contesto

La Regione Lazio è tra le più popolate regioni italiane (n. abitanti 5.502.886 - dato dell’ultimo censimento 2011 -) e presenta un tessuto produttivo che nell’ambito del settore agroalimentare risulta complesso e notevolmente esteso. Il controllo sulla filiera agroalimentare è assicurato dai Servizi di Sanità pubblica veterinaria e dai Servizi Igiene degli alimenti e della nutrizione

La Sanità Pubblica Veterinaria (SPV)

La SPV concorre a garantire ai cittadini la salubrità dei cibi prodotti, commercializzati e somministrati, a prevenire le malattie animali, limitando i fattori di rischio per la salute umana ed infine a tutelare il benessere sia degli animali d’affezione che di quello d’allevamento.

Dalla programmazione dei piani sorveglianza delle popolazioni animali alla gestione delle emergenze sanitarie che non di rado interessano il settore zootecnico (Afta epizootica, BSE, Influenza Aviaria) al controllo delle fasi di produzione, commercializzazione e somministrazione degli alimenti, per arrivare alla prevenzione del randagismo: queste le attività più rilevanti per le quali l’Area Sanità Veterinaria offre alle Aziende Sanitarie Locali un adeguato supporto in termini di coordinamento e programmazione.

I Servizi veterinari delle Aziende Sanitarie Locali operano nell’ambito del Dipartimento di Prevenzione secondo la articolazione funzionale prevista dal D.Lgs 502/92.

IL CONTROLLO IN ALLEVAMENTO

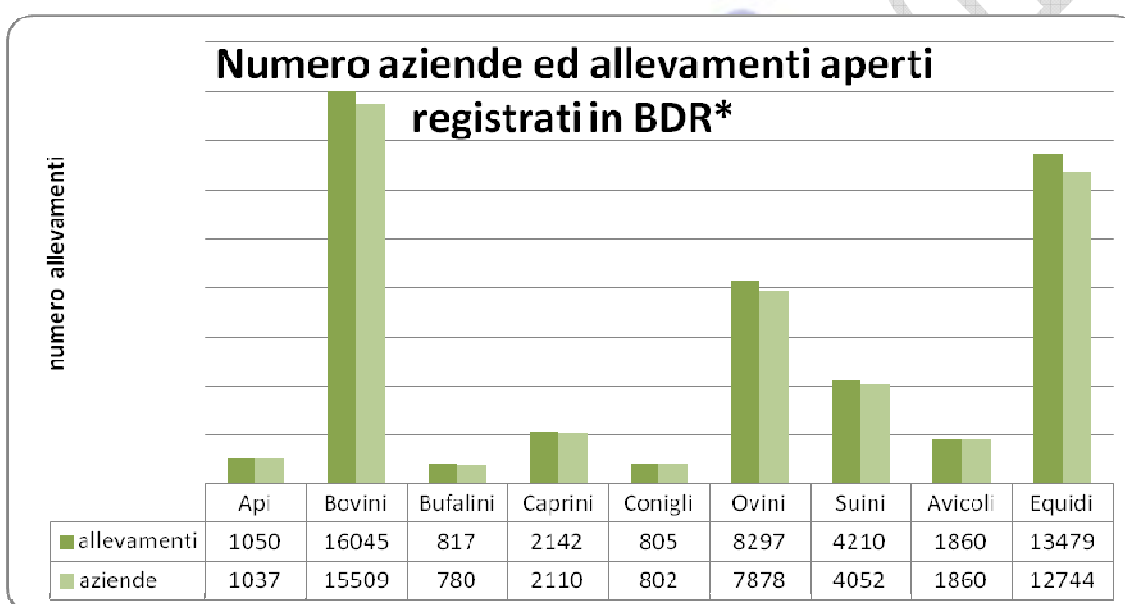
Il Patrimonio Zootecnico

Nella realtà della regione Lazio la sicurezza alimentare e il comparto agro-zootecnico rivestono caratteristiche di notevole importanza economica e sociale.

La regione Lazio con i suoi 300.000 capi bovini bufalini distribuiti in più di 16.000 allevamenti, 800.000 capi ovicaprini distribuiti in quasi 8.000 aziende rappresenta sicuramente

una delle realtà zootecniche della Italia centro-meridionale più rilevanti; a ciò si aggiunga il vasto bacino di consumo di alimenti rappresentato da una regione con più di 5.000.000 di abitanti e, peraltro, meta turistica indubbiamente rilevante.

L'industria alimentare, naturale terminale delle produzioni agrozootecniche è presente con impianti di notevole rilevanza (nel Lazio sono attivi 514 impianti a riconoscimento comunitario per la trasformazione dei prodotti di origine animale: 260 per le carni, 111 per i prodotti della pesca e molluschi, 186 per latte, prodotti lattiero-caseari, uova e ovoprodotti); la regione inoltre si distingue anche per nicchie di produzione agro-zootecnica di pregio e qualità quali per esempio l'allevamento bufalino (la regione Lazio è seconda solo alla Campania per numero di capi di tale specie allevati) e l'allevamento del bovino maremmano, razza autoctona da carne allevata da sempre con sistemi eco-compatibili.

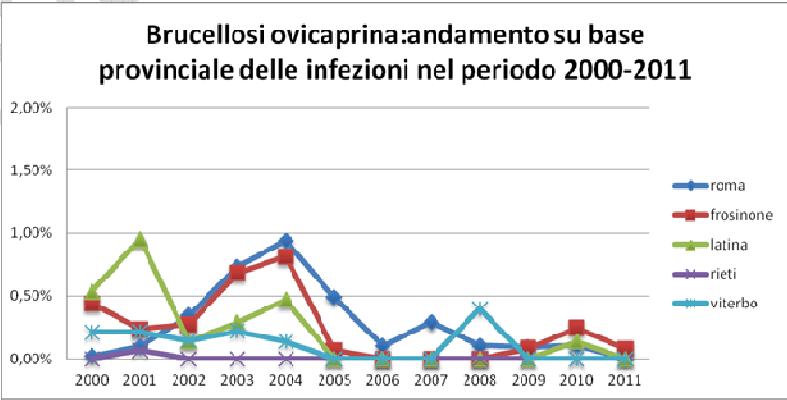
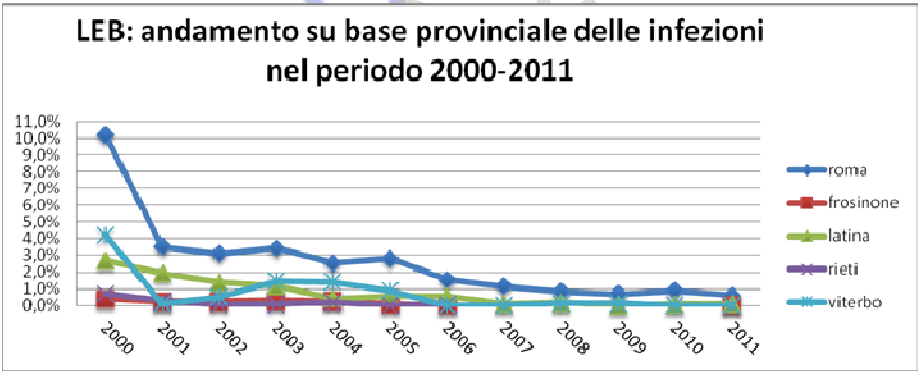
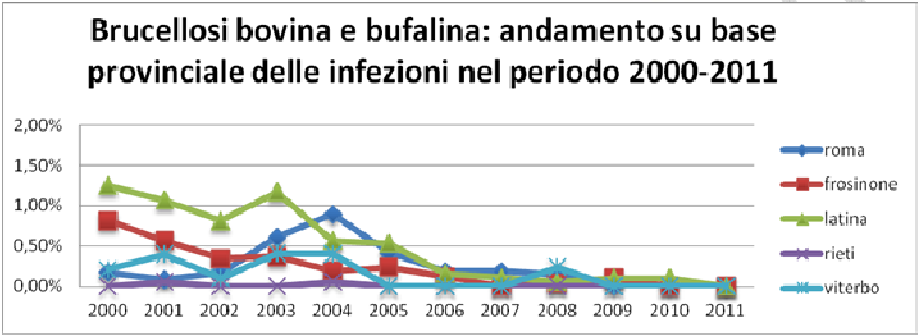
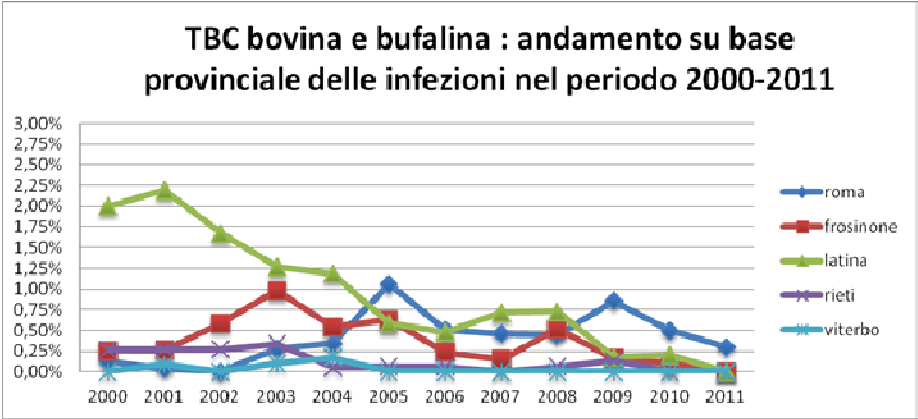


I piani di controllo ed eradicazione delle malattie animali:

Tra le malattie animali attualmente soggette a piani nazionali obbligatori di controllo ed eradicazione sono incluse:

1. La Tubercolosi bovina e bufalina
2. La Brucellosi bovina e bufalina,
3. La Leucosi enzootica bovina,
4. La Brucellosi ovina e caprina

La situazione dei grafici mostra una tendenza al completamento del risanamento sebbene permangono sacca di recrudescenza della infezione tubercolare nelle Asl Roma F e Frosinone.

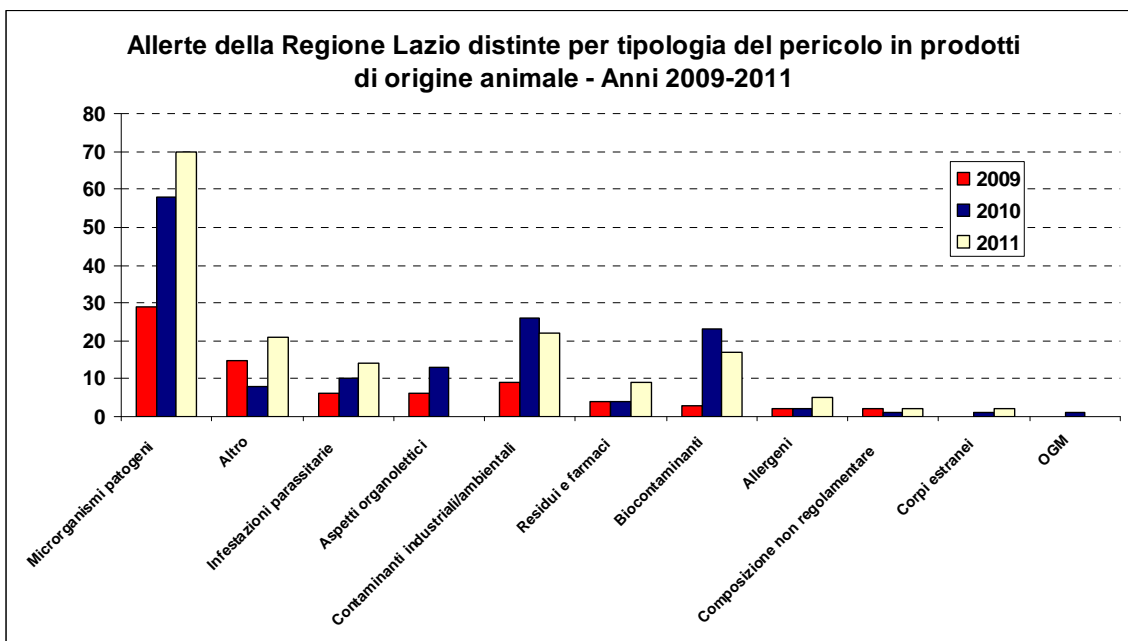


Le attività produttive e gli stabilimenti

La normativa attuale prevede che qualsiasi attività connessa alla produzione, trasformazione e commercializzazione di alimenti debba rispondere a precisi requisiti strutturali e sanitari per poter poi essere registrata mediante un'apposita procedura (Segnalazione Certificata inizio attività S.C.I.A). In questo modo, ogni struttura attiva nel settore alimentare è sempre individuabile dai Servizi Veterinari e può essere perciò oggetto di controlli sanitari. Per le imprese di trasformazione abilitate al commercio in ambito comunitario è previsto, invece un atto autorizzativo preventivo rilasciato da questa Direzione. Di seguito si riportano i dati relativi alla numerosità degli stabilimenti coinvolti nelle filiere alimentari più rilevanti presenti nella Regione Lazio e soggette a riconoscimento comunitario ai sensi del Reg. UE 853/2004 .

Filiera lattiero casearia	Attività'					Totale stabilimenti
	Centro di raccolta	Stab. di tratt. termico	Stab. di trasformazione	Stab. di stagionatura		
	12	21	133	21		
Filiera carni	Attività'					Totale stabilimenti
	Macello	Sezionamento	Carni macinate e/o preparate	Carni trasformate		
	48	153	99	153		
Prodotti della pesca	attività'					Totale stabilimenti
	impianto aste	loc. cernita e sezionamen.	Imp. carni sep. meccanicamente	Stab. di trasformazione	mercato all'ingrosso	
	8	84	1	31	1	
Totale						514

Il sistema rapido di allerta per gli alimenti e i mangimi



Il Piano Regionale Residui (PRR)

Al fine di svelare i casi di somministrazione illecita di sostanze vietate, e abusiva di sostanze autorizzate, di verificare la conformità dei residui di medicinali veterinari con i limiti massimi consentiti (LMR) e di controllare le quantità di antiparassitari e di contaminanti ambientali, viene programmato periodicamente dal Ministero della Salute, un piano di campionamento denominato Piano Nazionale Residui (PNR). Alla Direzione Regionale viene demandato il compito di pianificare le attività da svolgere sul territorio di propria competenza. Al PNR, pertanto, corrisponde a livello locale un Piano Regionale Residui (PRR).

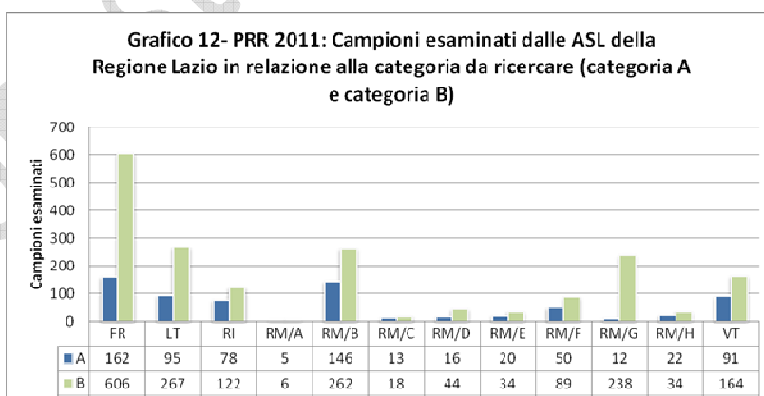


Tabella 44- PRR: Natura delle non conformità riscontrate nel triennio 2009-2011

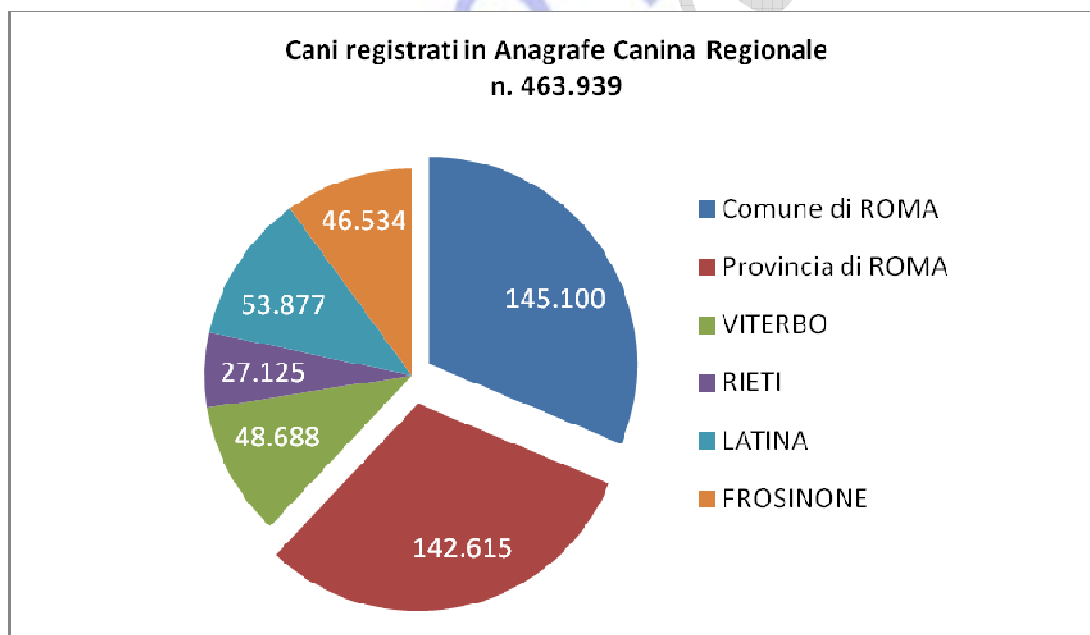
	2009	2010	2011
Aflatossine	4	6	5
Cortisonici	0	1	3
Diossine	1	1	1

Elementi Chimici	1	4	2
Gestageni	0	1	0
Pesticidi	22	22	12
Organoclorurati			
Sulfamidici	0	1	0
Tetracicline	0	2	0
Totale	28	38	23

Nel territorio della valle del Sacco, compreso tra l'ASL Roma G e quella di Frosinone (Sito di bonifica di interesse nazionale) insiste un extrapiano dedicato al monitoraggio dell'esaclorocicloesano (pesticida organoclorurato) nelle produzioni animali. I dati di non conformità per gli organoclorurati sono ascrivibili in gran parte a tale molecola

IGIENE URBANA

Nel Febbraio 2003, con l'entrata in vigore dell'accordo Stato regioni, viene decretata l'attivazione presso il Ministero della Salute di una banca dati nazionale dell'Anagrafe canina, alimentata e aggiornata dalle Regioni. Di seguito si riporta il numero di cani registrati ad oggi nell'anagrafe regionale del Lazio.



La situazione dell'Anagrafe Canina è molto migliorata da quando a fine 2006 è stata aperta la possibilità per i Veterinari liberi professionisti di iscrivere direttamente i cani in Anagrafe con una DGR che in pratica aveva anticipato il contenuto della Ordinanza Ministeriale dell'agosto 2008. Attualmente sono circa 500.000 gli animali iscritti nella Banca Dati Regionale, con un trend in continua crescita.

Il randagismo è un rilevante rischio di sanità pubblica veterinaria dato che i cani vaganti possono rappresentare un potenziale rischio di aggressione per le persone, diventare serbatoio e veicolo di malattie infettive trasmissibili all'uomo oltre ad essere causa ogni anno di numerosi

incidenti stradali. Lo strumento efficace per combatterlo è diffondere tra i cittadini la cultura del possesso responsabile che passa attraverso l'iscrizione degli animali in anagrafe regionale

Igiene degli alimenti e della nutrizione (IAN)

I Servizi di Igiene degli Alimenti e della Nutrizione (SIAN) operano nell'ambito dei Dipartimenti di Prevenzione coerentemente con il D.Lgs 502/92 e il D.M. 16 ottobre 98 e si occupano sia dell'igiene degli alimenti e delle bevande che dell'igiene della nutrizione. Le attività del controllo ufficiale a garanzia della sicurezza degli alimenti commercializzati e consumati all'interno del territorio regionale esprimono la loro efficacia in relazione all'effettiva diffusione delle patologie tossinfettive e delle altre patologie a genesi alimentare. Sotto questo aspetto i dati dimostrano che negli ultimi anni le patologie di questo tipo si sono manifestate in misura piuttosto ridotta nella regione, con modeste variazioni da un anno all'altro. La distribuzione dei diversi agenti eziologici relativa all'anno 2011 risulta essere quella riportata tabella 1.

Proposta PO 2013-2015
C o p i a

TABELLA

Tossinfezioni Alimentari notificate nel Lazio, 2011 (Dati provvisori)
Distribuzione degli eventi epidemici per agente eziologico

AGENTE	n	%
BAC. CEREUS ENTEROTOS	2	6,9
E. COLI	1	3,4
T.A. SPORADICA	1	3,4
ARMILLARIA MELLEA	2	6,9
OMPHALOTUS OLEARIUS	1	3,4
LEPIOTA BRUNNEOINCARNATA	1	3,4
OMPHALOSUS O.A PHALL	1	3,4
OPISTORCHIS FELINEUS	1	3,4
SALMONELLA	1	3,4
STAFILOCOCCO AUREUS	1	3,4
NON IDENTIFICATO	17	58,6
Totale	29	100,00

Come si evince dai dati sopra riportati, un buon numero di episodi permane ad eziologia ignota, mentre tra gli altri sono ben rappresentati tutti i principali agenti tossinfettivi, nonché alcuni parassiti e diverse specie di funghi. Dall'esame, poi, degli ambiti del circuito commerciale cui sono da ascrivere i vari episodi degli ultimi 5 anni, si osserva che la maggior parte risultano confinati nella somministrazione (ristoranti, mense, tavole calde, etc.), mentre appaiono piuttosto diffusi quelli insorti nell'ambito domestico. Il limitato numero delle tossinfezioni annuali testimonia una buona efficacia delle attività di controllo, anche se si deve tenere presente, al riguardo, che il dato epidemiologico è da ritenersi presumibilmente sottostimato in Italia in quanto pervengono all'autorità competente essenzialmente i casi di ospedalizzati.

Per quanto attiene al contesto produttivo, sono presenti nel territorio della Regione Lazio, al 2011, circa 70.000 imprese alimentari così distribuite:

- produttori primari n. 8.675;
- produzione industriale n. 2.665;
- distributori all'ingrosso n. 2.618;
- distributori al dettaglio n. 16.277;
- trasportatori n. 1.492;
- ristorazione pubblica n. 26.498;
- ristorazione collettiva n. 3.698;
- produttori e confezionatori con prevalente vendita al dettaglio n. 7.733.

Allo stato attuale la normativa prescrive per tutte le imprese alimentari l'obbligo della notifica, presso le autorità competenti della propria apertura ovvero di cambiamenti inerenti la titolarità, le strutture e/o il ciclo produttivo. Tale notifica deve seguire un'apposita procedura (SCIA) con inoltro telematico presso il Comune/Municipio e successiva trasmissione alla ASL territorialmente competente per la conseguente registrazione e i successivi controlli. Per alcune

tipologia di impresa (produzione e confezionamento di additivi, aromi ed enzimi, integratori alimentari, alimenti per la prima infanzia, etc.), le norme prevedono invece, l'obbligo di ottenere una specifica autorizzazione preliminare all'apertura (riconoscimento) con inoltro delle domande sempre per via telematica nell'ambito delle procedure SCIA soprарichiamate.

Le varie tipologie produttive sono tutte ben rappresentate nel nostro territorio, anche se la forte prevalenza degli esercizi di ristorazione lascia pensare che Roma eserciti una notevole influenza nella distribuzione delle imprese. Se si va poi a esaminare l'attività del controllo ufficiale e i relativi provvedimenti si evince che circa 1/7 delle imprese alimentari laziali sono sottoposte ogni anno ad ispezione. Di queste circa il 25% presentano delle non conformità rispetto alla normativa vigente, non conformità essenzialmente connesse ai requisiti di igiene generale e ai requisiti HACCP. La verifica ispettiva sulle diverse infrazioni rilevate mette capo a circa 2.500 provvedimenti amministrativi (sanzioni amministrative, atti prescrittivi, chiusure, ecc.) di varia natura e ad una quarantina di notizie di reato annuali. Sempre nell'ambito delle attività del controllo ufficiale va citato anche il campionamento, che ha subito un progressivo decremento negli ultimi anni passando da un totale di 3.500 prelievi nel 2009 ai 1.575 nel 2011. Tale decremento si è realizzato a causa dell'esigenza di ottimizzare le scarse risorse disponibili a fronte di dati ormai consolidati nel tempo che confermano l'estrema rarità di esiti analitici non regolamentari, che si attestano al 5/7%.

Tutte le attività del controllo ufficiale, peraltro, devono essere inquadrare nell'ambito del contesto normativo di derivazione europea che si è andato delineando nel corso degli ultimi anni con i regolamenti CE appartenenti al cosiddetto "pacchetto igiene" (regolamenti CE 852/04; 853/04; 854/04; 882/04), a sua volta derivato dalla norma quadro comunitaria, il regolamento CE 178/02. Tale regolamento è incentrato sull'analisi del rischio alimentare e la successiva gestione e comunicazione dello stesso, sulla rintracciabilità dei prodotti, sul sistema di allerta e le relative misure di allontanamento del prodotto non conforme dal mercato, nonché sulla individuazione e definizione del concetto di pericolosità dell'alimento e del principio di precauzione. In questo scenario normativo la responsabilità primaria della sicurezza alimentare permane in capo agli operatori del settore alimentare (O.S.A.) mentre all'autorità competente, così come individuata dal D. Lgs. 193/07, spetta la verifica e il rispetto delle norme mediante il sistema dei controlli ufficiali (regolamento CE 882/04) e la valutazione delle azioni messe in atto dalle imprese per il raggiungimento del livello di sicurezza alimentare atteso. Pertanto le autorità competenti, fra le quali le Regioni, devono adeguare i propri strumenti gestionali e operativi a quanto richiesto dalle prescrizioni comunitarie in termini di qualificazione del personale, di formazione, di risorse e infrastrutture disponibili, di risposta alle emergenze, di programmazione e Audit.

STRUTTURE DI SUPPORTO

ARPALAZIO

Ai sensi della Legge istitutiva n. 45/1998 l'Arpalazio svolge attività di supporto tecnico-analitico per i Dipartimenti di prevenzione delle ASL per la funzione di igiene degli alimenti e pertanto svolge le analisi sui campioni di alimenti prelevati durante il controllo ufficiale svolto dai SIAN. A seguito dell'entrata in vigore dell'art. 12 del Regolamento CE 882/2004, che prevede l'accreditamento delle prove analitiche per i controlli ufficiali, i laboratori dell'Arpalazio hanno progressivamente avviato il processo di accreditamento delle singole prove in modo da garantire ai servizi la piena regolarità dei risultati analitici. Tale processo è ancora in corso tanto che per alcune specifiche prove previste nel Piano regionale dei Controlli, i Sian si avvalgono dell'Istituto Zooprofilattico del Lazio e della Toscana qualora presso tale Istituto la prova risulti accreditata.

L'Istituto Zooprofilattico Sperimentale delle Regioni Lazio e Toscana

Gli Istituti Zooprofilattici Sperimentali (IIZZSS) operano nell'ambito del Servizio Sanitario Nazionale (SSN) come strumenti tecnico-scientifici dello Stato e delle Regioni in materia di sanità animale, di controllo degli alimenti di origine animale, di igiene degli allevamenti e di corretto rapporto tra insediamenti umani, animali ed ambiente naturale

Sul territorio della regione Lazio, sono presenti la sede centrale dell'Istituto Zooprofilattico Sperimentale delle Regioni Lazio e Toscana (IZSLT) e tre sezioni provinciali (RI LT e VT)

L'IZSLT attualmente ha cinque centri di riferimento nazionali (Centro di riferimento nazionale per l'antibiotico resistenza; Centro di riferimento nazionale per l'anemia infettiva equina; Centro di riferimento per gli OGM; Centro di Riferimento Nazionale per le Malattie degli Equini; Centro di Riferimento nazionale per la Qualità del Latte e dei Prodotti derivati degli ovini e dei caprini) e tre laboratori di eccellenza (Laboratorio per la ricerca di contaminanti ambientali, con particolare riguardo alle diossine, Laboratorio per la ricerca di agenti di zoonosi e di potenziali agenti di bioterrorismo; Centro di Riferimento Regionale per gli Enterobatteri Patogeni).

Presso l'IZSLT operano anche altre strutture che, come i laboratori di eccellenza, sono finanziate dalla regione Lazio:

l'Osservatorio Epidemiologico Veterinario Regionale (OEVR);

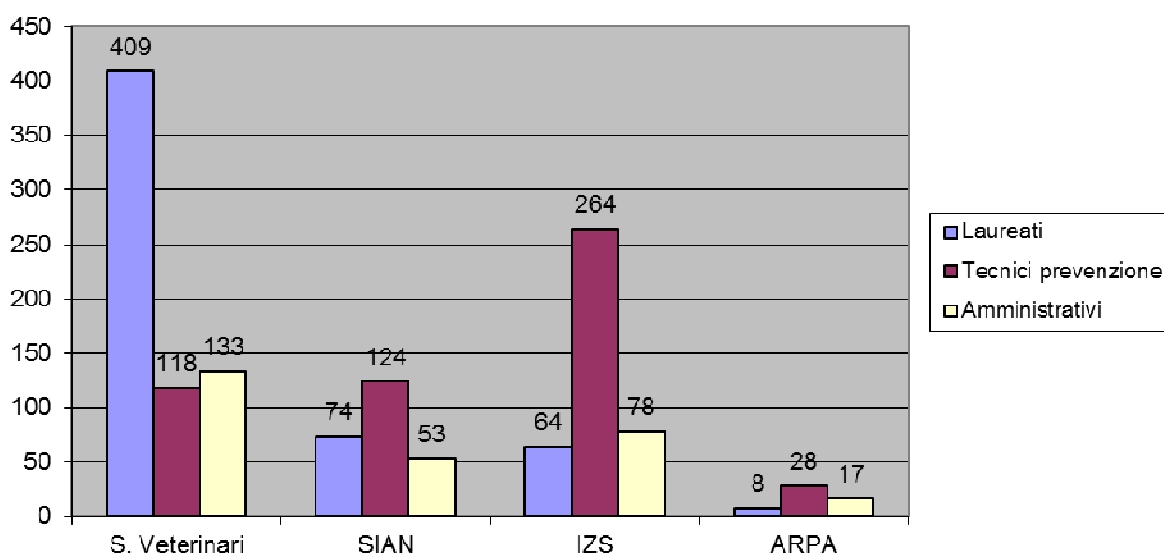
il Centro Operativo per l'Anagrafe Zootecnica e Sistema Informativo di Epidemiologia Veterinaria (SIEV);

il Centro Studi per l'Analisi e la Valutazione del Rischio Alimentare (CSRA).

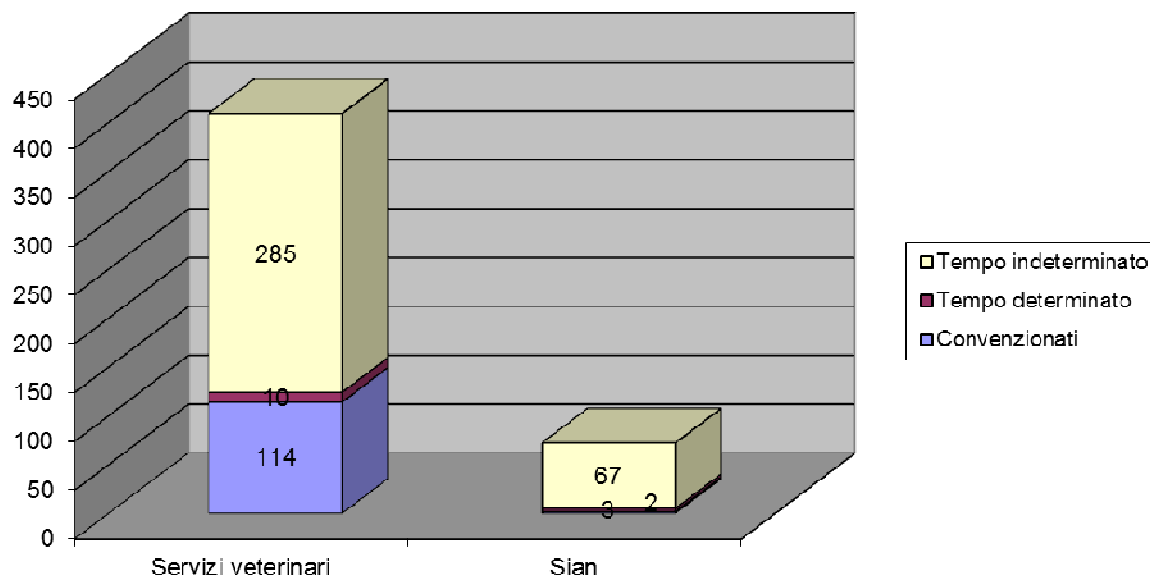
Anche essi rappresentano uno strumento di competenza specialistica ed hanno il compito di affrontare problematiche di particolare e rilevante interesse per la tutela della salute dei cittadini, della salute degli animali e delle loro capacità produttive e di supportare il settore agrozootecnico.

ASSETTO ORGANIZZATIVO E RISORSE UMANE DISPONIBILI

I Controllori della Sicurezza Alimentare Anno 2011



I Sanitari impiegati sul territorio Anno 2011



Per quel che riguarda i servizi di Sanità Pubblica Veterinaria è presente una quota considerevole di veterinari convenzionati ed una distribuzione delle risorse umane nelle diverse aziende sanitarie non sempre rispondente al bacino d'utenza. La costituzione di **UOC a livello interaziendale** potrebbe consentire una migliore ed efficace distribuzione delle risorse umane.

A livello di nodo regionale che, ai sensi del D.lgs 193/2007 è autorità competente, gli audit condotti dal Ministero della Salute e dal Food Veterinary Office sin dal 2008 hanno sempre messo in evidenza la scarsa dotazione di risorse umane veterinarie attualmente rappresentate esclusivamente da due unità.

Per quanto attiene ai SIAN è opportuno osservare che anche a seguito dei reiterati blocchi del turn-over, si assiste ormai da oltre un decennio ad una progressiva diminuzione del personale (medico, ispettivo, amministrativo) operante all'interno dei Servizi, con organici che mediamente si attestano intorno al 40/45% dei valori standard a suo tempo indicati dal ministero della Salute con il D.M. 185/98. D'altro canto la inadeguatezza degli organici a disposizione dei servizi è stata recentemente ribadita dal medesimo Ministero della Salute che, sulla base delle risultanze dell'ultimo audit condotto presso la nostra Regione, ha raccomandato che le autorità competenti regionali e locali disponessero, in conformità con il Regolamento CE 882/04, di "un numero sufficiente di personale adeguatamente qualificato ed esperto".

Per quanto riguarda la Regione i report degli audit ministeriali hanno evidenziato carenze di personale nell'ambito di tutti i profili professionali coinvolti da colmare.

Intervento 12.1 Riqualificazione e riorganizzazione del nodo regionale

L'attuale quadro di riferimento – normativo e tecnico – definito dall'UE offre numerosi spunti per una revisione critica e un'innovazione del sistema regionale di gestione e garanzia della Sanità pubblica veterinaria e della Sicurezza alimentare.

Il Decreto Legislativo 193/2007 stabilisce che le Autorità competenti, ai fini dell'applicazione dei regolamenti (CE) 852/2004, 853/2004, 854/2004 e 882/2004, vanno individuate nel Ministero della salute, nelle Regioni, nelle Aziende Unità sanitarie locali, nell'ambito delle rispettive competenze territoriali.

Il Reg. 882/2004 definisce l' «autorità competente» come *"l'autorità centrale di uno Stato membro competente per l'organizzazione di controlli ufficiali o qualsiasi altra autorità cui è conferita tale competenza"* (nel caso del nostro paese le Regioni e le AUSL);

Per «controllo ufficiale» si intende : *"qualsiasi forma di controllo eseguita dall'autorità competente o dalla Comunità per la verifica della conformità alla normativa in materia di mangimi e di alimenti e alle norme sulla salute e sul benessere degli animali"*.

Attualmente a livello regionale le competenze della Sicurezza alimentare e della Sanità Veterinaria sono distribuite tra due aree, quella di Sanità pubblica, sicurezza alimentare, che si occupa degli alimenti di origine vegetale, e quella di Sanità veterinaria che invece vigila su quelli di origine animale, sulla Sanità degli animali produttori di alimenti e dei mangimi, all'interno della Direzione Assetto Istituzionale e Prevenzione ed assistenza territoriale.

Per quel che riguarda il livello territoriale si segnala come il Decreto Balduzzi (D. L. n. 158/2012 convertito con Legge 189/2012) contenga anche alcune modifiche inerenti l'organizzazione del Dipartimento di Prevenzione

In particolare, il Decreto ha operato dei mutamenti dell'articolo 7 quater del D.Lgs 502/92 così come modificato dal 229/99.

In particolare è stato modificato il comma 4 che sembrerebbe prevedere un'articolazione diversa delle aree dipartimentali previste all'interno del Dipartimento di Prevenzione nel momento in cui si prevede al comma 4 *'Le strutture organizzative dell'area di sanità pubblica veterinaria e sicurezza alimentare'*

Il "legislatore" si è probabilmente dimenticato di modificare anche il comma 2 laddove viene prevista l'articolazione delle tre aree dipartimentali: 1) sanità pubblica, 2) tutela della salute negli ambienti di lavoro e 3) sanità pubblica veterinaria. Forse per maggiore chiarezza andavano aggiunte le parole " e sicurezza alimentare" anche in questo passo.

Ciò detto si ritiene che comunque l'innovazione debba essere accolta a livello territoriale, integrando nell'area di nuova costituzione all'interno del Dipartimento di Prevenzione (Area di sanità pubblica veterinaria e sicurezza alimentare) anche le funzioni dei Servizi Igiene degli alimenti e della nutrizione oltre a quelle tipiche dei servizi Veterinari (sanità animale; igiene della produzione, trasformazione, commercializzazione, conservazione e trasporto degli alimenti di origine animale e loro derivati; igiene degli allevamenti e delle produzioni zootecniche) prevedendo una figura di coordinatore funzionale individuata tra i direttori delle UOC afferenti. Nell'ottica di un progressivo contenimento della spesa e di una più efficace integrazione delle diverse attività dell'Area di nuova costituzione, è possibile dare luogo all' istituzione di UOC interaziendali per le aziende sanitarie locali aventi minore bacino d'utenza in tale particolare settore.

Una organizzazione così delineata della Sicurezza Alimentare e della Sanità Pubblica Veterinaria oltre a determinare nel medio-lungo periodo un impatto economico connesso alla diminuzione delle Strutture Complesse, dovrebbe facilitare l'integrazione multidisciplinare delle diverse componenti professionali che concorrono alla tutela della sicurezza alimentare.

Analogamente anche livello regionale coerentemente con le necessità di integrazione di tutte le diverse attività proprie della sicurezza alimentare e della sanità veterinaria, è opportuno prevedere un tavolo permanente di coordinamento fra le due Aree regionali competenti che sia in grado di dare piena efficacia alle attività di pianificazione e di controllo sul territorio.

Una siffatta organizzazione supererebbe la differenziazione di competenze sull'igiene degli alimenti e una completa integrazione delle funzioni per rispondere al meglio alle richieste più volte rappresentate dal FVO (Food Veterinary Office – Ufficio veterinario alimentare della Commissione Europea) nel corso delle numerose ispezioni già svolte nel nostro paese.

La nuova filosofia dei controlli implica un'attenzione spostata dal prodotto verso il controllo di filiera integrato, con lo slogan ormai ben conosciuto e riuscito "dai campi alla tavola".

RISULTATI PROGRAMMATI

- Integrazione a livello regionale delle funzioni dedicate alla Sanità Veterinaria e Sicurezza Alimentare, mediante l'istituzione di un Tavolo Permanente di Coordinamento
- Istituzione nelle aziende Sanitarie Locali della "Area Dipartimentale di Sanità Pubblica Veterinaria e Sicurezza Alimentare" Potenziamento del personale nelle Aree Sanità Pubblica e Sicurezza Alimentare e Sanità Vetrinaria
-

INDICATORI DI RISULTATO

- Istituzione del tavolo permanente di coordinamento
- Istituzione dell'area Dipartimentale di Sanità Pubblica Veterinaria e Sicurezza alimentare in tutte le Aziende Sanitarie Locali entro il 30 settembre 2014

Cronoprogramma

CRONOGRAMMA In trimestri	2013		2014				2015			
Attività	III	IV	I	II	III	IV	I	II	III	IV
☑Istituzione del tavolo permanente di coordinamento										
☑Istituzione nelle aziende Sanitarie Locali della "Area Dipartimentale di Sanità Pubblica Veterinaria e Sicurezza Alimentare"										

Responsabile del procedimento attuativo

- Dirigente Area Sanità Pubblica e Sicurezza Alimentare
- Dirigente Sanità Veterinaria

Intervento 12.2: coerenza delle linee di attività programmate a livello regionale con quelle riportate nel Piano Nazionale Integrato 2011-2014

A seguito dell'intesa tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano sulla proposta del Ministero della salute concernente il " (PNI) 2011-2014", si è provveduto con Deliberazione n. 101 del 25 marzo 2011 ad adottare il " Piano regionale integrato dei controlli 2011-2014 sulla sicurezza alimentare, il benessere e la sanità animale. Approvazione dei piani di campionamento degli alimenti di origine animale e dei mangimi"; prevedendo la possibilità di integrarlo con successivi provvedimenti anche di natura dirigenziale

Con DGR n. 450 è stato predisposto un Piano Regionale sulla tutela ed il Benessere degli animali da reddito, nell'ambito della programmazione dei controlli ufficiali ai sensi del regolamento CE 882/2004 prevista dalla DGR n. 101 del 25 marzo 2011, anche per ottemperare alle disposizioni previste dalle norme comunitarie, nazionali e per rendere uniformi le modalità di esecuzione dei controlli a livello regionale.

Le attività inerenti la Sanità animale sono state programmate e rendicontate secondo le scadenze previste dalla normativa comunitaria e dal cronoprogramma ministeriale.

Annualmente viene adottato il Piano Regionale Residui, il Piano per il controllo dell'alimentazione animale e per la farmacovigilanza.

Si ritiene che quanto finora messo in atto dalla regione sia coerente con la Programmazione Nazionale in tema di Sanità Pubblica Veterinaria.

Intervento 12.3: definizione di un piano regionale integrato dei controlli ufficiali, o il suo eventuale aggiornamento con tutte le linee di attività previste dalla pianificazione nazionale

Le linee di attività programmatiche previste nel Piano Regionale dei controlli 2011-2014, approvato con Delibera n. 500 del 28.10.2011, sono state elaborate in coerenza con quelle del Piano Nazionale Integrato.

Per quanto riguarda il campionamento, si deve osservare che i criteri uniformi per l'elaborazione del piano dei controlli ufficiali contenuti nella norma nazionale (DPR 14 luglio 1995) non sono stati pienamente rispettati nel piano regionale, così come, peraltro, è avvenuto in buona parte delle regioni italiane. In effetti la norma prevedrebbe un numero di prelievi annui estremamente elevato che appare oggi poco congruo rispetto ai dati analitici emersi e consolidati negli anni che, come già accennato in precedenza, denunciano percentuali di non conformità alle norme estremamente ridotti (5 - 7%). Pertanto si è ritenuto più opportuno consentire ai Servizi un miglior utilizzo delle risorse disponibili riducendo il carico di lavoro derivante dal campionamento e limitandolo alle indicazioni e disposizioni nazionali e comunitarie.

Per quel che riguarda la Sanità Pubblica Veterinaria vedasi quanto già riferito per l'Intervento "Coerenza delle linee di attività programmate a livello regionale con quelle riportate nel Piano Nazionale Integrato 2011-2014".

Intervento 12.4: miglioramento della rete dei laboratori, con ampliamento del bacino di metodiche accreditate a supporto delle attività regionali di controllo ufficiale, riducendo l'aggravio sui soggetti extraregionali

Per le analisi ufficiali dei campioni, le Asl si avvalgono sia dei laboratori dell'ARPA LAZIO sia, per quanto attiene ad alcune specifiche matrici, di quelli dell'ISZ di Lazio e Toscana, che nel corso degli anni hanno accreditato la maggior parte delle prove previste dal piano regionale dei controlli citato in precedenza. Nell'unica circostanza del controllo sulla presenza ed i livelli di irradiazione di alcune matrici alimentari (previsti in numero estremamente limitato), i campioni vengono analizzati presso l'IZS di Puglia e , peraltro senza alcun onere a carico della Regione.

Per quel che riguarda la Sanità pubblica Veterinaria, la rete degli Istituti Zooprofilattici garantisce a livello nazionale, senza aggravio di costi ed oneri gestionali per le Aziende Sanitarie Locali, un ventaglio di metodiche accreditate a supporto delle attività di controllo ufficiale . Tale orientamento è in linea anche con un ottica di contenimento dei costi di gestione dei laboratori, poiché accreditare "tutto dappertutto" ha un impatto economico rilevante. Si ritiene pertanto che tale tipo di intervento, per quel che riguarda i laboratori dell'Istituto Zooprofilattico, non sia congruente anche con le indicazioni di livello nazionale. Diversamente si sta incidendo sulla qualità e tempestività delle prestazioni offerte dal medesimo IZSLT . Già a partire dal 2010 l'IZSLT ha aderito ad un progetto di valutazione delle performances coordinato dall'Istituto Management e Sanità della Scuola Sant'Anna di Pisa, nel contesto del quale ha assunto sempre maggiore rilevanza il rispetto dei tempi di risposta previsti dalle normative. Tali indicazioni sono state inserite nella griglia degli obiettivi del D.G. dell'IZSLT già a a partire dal 2011 e confermati anche in quella prevista per il 2013 in corso di ratifica da parte delle due regioni.

Intervento 12.5: assegnazione di obiettivi ai Direttori Generali delle Aziende Sanitarie Locali, con ribaltamento a cascata su tutta la struttura operativa

Verranno assegnati ai Direttori Generali mediante trasmissione all'area competente, gli obiettivi concernenti la piena attuazione del Piano regionale dei controlli e il conseguente adeguamento e riqualificazione del personale nei Servizi interessati.

In particolare, tenendo conto dei dati raccolti in merito ai controlli effettuati nell'ambito della ristorazione pubblica e collettiva e delle imprese produttive con prevalente vendita al dettaglio ed al relativo profilo di rischio (ivi inclusi i dati sugli episodi tossinfettivi), si ritiene opportuno un incremento sia delle visite ispettive sia dei campioni microbiologici previsti nello specifico punto del Piano regionale. Pertanto saranno assegnati ai Direttori Generali i seguenti obiettivi:

- incremento del numero dei controlli ispettivi e dei campioni biologici presso gli esercizi di ristorazione pubblica e collettiva e presso i produttori con prevalente vendita al dettaglio. Tale incremento dovrà esser, a fine biennio, del 20% almeno rispetto ai dati dell'anno 2012;
- formazione del personale dedicato sul "pacchetto igiene" e sulle procedure Audit da adottare nei confronti degli Osa.

Per quel che riguarda la Sanità pubblica Veterinaria, la valutazione dei Servizi veterinari è parte integrante delle procedure di verifica del tavolo LEA. In particolare sono previsti nell'ambito di procedimento due momenti di analisi, uno nell'ambito della cosiddetta Griglia LEA ed un altro appositamente dedicato che valuta la tempestività e la congruità dei debiti informativi, in Sanità Pubblica Veterinaria e Sicurezza Alimentare verso la UE. Sulla base del contesto nazionale di

valutazione si è proceduto a determinare una macro obiettivo per la Sanità Pubblica Veterinaria che dovrebbe sintetizzare le informazioni sopraddette. L'obiettivo è stato trasmesso alla competente Area Giuridico Normativa- Istituzionale perché venga inserito tra gli obiettivi 2013. Peraltro a livello sperimentale l'Area di Sanità Veterinaria partecipa al network interregionale per la valutazione delle performance dei Dipartimenti di Prevenzione delle Aziende sanitarie Locali, coordinato dall'Istituto Management in Sanità della Scuola Sant'Anna di Pisa. Tale attività consentirà nel prossimo triennio di migliorare e raffinare gli obiettivi da assegnare ai Direttori Generali e i correlati indicatori.

Descrizione attività	Sub-obiettivi	INDICATORE	NOTE	peso	Valore Minimo Atteso	Valore Atteso	REFERENTE REGIONALE
Garanzia dei livelli essenziali di Assistenza nel Settore della Sanità Pubblica Veterinaria	Piani di eradicazione delle MALATTIE ANIMALI TRASMISSIBILI ALL'UOMO	allevamenti controllati/allevamenti controllabili per TBC bovina, BRUCELLOSI ovicaprino, bovina e bufalina Leucosi Bovina	FONTE: SISTEMA INFORMATIVO sanan	20	98	100	Area Sanità Veterinaria
	ANAGRAFI ANIMALI - Controlli delle popolazioni animali per la prevenzione della salute animale ed umana	percentuale di aziende ovicaprino controllate (3%) per anagrafe ovicaprino e per anagrafe bovina (3%)	FONTE: Banca dati nazionale anagrafi zootecniche	20	100	100	
	Controlli per la riduzione del rischio di uso di farmaci, sostanze illecite e presenza di contaminanti nelle produzioni alimentari e dei loro residui negli alimenti di origine animale:	percentuale dei campioni analizzati su totale dei campioni programmati dal Piano Nazionale Residui	Fonte: sistema informativo N-sis	20	90	100	
	Rispetto dei tempi e congruità dei dati per i Debiti informativi con Unione Europea nel settore della sanità veterinaria e alimenti (Adempimenti obbligatori Livelli essenziali di assistenza)	n. flussi idonei per copertura e congruità/n. dei flussi totale n.7	Fonte: Progetto valutazione performance Dipartimento di Prevenzione Scuola Sant'Anna di Pisa	40	80	100	
Totale punteggio				100	89,6	100	

RISULTATI PROGRAMMATI

- incremento del numero dei controlli ispettivi e dei campioni biologici presso gli esercizi di ristorazione pubblica e collettiva e presso i produttori con prevalente vendita al dettaglio. Tale incremento dovrà essere, a fine biennio, del 20% almeno rispetto ai dati dell'anno 2012;
- formazione del personale dedicato sul "pacchetto igiene" e sulle procedure Audit da adottare nei confronti degli Osa.
- Inserimento del macro obiettivo per la Sanità pubblica veterinaria negli obiettivi assegnati ai Direttori Generali

INDICATORI DI RISULTATO

- Verifica, tramite report semestrali da inviare all'area regionale da parte delle ASL, dell'incremento del numero dei controlli ispettivi e dei campioni biologici
- Verifica, tramite report annuale da inviare all'area regionale da parte delle ASL, dell'attività di formazione del personale dedicato
- Verifica tramite report trimestrali del grado di raggiungimento del macro obiettivo

OBIETTIVO DEI DIRETTORI GENERALI

- piena attuazione del Piano regionale dei controlli e il conseguente adeguamento e riqualificazione del personale nei Servizi interessati.

RESPONSABILE DEL PROCEDIMENTO ATTUATIVO

- Dirigente Area Sanità Pubblica e Sicurezza Alimentare
- Dirigente Area Sanità Veterinaria

Proposta PO 2011
C o p y

4.2. “Riqualficazione della Rete assistenziale”

Programma 13 – Reti assistenziali per intensità di cure

Il programma, secondo le linee di indirizzo ministeriali, deve realizzare i seguenti obiettivi:

- individuazione dei presidi secondo il modello Hub & Spoke secondo la logica dell'intensità delle cure (es. rete trauma, oncologia, ictus, trapianti); relativa individuazione dei Centri di riferimento;
- definizione dei percorsi di cura, nonché dei percorsi diagnostico terapeutici relativi ad alcune aree di particolare interesse, in aggiunta all'area oncologica e cardiovascolare, che prevedano la integrazione ospedale/territorio.

Intervento 13.1.: Individuazione dei presidi secondo il modello Hub&Spoke secondo la logica dell'intensità delle cure (es. rete trauma, oncologia, ictus, trapianti); relativa individuazione dei Centri di riferimento

Rete trapianti

Nel corso degli anni, l'attività della rete per i trapianti, inizialmente in costante crescita, è andata via via stabilizzandosi e ad oggi, a fronte di risultati positivi raggiunti in tema di tracciabilità, qualità e sicurezza del sistema, risulta sempre più evidente il problema legato alla carenza di organi disponibili a fronte della lista di attesa dei pazienti.

Per garantire la funzionalità e sostenibilità della rete trapiantologica il Centro Nazionale Trapianti ha individuato gli interventi da attuare nel medio e nel lungo periodo finalizzati al contenimento dei costi e alla razionalizzazione del sistema, garantendo nel contempo qualità, sicurezza, numerosità ed efficienza delle prestazioni.

Le aree dei possibili interventi al fine di un contenimento dei costi e della razionalizzazione del sistema senza determinare una riduzione delle donazioni e dei trapianti sono:

- Le rianimazioni e i coordinamenti ospedalieri;
- Le strutture di coordinamento a livello regionale e nazionale;
- Le attività chirurgiche di prelievo e trapianto di organi;
- I servizi diagnostici e logistici di supporto all'attività di prelievo e trapianto di organi.

Nella Regione Lazio sono attivi i seguenti Centri di Trapianto:

- Pol. Gemelli (organi fegato e rene-pancreas)
- Pol. Umberto I (organi fegato, rene-pancreas e polmone)
- Polo Ospedaliero Interaziendale Trapianti(P.O.I.T.; A.O. S. Camillo-Forlanini-Spallanzani organi fegato e rene-pancreas)
- A.O. S. Camillo (organo cuore)
- Pol. Tor Vergata (organi fegato e rene-pancreas)
- Ospedale Pediatrico Bambino Gesù (organi cuore, polmone, fegato e rene-pancreas)

Nel 2012 si sono avute 39.8 segnalazioni di morte encefalica per milione di popolazione (p.m.p.), con 15.4 donatori effettivi p.m.p. e un tasso di opposizione alla donazione pari al 28.3%.

Nell'anno 2012 sono stati eseguiti nella Regione Lazio 134 trapianti di rene, 106 trapianti di fegato, 22 trapianti di cuore, 12 trapianti di polmone e 11 trapianti combinati.

Al 31/12/2012 i pazienti in lista di attesa per trapianto erano 1012, di cui 806 per trapianto di rene, 87 per trapianto di fegato, 44 per trapianto di cuore, 54 per trapianto di polmone, 1 per trapianto di pancreas e 20 per trapianto combinato di due organi.

Nella Regione Lazio sono presenti anche la Banca degli Occhi dell'A.O. S. Giovanni Addolorata e la Banca del Tessuto Muscolo-Scheletrico.

Obiettivi

- 1) Valorizzazione ed incentivazione delle attività di procurement e donazione svolte nelle aziende sanitarie regionali.

Una procedura di valorizzazione delle attività di donazione, attraverso i finanziamenti regionali ad hoc già previsti nel Lazio o in compensazione tra le aziende, si rende, comunque, necessaria perché senza efficienti programmi di procurement, come noto, si viene ad incidere negativamente sulle attività di trapianto d'organi, aumentandone i costi e vanificando gli investimenti del SSR per queste strutture senza migliorare la risposta alle richieste assistenziali degli utenti. L'attività di donazione non ha una propria valorizzazione non potendo essere compresa nei DRG ed è attualmente sostenuta per la sua totalità dai fondi erogati alle aziende in sede di riparto del FSR a sostegno dei maggiori costi sostenuti dalle stesse.

- 2) Partecipazione al finanziamento del procurement di organi da parte dei centri trapianto.

E' questa una prassi già consolidata in numerose regioni italiane (Es.: Emilia Romagna, Sicilia) per stimolare le aziende sedi di centro trapianto ad investire nelle attività di procurement aziendali per migliorare l'efficienza e l'economicità del proprio Centro di Trapianto.

- 3) Centralizzazione dei servizi correlati all'attività di donazione e trapianto.

- 4) Razionalizzazione e riduzione dei costi dei Centri di trapianto attraverso la definizione di standard operativi comuni per ogni tipologia d'organo e criteri di allocazione degli organi secondo il criterio della lista regionale unica per ogni tipologia di organo.

Azioni

Sono identificati i seguenti interventi prioritari:

1. assegnare ai Direttori Generali delle Aziende sanitarie i seguenti specifici obiettivi relativi alla donazione d'organi e verificarne il raggiungimento:
 - attivazione delle procedure di accertamento di morte con criteri neurologici in tutti i soggetti che ne presentino le condizioni, rendicontate dai coordinatori locali secondo le indicazioni del centro regionale trapianti;
 - incremento delle donazioni di organi attraverso il miglioramento dell'efficienza delle procedure di donazione previste dalla normativa vigente, rendicontate dai coordinatori locali secondo le indicazioni del centro regionale trapianti.
2. assegnare i fondi dedicati dalla Regione per le attività di donazione in "gestione accentrata presso la Regione", con il pieno riconoscimento alle aziende solo previa rendicontazione economica annuale dei finanziamenti ricevuti e verifica da parte della Direzione Regionale

competente con l'ausilio del Centro regionale Trapianti del raggiungimento degli obiettivi e dell'impiego dei fondi;

- A tal fine sarà messo a punto un attento controllo sull'impiego da parte delle Aziende Sanitarie dei finanziamenti destinati ad incrementare l'efficienza dei programmi di procurement, per assicurarne l'utilizzo dedicato al potenziamento delle attività di donazione e trapianto. Tale sistema di controllo, che può avvalersi di una valutazione del Centro Regionale, basata su precisi indicatori di risultato, idonea a mettere in luce miglioramenti e criticità dell'attività aziendale.
3. utilizzare una quota dei finanziamenti dedicati annualmente ai Centri di Trapianto in sede di riparto del FSR per finanziare l'attività di procurement di organi e tessuti;
 4. prevedere per le aziende in cui è avvenuta la donazione un rimborso per ciascun organo prelevato e trapiantato al quale andrà aggiunta una quota forfettaria per il trasporto degli organi qualora questo venga effettuato a carico dell'Azienda sede di prelievo;
 5. unificare i servizi di immunogenetica e di anatomia patologica, la reperibilità delle equipe chirurgiche sul territorio regionale e l'organizzazione per i trasporti, al fine di favorire la razionalizzazione del sistema regionale donazione e della rete regionale trapianto;
 6. rendere obbligatorie l'assunzione di regole comuni per l'accettazione dei pazienti in lista di attesa per trapianto e la realizzazione di una unica lista regionale per ciascuna tipologia di organo. L'assegnazione degli organi provenienti dalla regione o da altre regioni ai pazienti in lista verrà effettuata prioritariamente in base alla gravità del paziente per gli organi salvavita e di tempi di attesa e compatibilità per il trapianto di rene.
 7. favorire l'utilizzazione in loco dei donatori identificati presso la propria sede, al fine di ridurre il numero dei trasferimenti delle equipe chirurgiche dalla propria sede ad un'altra sede di prelievo regionale o extraregionale.
 8. valorizzare il ruolo delle Terapie Intensive e dei Coordinamenti aziendali per le donazioni, consentendo l'attivazione dei necessari turni di reperibilità ed il compenso delle ore di straordinario che eventualmente vengono richieste al personale impegnato nei processi di donazione.

Risultati Programmati

- Incremento in un triennio del numero delle donazioni, degli organi donati e dei trapianti, adeguando il numero dei donatori per milione di popolazione alla media nazionale, aumentando del 20% il tasso dei donatori utilizzati ed aumentando di conseguenza il numero dei trapianti eseguiti con organi di donatori del Lazio.
- Costituzione di una Rete Regionale Trapianti che, previo accordo sottoscritto dai Direttori Generali delle Aziende sede di Centri di trapianto, permetta di ottimizzare ed armonizzare tra loro le risorse strutturali e di personale disponibili.

Indicatori di Risultato

- Obiettivi assegnati ai Direttori Generali.

OBBIETTIVO	INDICATORE	STANDARD
Incremento attività di accertamento delle Morti Encefaliche (M.E.)	Rapporto accertamenti M.E./decessi con lesioni cerebrali in terapia intensiva	≥ 50%

Aumento delle donazioni di tessuti (cornee e tessuto muscolo-scheletrico)	Prelievi di tessuti/decessi dell'Ospedale	≥ 8%
Assegnazione effettiva di risorse umane, deliberata con atti formali al coordinamento locale in rapporto alla complessità delle funzioni e alla specificità della struttura.	Rispondenza tra personale assegnato con atto formale e quello effettivamente impiegato nell'attività	Personale sufficiente a garantire ≥ 80% dell'orario complessivamente attribuito al Coordinamento Locale dalla Regione
Responsabilizzazione della direzione infermieristica	Esistenza di strumenti finalizzati	Si
Diminuzione delle opposizioni alla donazione d'organo	numero opposizioni alla donazione/accertamenti alla Morte Encefalica.	< 30%

- Obiettivi assegnati alle Direzioni Infermieristiche

OBIETTIVO	INDICATORE	STANDARD
Assegnazione effettiva di risorse umane, deliberata con atti formali al coordinamento locale in rapporto alla complessità delle funzioni e alla specificità della struttura.	Rispondenza tra personale infermieristico assegnato dall'azienda con atto formale e quello effettivamente impiegato nell'attività	Personale infermieristico sufficiente a garantire ≥ 60% dell'orario attribuito all'intero Coordinamento Locale dalla Regione
Formazione del personale infermieristico in tema di donazione di organi e tessuti	Attivazione di moduli formativi in collaborazione con il Coordinamento locale ed i reparti di Terapia Intensiva e Pronto Soccorso	Formazione del 20% del personale infermieristico delle Terapie Intensive e del Pronto Soccorso e del 10% del personale infermieristico degli altri reparti

- Obiettivi assegnati ai reparti di Terapia Intensiva

OBIETTIVO	INDICATORE	STANDARD
Incremento attività di accertamento delle Morte Encefaliche (M.E.)	Rapporto accertamenti M.E. segnalati al Centro Regionale Trapianti/decessi con lesioni cerebrali in terapia intensiva	≥ 50%
Aumento delle donazioni di organi	Rapporto prelievi di organi / segnalazioni al Centro Regionale Trapianti di potenziali donatori di organi	≥ 50%
Formazione del personale in tema di donazione di organi e tessuti	Attivazione di moduli formativi in collaborazione con il Coordinamento locale	Coinvolgimento di almeno il 20% dei medici ed il 20% degli infermieri delle Terapie Intensive

- Obiettivi assegnati ai Coordinamenti Locali

OBIETTIVO	INDICATORE	STANDARD
Incremento attività di accertamento delle Morte Encefaliche (M.E.)	Rapporto accertamenti M.E./decessi con lesioni cerebrali in terapia intensiva	≥ 50%

Incremento delle donazioni di organi	Donatori procurati / Rapporto accertamenti M.E.	≥ 40%
Aumento delle donazioni di tessuti (cornee e tessuto muscolo-scheletrico)	Prelievi di tessuti/decessi dell'Ospedale	≥ 8%
Diminuzione delle opposizioni alla donazione d'organo	numero opposizioni alla donazione/accertamenti Morte Encefalica.	< 30%
Monitoraggio degli accertamenti di M.E., Accesso al PS con gravi lesioni cerebrali, donazioni di tessuti e Registro Cerebrolesi	Inserimento dei dati nel sistema informatico GEDON ed invio dei dati SIO nel rispetto delle tempistiche previste	Si per almeno l'80% dei dati
Formazione del personale infermieristico in tema di donazione di organi e tessuti	Attivazione di moduli formativi in collaborazione con il Coordinamento locale ed i reparti di Terapia Intensiva e Pronto Soccorso	Formazione del 20% del personale infermieristico delle Terapie Intensive e del pronto Soccorso e del 10% del personale infermieristico degli altri reparti
Supporto psicologico al personale dei Coordinamenti Locali ed al personale delle Terapie Intensive	Incontri con il personale coinvolto del Coordinamento Locale e della Terapia Intensiva dopo ogni attivazione del processo di donazione d'organi	Almeno nell'80% dei casi
Miglioramento della qualità dei processi di donazione di organi e tessuti	Esistenza di strumenti finalizzati concordati con l'unità di qualità aziendale	Si

- Donazione di tessuti

Donazione di tessuti Oculari
(Di rilievo soprattutto per le medicine)

OBIETTIVO	INDICATORE	STANDARD
Segnalazione tempestiva dei decessi al Coordinamento Locale	Segnalazioni inviate al coordinamento locale entro 3 ore dal decesso /numero dei decessi del reparto	≥ 70%

- Donazione di tessuti Osseo da donatore vivente
- (Di rilievo per le ortopedie)

OBIETTIVO	INDICATORE	STANDARD
Segnalazione degli interventi per protesi d'anca con asportazione di testa femorale al Coordinamento Locale	Segnalazioni inviate al coordinamento locale /numero degli interventi eseguiti	≥ 70%

CRONO PROGRAMMA

I anno

Entro il 31 Dicembre:

1. Attivazione di tutte le azioni descritte;
2. Attivazione dei sistemi di controllo dei finanziamenti regionali dedicati a partire dal 2012
3. Valorizzazione dell'attività di procurement

4. unificazione dei servizi di immunogenetica e di anatomia patologica, della reperibilità delle equipe chirurgiche sul territorio regionale e dell'organizzazione per i trasporti,;

II anno

1. Monitoraggio da parte del Centro Regionale Trapianti dell'attività delle singole Aziende ed interventi della Regione sui Direttori generali che non hanno raggiunto gli obiettivi assegnati.
2. monitoraggio da parte del Centro Regionale Trapianti dell'attività delle singole Aziende ed interventi correttivi della Regione sui finanziamenti dedicati alla compensazione dei maggiori costi sostenuti per tale attività.

III anno

1. Monitoraggio da parte del Centro Regionale Trapianti dell'attività delle singole Aziende ed interventi della Regione sui Direttori generali che non hanno raggiunto gli obiettivi assegnati.
2. monitoraggio da parte del Centro Regionale Trapianti dell'attività delle singole Aziende ed interventi correttivi della Regione sui finanziamenti dedicati alla compensazione dei maggiori costi sostenuti per tale attività.

RESPONSABILE DEL PROCEDIMENTO ATTUATIVO

- Dirigente Area Rete Ospedaliera

RETI DI SPECIALITA'

Il processo di riorganizzazione dell'offerta ospedaliera avviato nel 2010. ha portato allo sviluppo di reti assistenziali a livello regionale per le seguenti specialità: emergenza (DCA 73/2010), oncologia (DCA 59/2010), cardiologia (DCA 74/2010), assistenza perinatale (DCA 56/2010), chirurgia maxillo-facciale (DCA 78/2010), chirurgia plastica (DCA 77/2010), chirurgia della mano (DCA 79/2010), ictus cerebrale (DCA 75/2010), assistenza trauma e neurotrauma (DCA 76/2010).

Le reti sono costruite secondo il modello Hub&Spoke, con identificazione di centri di riferimento per l'alta complessità supportati da una rete di strutture satelliti, cui compete la presa in carico e la gestione dei casi meno gravi.

Le tabelle seguenti riportano, sinteticamente, l'architettura dei centri Hub e degli Spoke per le reti a maggior impatto assistenziale; la rete dell'emergenza sarà oggetto di trattazione separata in altra sezione del documento.

Ruolo delle strutture nelle reti dell'emergenza, trauma, ictus e cardiologica ex DCA 73/2010; DCA 76/2010; DCA 75/2010 e DCA 74/2010

Nome	ASL	Rete Emergenza	Rete Trauma	Rete ictus	Rete Cardio
San Giovanni Calibita - FBF	101	DEA I		Spoke	Spoke 1
Policlinico Casilino	102	DEA I	PST	TNV/Pse	Spoke 2
Sandro Pertini	102	DEA I	PST	Spoke	Spoke 2
Sant'Eugenio	103	DEA I	CTZ	Spoke	Spoke 1
Madre G. Vannini - Figlie di S. Camillo	103	DEA I		Spoke	Spoke 2
Giovanni Battista Grassi	104	DEA I	PST	Spoke	Spoke 2
P.O. Santo Spirito	105	DEA I	PST	TNV/Pse	Spoke 2
San Pietro - Fatebenefratelli	105	DEA I		TNV/Pse	Spoke 2
Aurelia Hospital	105	DEA I	PST	TNV/Pse	Spoke 2
Policlinico A. Gemelli	105	DEA II	CTS	Hub	Hub
San Paolo	106	DEA I	PST	TNV/Pse	Spoke 1
San Giovanni Evangelista	107	DEA I	PST	TNV/Pse	Spoke 1
P.O. Anzio-Nettuno	108	DEA I	PST	TNV/Pse	Spoke 1
Belcolle	109	DEA I	CTZ	Spoke	Spoke 2
San Camillo de Lellis	110	DEA I	PST	Spoke	Spoke 2
P.O. Latina Nord	111	DEA I	CTZ	Spoke	Spoke 2
P.O. Latina Sud	111	DEA I	PST	TNV/Pse	Spoke 2
Umberto I	112	DEA I	CTZ	Spoke	Spoke 2
Gemma de Bosis	112	DEA I	PST	TNV/Pse	Spoke 1
San Camillo - Forlanini	901	DEA II	CTS	Hub	Hub
San Giovanni	902	DEA II	PST	Spoke	Spoke 2
San Filippo Neri	903	DEA I	PST	Spoke	Spoke 2
Policlinico Umberto I	906	DEA II	CTS	Hub	Hub
Sant'Andrea	919	DEA I	PST	Spoke	Spoke 2
Policlinico Tor Vergata	920	DEA I	CTZ	Hub	Hub

Legenda

Rete trauma: Centro Trauma Specialistico (CTS); Centro Trauma di Zona (CTZ); Pronto Soccorso Traumatologico (PST).

Rete Ictus: HUB: Unità di trattamento neurovascolare di II livello; TNV: Unità di Trattamento Neurovascolare di I livello UTN-I o Team neuro vascolare; Spoke: TNV localizzati in centri SPOKE

Rete Cardiologica: HUB: struttura sede di DEA con UTIC alta tecnologia, emodinamica h24 e alti volumi; Spoke II: Struttura sede di DEA o PS con UTIC e emodinamica h 24; Spoke I: Struttura sede di DEA o PS con UTIC

Ruolo delle strutture nella rete oncologica

Macroarea	Denominazione	Nodo
Macroarea 1	P.U. Umberto I - Roma.	HUB
	Ospedale S. Giovanni Calibita FBF - Roma	Spoke
	Ospedale Umberto I - Frosinone	Spoke
	Ospedale SS. Trinità - Sora	Spoke
	Ospedale Parodi Delfino - Colferro/Ospedale S. Giovanni Evangelista - Tivoli (da considerarsi funzionalmente come un unico centro)	Spoke
Macroarea 2	I.R.C.C.S. Istituti Fisioterapici Ospitalieri - Roma	HUB
	P.U. Tor Vergata - Roma	Spoke
	A.O. S. Giovanni Addolorata - Roma	Spoke
	P.U. Campus Biomedico - Roma	Spoke
	Ospedale Sandro Pertini - Roma	Spoke
	Ospedale S. Eugenio - Roma	Spoke
	Ospedale Regina Apostolorum - Albano	Spoke
Macroarea 3	A.O. S. Camillo-Forlanini - Roma.	HUB
	Polo Ospedaliero Latina Nord	Spoke
Macroarea 4	P.U. A. Gemelli - Roma	HUB
	P.U. S. Andrea - Roma	Spoke
	A.O. S. Filippo Neri - Roma	Spoke
	Ospedale Belcolle - Viterbo	Spoke
	Ospedale S. Camillo de Lellis - Rieti	Spoke
	Ospedale S. Pietro FBF - Roma	Spoke

Ruolo delle strutture pubbliche e accreditate nella rete perinatale

Istituto	Azienda	Comune	Macroarea	Livello (I-II-III)
Policlinico Umberto I	AU	Roma	1	III
Policlinico Umberto I-Utin Clinica Pediatrica				
San Giovanni Calibita - FBF	H Class.	Roma	1	III
San Giovanni Evangelista	RMG	Tivoli	1	II
Coniugi Bernardini*	RMG	Palestrina	1	I
Parodi Delfino	RMG	Colleferro	1	
Santissimo Gonfalone	RMG	Monterotondo	1	I
Umberto I	FR	Frosinone	1	II
San Benedetto	FR	Alatri	1	I
Santissima Trinità	FR	Sora	1	I
Santa Scolastica	FR	Cassino	1	I
San Giovanni	AO	Roma	2	III
Policlinico Casilino	RMB	Roma	2	III
Sandro Pertini	RMB	Roma	2	II
Sant'Eugenio	RMC	Roma	2	II
Fabia Mater	RMC	Roma	2	II
M. G.Vannini - Figlie di San Camillo	RMC	Roma	2	I
P.O. Albano-Genzano Stab. Genzano	RMH	Genzano	2	II
San Giuseppe	RMH	Marino	2	I
Civile Paolo Colombo	RMH	Velletri	2	I
San Camillo-Forlanini	AO	Roma	3	III
Giovanni Battista Grassi	RMD	Roma	3	II
Città di Roma	RMD	Roma	3	II
Villa Pia	RMD	Roma	3	I
P.O. Anzio - Nettuno Stab. Anzio	RMH	Anzio	3	I
P.O. Latina Nord-Stabilimento Latina	LT	Latina	3	III
P.O. Latina Centro-Stabilimento Fondi	LT	Fondi	3	I
P.O. Latina Sud-Stabilimento Formia	LT	Formia	3	
Città di Aprilia	LT	Aprilia	3	I
San Filippo Neri	AO	Roma	4	II
San Pietro - Fatebenefratelli	RME	Roma	4	III
Policlinico A. Gemelli	RME	Roma	4	III
Cristo Re	RME	Roma	4	II
Santa Famiglia	RME	Roma	4	II
Aurelia Hospital	RME	Roma	4	II
P.O.Santo Spirito	RME	Roma	4	I
Belcolle	VT	Viterbo	4	II
San Paolo	RMF	Civitavecchia	4	I
Civile di Tarquinia	VT	Tarquinia	4	I
San Camillo de Lellis	RI	Rieti	4	II

OBIETTIVO GENERALE

La riorganizzazione delle reti assistenziali ospedaliere per intensità di cure è volta a garantire un utilizzo più efficace ed efficiente delle risorse in grado di assicurare, all'interno dei diversi bacini di utenza (macroaree regionali), l'equilibrio tra copertura territoriale, qualità dei servizi, equità di accesso e necessità di concentrare la casistica più complessa in centri altamente qualificati.

AZIONI COMUNI DI GOVERNANCE

- verifica del lavoro svolto dai Coordinamenti delle reti, a partire dai Piani attuativi di macroarea elaborati dagli HUB di riferimento
- adozione di provvedimenti e misure volti alla risoluzione delle criticità emerse dal monitoraggio delle reti
- costituzione di sottogruppi tecnici nell'ambito dei Gruppi di Coordinamento per lo sviluppo di linee di indirizzo clinico-organizzative
- rimodulazione dell'architettura e del funzionamento delle reti, sulla base delle criticità emerse in sede di valutazione o a seguito della riorganizzazione dell'offerta ospedaliera (L. 135/2012)
- stesura dei percorsi clinico-assistenziali in emergenza (PCAE)
- implementazione dei percorsi (nuovi e già elaborati) e formazione degli operatori, con il coordinamento degli Hub di riferimento
- monitoraggio semestrale e valutazione del funzionamento delle reti.

Per quanto riguarda le principali reti di specialità, sono di seguito riportati sinotticamente i relativi piani operativi specifici.

Rete cardiologica

OBIETTIVI

- Qualificazione della rete prevista dal Decreto 74/2010, rendendola autosufficiente per ciascuna Macroarea, e rimodulazione a seguito della riorganizzazione dell'offerta ospedaliera (L. 135/2012).
- Riorganizzazione delle emodinamiche finalizzata al raggiungimento degli standard di attività ottimali, definiti dalle linee guida riconosciute a livello nazionale
- Realizzazione di un sistema di telemedicina volto a ridurre la quota di trasferimenti secondari da centri Spoke a centri Hub e a migliorare l'appropriatezza nell'accesso ai vari livelli assistenziali della rete.
- Realizzazione dei percorsi assistenziali definiti, coerentemente con le funzioni attribuite ai centri Hub e Spoke
- Attivazione di percorsi nell'ottica della continuità assistenziale Ospedale-Territorio

AZIONI

- Ridefinizione dell'assetto della rete secondo le dotazioni definite per cardiologia, UTIC ed emodinamiche
- Sviluppo dei Piani attuativi di macroarea ad opera degli HUB di riferimento, con particolare riferimento ai piani di afferenza delle emodinamiche di concerto con l'Ares-118
- Verifica dello stato di attuazione dei Piani da parte del Coordinamento regionale della rete
- Attivazione di un sistema di monitoraggio del funzionamento della rete, con adozione di eventuali correttivi, e dell'adesione ai percorsi assistenziali
- Elaborazione e implementazione di percorsi clinico-assistenziali (PCA) su specifici ambiti quali lo scompenso cardiaco e la fibrillazione atriale o su altre priorità definite dagli HUB
- Implementazione del percorso già sviluppato sulla sindrome coronarica acuta e del documento di indirizzo elaborato dal Gruppo di lavoro di Laziosanità-ASP sulla terapia della stenosi aortica
- Implementazione dei nuovi PCA
- Definizione di un piano di formazione degli operatori della rete per l'adesione ai piani organizzativi della macroarea e dei percorsi assistenziali
- Eventuale rimodulazione dell'architettura e della fisiologia della rete, sulla base delle criticità emerse in sede di valutazione o a seguito della riorganizzazione dell'offerta ospedaliera (L. 135/2012)

Risultati Programmati

- Realizzazione dell'assetto definito per le strutture di assistenza
- Rimodulazione dell'offerta delle emodinamiche e dei flussi di afferenza
- Raggiungimento degli standard di attività delle emodinamiche
- Adeguamento agli standard relativi al rapporto tra posti letto di cardiologia e posti letto di unità coronariche (rapporto 3:1)
- Adozione delle linee di indirizzo contenute nei percorsi clinico-organizzativi a livello locale
-

Indicatori di Risultato

- Riduzione dell'offerta a 20 emodinamiche sul territorio regionale e raggiungimento degli standard minimi di attività delle emodinamiche (400 angioplastiche /anno) in tutte le strutture
- Raggiungimento del rapporto standard posti letto cardiologia/UTIC in almeno l'80% delle strutture a livello regionale
- Sviluppo di percorsi clinico-organizzativi a livello locale in almeno il 60% delle strutture

CRONO PROGRAMMA

- I ANNO - primo semestre
- ridefinizione dell'assetto della rete
- sviluppo dei Piani attuativi di macroarea
- avvio dell'elaborazione dei percorsi clinico-assistenziali
- disseminazione del documento di indirizzo elaborato dal Gruppo di lavoro di Laziosanità-ASP sulla terapia della stenosi aortica
- I ANNO - secondo semestre
- verifica dello stato di attuazione dei Piani da parte del Coordinamento regionale della rete
- attivazione di un sistema di monitoraggio del funzionamento della rete
- definizione di un piano formativo degli operatori della rete per l'adesione ai piani organizzativi della macroarea
- attività relative all'elaborazione dei percorsi clinico-assistenziali
- avvio dell'implementazione del percorso sulla sindrome coronarica acuta
- II ANNO - primo semestre
- pubblicazione del rapporto sul primo anno del programma operativo della rete
- implementazione del percorso sulla sindrome coronarica acuta
- attività relative all'elaborazione dei percorsi clinico-assistenziali
- avvio del piano formativo degli operatori per l'adesione ai piani organizzativi di macroarea
- II ANNO - secondo semestre
- realizzazione del piano formativo per l'adesione ai piani organizzativi di macroarea
- attività relative all'elaborazione dei percorsi clinico-assistenziali
- avvio dell'implementazione dei PCA prodotti
- III ANNO - primo semestre
- pubblicazione del rapporto sul secondo anno del programma operativo della rete
- rimodulazione dell'architettura e della fisiologia della rete, sulla base delle criticità emerse
- avvio dell'implementazione dei PCA prodotti
- attuazione del piano formativo degli operatori per l'adesione ai piani organizzativi di macroarea e dei percorsi assistenziali
- III ANNO - secondo semestre
- implementazione dei PCA prodotti
- attuazione del piano formativo degli operatori per l'adesione ai piani organizzativi di macroarea e dei percorsi assistenziali
- verifica dello stato di attuazione della rete e del raggiungimento degli obiettivi fissati, in base agli indicatori definiti

RESPONSABILE DEL PROCEDIMENTO ATTUATIVO

- Dirigente Area Rete Ospedaliera

Rete oncologica

OBIETTIVI

- Qualificazione della rete prevista dal Decreto 59/2010, rendendola autosufficiente per le quattro Macroaree, con particolare riferimento alla garanzia per il cittadino della prossimità delle cure, e rimodulazione a seguito della riorganizzazione dell'offerta ospedaliera (L. 135/2012).
- Realizzazione dei percorsi assistenziali definiti, coerentemente con le funzioni attribuite ai centri Hub e Spoke
- Attivazione di percorsi nell'ottica della continuità assistenziale Ospedale-Territorio

AZIONI

- Attuazione completa della riorganizzazione in termini di chiusure di reparti e riduzione o attivazione di posti letto.
- Definizione degli standard per i reparti che effettuano interventi sui tumori
- Definizione dei Piani di Macroarea.
- Revisione dell'organizzazione delle radioterapie
- Verifica dell'attuazione della riorganizzazione da parte dell'Assessorato e dell'ASP
- Verifica annuale del mantenimento dei requisiti delle chirurgie oncologiche
- Definizione dei Piani di formazione delle varie figure professionali sull'organizzazione e il funzionamento della rete, e sui percorsi assistenziali da parte degli Hub
- Revisione dei percorsi assistenziali già identificati e completamento per le patologie per cui i percorsi non sono stati ancora definiti
- Attuazione dei programmi di formazione del personale
- Attuazione completa dei percorsi assistenziali e verifica anche tramite sistemi di audit entro
- Funzionamento a regime della rete oncologica

Risultati Programmati

- Realizzazione della riorganizzazione dei punti di offerta
- Formulazione degli standard per i reparti che effettuano interventi sui tumori
- Messa a regime dei piani in tutte le Macroaree
- Ridefinizione dell'organizzazione dell'offerta di radioterapia
- Addestramento delle figure chiave su organizzazione e funzionamento della rete e percorsi assistenziali definiti
- Implementazione dei percorsi assistenziali relativi alle sei patologie oncologiche prioritarie
-

Indicatori di Risultato

- Raggiungimento dei volumi definiti dagli standard per le principali patologie oncologiche, in modo che sia soddisfatto il fabbisogno regionale.
- Attuazione dei percorsi clinico assistenziali in almeno il 60% delle strutture per le neoplasie del polmone, della mammella, dello stomaco, della prostata, del colon retto e dell'utero
- Attuazione della formazione di almeno il 50% del personale

CRONO PROGRAMMA

- I ANNO - primo semestre
- Attuazione completa della riorganizzazione in termini di chiusure di reparti e riduzione o attivazione di posti letto
- Definizione dei Piani di Macroarea
- I ANNO - secondo semestre

- Definizione dei Piani di formazione delle varie figure professionali sull'organizzazione e il funzionamento della rete,
- Definizione di un piano di riorganizzazione delle radioterapie
- Avvio della revisione dei percorsi assistenziali già identificati
- II ANNO - primo semestre
- Verifica annuale del grado di attuazione dei Piani di Macroarea
- Definizione degli standard per i reparti che effettuano interventi sui tumori
- Avvio dei piani di formazione per il personale sull'organizzazione e il funzionamento della rete
- Avvio della riorganizzazione delle radioterapie
- Completamento della revisione dei percorsi assistenziali già identificati e avvio della definizione per le patologie per cui i percorsi non sono stati ancora definiti
- II ANNO secondo semestre
- Valutazione delle strutture che rispettano gli standard per gli interventi sui tumori e ridefinizione delle strutture incluse nella rete
- Attuazione dei piani di formazione per il personale sull'organizzazione e il funzionamento della rete e sull'implementazione dei percorsi già definiti
- Implementazione dei percorsi assistenziali già identificati
- Completamento della riorganizzazione delle radioterapie
- III ANNO primo semestre
- Verifica annuale del grado di attuazione dei Piani di Macroarea
- Verifica annuale del mantenimento dei requisiti delle chirurgie oncologiche
- Completamento della definizione dei percorsi assistenziali e implementazione dei percorsi relativi all'assistenza per le neoplasie del polmone, della mammella, dello stomaco, della prostata, del colon retto e dell'utero
- Attuazione dei piani di formazione per il personale sull'organizzazione e il funzionamento della rete e sull'implementazione dei percorsi relativi all'assistenza per le neoplasie del polmone, della mammella, dello stomaco, della prostata, del colon retto e dell'utero
- III ANNO secondo semestre
- Pieno funzionamento della rete in attuazione dei Piani di Macroarea
- Attuazione completa dei percorsi assistenziali e verifica tramite sistemi di audit

RESPONSABILE DEL PROCEDIMENTO ATTUATIVO

- Dirigente Area Rete Ospedaliera

Proposte

Rete del trauma

OBIETTIVI

- Qualificazione della rete prevista dal Decreto 76/2010, rendendola autosufficiente per le tre Macroaree, e rimodulazione a seguito della riorganizzazione dell'offerta ospedaliera (L. 135/2012).
- Promozione del "back-transport" al centro di prossimità una volta conclusa la necessità di assistenza nel centro Hub.
- Realizzazione di un sistema di trasmissione delle immagini (telemedicina) volto a ridurre i trasferimenti secondari da centri Spoke a centri Hub e a migliorare l'appropriatezza nell'accesso ai vari livelli assistenziali della rete.
- Realizzazione di percorsi
- Realizzazione di percorsi in continuità assistenziale fra reparti per acuti e reparti di post-acuzie riabilitativa.

AZIONI

- Attivazione del coordinamento regionale e dei coordinamenti delle tre macroaree previste dal decreto 76/2010.
- Verifica, per ciascun nodo della rete, dei requisiti strutturali e organizzativi previsti nel Decreto 76/2010.
- Attivazione di posti letto dedicati di terapia sub-intensiva ad alta valenza riabilitativa nei centri Hub
- Attivazione dei nuovi Percorsi Clinico Assistenziali per l'Emergenza relativi al trauma già definiti in uno specifico documento da parte del Gruppo di lavoro coordinato dall'ASP.
- Definizione di un percorso formativo per l'implementazione del PCAE a livello delle singole strutture coinvolte con il coordinamento dell'HUB di riferimento.
- Stesura e adozione di protocolli operativi per il collegamento funzionale fra CTS,CTZ e PST per Macroarea (Piano Operativo di Macroarea-POM) da aggiornare annualmente
- Implementazione di un sistema regionale di trasmissione delle immagini da centro spoke a centro Hub per la consulenza a distanza e stesura dei relativi protocolli operativi
- Stesura e adozione di protocolli operativi per il trasferimento dai reparti di acuzie ai centri di riabilitazione post-acuzie codici 56, 28 e 75

RISULTATI PROGRAMMATI

- Produzione di report a cadenza semestrale da parte dei coordinamenti di Macroarea e a cadenza annuale da parte del coordinamento regionale;
- Adeguamento dei CTS, CTZ e PST ai requisiti previsti dal DCA 76/2010, ivi compresa l'attivazione dei posti letto di terapia sub-intensiva
- Implementazione del POM per le tre Macroaree del DCA 76/2010
- Implementazione dei PCAE in ogni nodo della rete.
- Miglioramento dell'appropriatezza all'ingresso in post-acuzie riabilitativa ed eliminazione delle barriere di accesso ai centri di alta specializzazione per le mielolesioni (codice 28) e le Gravi Cerebrolesioni Acute (codice 75).

Indicatori di Risultato

- Funzionamento della rete;
- Trasporti primari per trauma grave in PST/CTZ/CTS;

- Trasporti primari per trauma grave in centri non della rete;
- Trasferimenti secondari per trauma grave da PST/CTZ verso CTS;
- Back transport da CTS/CTZ verso CTZ/PST o altri ospedali;
- Trasporti in elicottero;
- Trasporti da CTS a CTS;
- Volume di attività PST;
- Accessi per trauma grave in PST;
- Trasferimenti da CTS/CTZ/PST verso reparti di riabilitazione codice 56/28/75.
- Numero riunioni effettuate dal coordinamento regionale e dai coordinamenti di Macroarea, per anno
- N. di report elaborati dal coordinamento regionale e dai coordinamenti di Macroarea per anno
- Atto di adozione dei Piani Operativi di Macroarea

CRONO PROGRAMMA

- Entro il 30 Giugno 2013
 - Elaborazione dei Piani Operativi di Macroarea
 - Produzione di un report di funzionamento della rete aggiornato al 31 dicembre 2012
 - Verifica dei requisiti strutturali e funzionali dei CTS/CTZ/PST
- Entro il 31 Dicembre 2013
 - Elaborazione di un progetto di fattibilità per il trasferimento di immagini e la consulenza a distanza
 - Implementazione PCAE
 - Produzione di un report per il monitoraggio della rete aggiornato al 30 giugno 2013
- Entro il 31 Dicembre 2014
 - Adeguamento dei CTS/CTZ/PST ai requisiti previsti dal DCA 76/2010, ivi compresa l'attivazione dei posti letto di terapia sub-intensiva
 - Implementazione di un sistema di trasferimento di immagini e di consulenza a distanza
 - Aggiornamento annuale dei Piani Operativi di Macroarea
 - Produzione di un report per il monitoraggio della rete aggiornato al 30 giugno 2014
- Entro il 31 Dicembre 2015
 - Adeguamento della rete in funzione dei risultati del monitoraggio
 - Aggiornamento annuale dei Piani Operativi di Macroarea
 - Produzione di un report per il monitoraggio della rete aggiornato al 30 giugno 2015

RESPONSABILE DEL PROCEDIMENTO ATTUATIVO

- Dirigente Area Rete Ospedaliera

Proprietà

Rete dell'Ictus

OBIETTIVI

- Qualificazione della rete prevista dal Decreto 75/2010, rendendola autosufficiente per ciascuna Macroarea, e rimodulazione a seguito della riorganizzazione dell'offerta ospedaliera (L. 135/2012).
- Promozione del "back-transport" al centro di prossimità una volta conclusa la necessità di assistenza nel centro Hub.
- Realizzazione di un sistema di telemedicina volto a ridurre la quota di trasferimenti secondari da centri Spoke a centri Hub e a migliorare l'appropriatezza nell'accesso ai vari livelli assistenziali della rete.
- Realizzazione di percorsi in continuità assistenziale fra reparti per acuti e reparti di post-acuzie riabilitativa.

AZIONI

Nell'intento di realizzare in tempi ragionevolmente brevi la piena messa a regime della rete ictus su tutto il territorio regionale, in attuazione della specifica normativa vigente a sostegno di scelte organizzative funzionali e sostenibili la regione intende realizzare le seguenti azioni:

- Istituzione di un tavolo di Coordinamento regionale della rete, a integrazione di quanto previsto nel DCA 75/2010, con rappresentanti degli Hub delle 4 macroaree, della Regione e dell'ASP. La funzione di coordinamento su base regionale si rende necessaria per garantire una più efficace azione di governo, armonizzazione e monitoraggio delle attività della rete, con particolare riferimento ai Piani attuativi di macroarea ed alla telemedicina;
- Attivazione dei tavoli di coordinamento in tutte le macroaree previsti dal DCA, con il compito di definire e formalizzare i piani di macroarea (già richiesti dalla regione), ma non ancora a pieno regime in termini di operatività;
- Attivazione dei nuovi Percorsi Clinico Assistenziali per l'Emergenza relativi all'ictus già definiti in uno specifico documento da parte del Gruppo di lavoro coordinato dall'ASP;
- Definizione di un percorso formativo per l'implementazione del PCAE a livello delle singole strutture coinvolte con il coordinamento dell'HUB di riferimento;
- Implementazione dei piani di macroarea;
- Implementazione del sistema di telemedicina;
- Attivazione di posti letto dedicati di terapia sub-intensiva ad alta valenza riabilitativa nei centri Hub
- Stesura e adozione di protocolli operativi per il trasferimento dai reparti di acuzie ai centri di riabilitazione post-acuzie codici 56, 28 e 75
- Monitoraggio semestrale e valutazione del funzionamento delle reti, con il supporto di ASP
- Adozione di provvedimenti e misure volti alla risoluzione di tutte le criticità emerse dal monitoraggio delle reti;

RISULTATI PROGRAMMATI

- Acquisizione e validazione dei Piani di Macroarea ;
- Attivazione dei nuovi Percorsi Clinico Assistenziali per l'Emergenza relativi all'ictus
- Formazione degli operatori per l'implementazione del PCAE
- Implementazione del programma di telemedicina.

- Adeguamento dei nodi della rete ai requisiti previsti dal DCA 75/2010, già oggetto di verifica da parte ASP tra luglio e settembre 2012, ivi compresa l'attivazione dei posti letto di terapia sub-intensiva
- Miglioramento dell'appropriatezza all'ingresso in post-acuzie riabilitativa ed eliminazione delle barriere di accesso ai centri di alta specializzazione per le Gravi Cerebrolesioni Acute (codice 75).

Indicatori di Risultato

- Requisiti della rete:
- Numero di UTN attivate sul totale delle previste (attualmente sono attive 9 UTN sulle 15 previste)
- Funzionamento della rete:
- Numero trasporti primari per ictus verso UTN I/II
- Numero trasporti primari per ICTUS verso nodi della rete
- Numero trasferimenti secondari per ictus da TNV/PSe verso UTN I/II e da UTN I a UTN II
- Numero trasferimenti tra UTN I /II e altro UTN I/II
- Numero di accessi per ictus in nodi della rete
- Trasferimenti in continuità di ricovero di pazienti con ictus acuto
- Numero trombolisi effettuate
- N. dimessi con ictus verso strutture di riabilitazione post-ictus
- N. di report elaborati dal coordinamento regionale e dai coordinamenti di Macroarea per anno
- Atto di adozione dei Piani Operativi di Macroarea

CRONO PROGRAMMA

- Entro il 30 aprile 2013

Istituzione di un tavolo di Coordinamento regionale della rete

- Entro il 30 Giugno 2013
 - Elaborazione/revisione dei Piani Operativi di Macroarea
 - Attivazione dei nuovi Percorsi Clinico Assistenziali per l'Emergenza relativi all'ictus
 - Produzione di un report per il monitoraggio della rete aggiornato al 31 dicembre 2012
- Entro il 31 Dicembre 2013
 - Sperimentazione dei protocolli per il trasferimento di immagini e la consulenza a distanza
 - Produzione di un report per il monitoraggio della rete aggiornato al 30 giugno 2013
- Entro il 31 Dicembre 2014
 - Adeguamento dei nodi della rete ai requisiti previsti dal DCA 75/2010, ivi compresa l'attivazione dei posti letto di terapia sub-intensiva
 - Implementazione a regime del sistema di trasferimento di immagini e di consulenza a distanza
 - Aggiornamento annuale dei Piani Operativi di Macroarea
 - Produzione di un report per il monitoraggio della rete aggiornato al 30 giugno 2014
- Entro il 31 Dicembre 2015
 - Adeguamento della rete in funzione dei risultati del monitoraggio
 - Aggiornamento annuale dei Piani Operativi di Macroarea

- Produzione di un report per il monitoraggio della rete aggiornato al 30 giugno 2015

RESPONSABILE DEL PROCEDIMENTO ATTUATIVO

- Dirigente Area Rete Ospedaliera

Rete Perinatale

OBIETTIVI

- Adeguamento della Rete alle raccomandazioni contenute nell'Accordo Stato-Regioni del Dicembre 2010 che prevede una progressiva disattivazione delle UUOO con meno di 1000 parti/anno ed un modello organizzativo su 2 livelli (I e II), dove il *nuovo II livello* contiene il I e II del Decreto 56/2010 ed il *nuovo II livello* il III livello, ed alla rimodulazione dell'offerta ospedaliera (L. 135/2012).

AZIONI

- Monitoraggio annuale dei volumi di attività ostetrica di tutte le Unità Perinatali attive nella regione.
- Monitoraggio dei flussi dei trasporti neonatali per livello dell'Istituto trasferente e ricevente.
- Adeguamento dell'offerta di posti letto di Terapia Intensiva Neonatale al fabbisogno stimato nel decreto 56/2010 (1 pl ogni 750 nascite).
- Adeguamento dell'offerta di posti letto di patologia ostetrica in ciascuna UUOO perinatale con funzione di Hub nella rete
- Verifica delle condizioni strutturali e delle risorse umane presenti in quelle UUOO che, in base alle raccomandazioni contenute nell'Accordo Stato-Regioni del Dicembre 2010, dovranno essere oggetto di accorpamento con altra UUOO.
- Revoca dell'accreditamento alle CdC con un valore stabile di parti inferiore ai 1.000/anno
- Predisposizione, per ciascuna Macroarea, di protocolli operativi per il trasferimento "in utero" e neonatale fra centri di livello inferiore a centri di livello superiore.
- Realizzazione in ciascuna Macroarea di un sistema di triage ostetrico effettuato dal 118 per il trasporto assistito materno primario e secondario.
- Promozione della pratica del rooming-in per il neonato sano in tutte le UUOO perinatali
- Produzione di indicatori di processo per ciascuna Macroarea
- Mantenimento di un sistema di monitoraggio dei tassi di Taglio cesareo per UO per i parti a basso rischio.

Risultati Programmati

- Realizzazione nel triennio 2013-2015 di una rete assistenziale basata su due livelli.
- Chiusura nel triennio 2013-2015 delle UUOO con meno di 1.000 parti/anno
- Riduzione di almeno un terzo dei trasporti neonatali dovuti a mancanza dei posti letto
- Creazione di tavoli stabili di funzionamento della rete per Macroarea con report di attività almeno annuali
- Incremento di almeno il 20% delle UUOO che praticano il rooming-in per il neonato sano
- Riduzione di almeno il 10% del Tasso di Taglio Cesareo nei parti a basso rischio (classi di

Robson)

Indicatori di Risultato

- Numero UUOO presenti per livello (I e II) e numero di parti/anno
- Tasso di trasferimenti neonatali per motivo (medico e chirurgico) e per livello Istituto trasferente e ricevente
- Numero incontri dei tavoli e report di attività almeno annuali per Macroarea
- N. UUOO che praticano il roaming-in
- Tassi semestrali di TC per parti a basso rischio per Istituto
- N. trasporti materni assistiti con il 118 per istituto trasferente e ricevente

CRONO PROGRAMMA

I semestre 2013

- Attivazione Tavoli Macroarea
- Monitoraggio volumi di attività ostetrica e neonatale per singolo istituto, ivi incluso roaming-in e Tassi di Taglio cesareo
- Elaborazione di una proposta di rimodulazione della rete in 2 livelli

Il semestre 2013-I semestre 2014

- Implementazione della rete su due livelli
- Progressivo adeguamento dell'offerta di posti letto di TIN

Il semestre 2014-2015

- Monitoraggio volumi di attività ostetrica e neonatale per singolo istituto, ivi incluso roaming-in e Tassi di Taglio cesareo
- Adeguamento della rete su due livelli con la presenza di UUOO con almeno 1.000 parti/anno
- Completamento dell'offerta di posti letto di TIN e di patologia ostetrica rispondente al fabbisogno

RESPONSABILE DEL PROCEDIMENTO ATTUATIVO

- Dirigente Area Rete Ospedaliera

Intervento 13.2.: Definizione dei percorsi di cura, nonché dei percorsi diagnostico terapeutici relativi ad alcune aree di particolare interesse, in aggiunta all'area oncologica e cardiovascolare, che prevedano la integrazione ospedale/territorio

Per l'area oncologica, cardiovascolare e per il diabete, vedi schede relative agli interventi su: Riequilibrio Ospedale -Territorio (Reti delle Cure Palliative e di Terapia del Dolore) Assistenza Distrettuale (PDTA es. Diabete), e Reti Assistenziali per intensità di cure (Rete Oncologica, Cardiologica, Ictus).

Rete delle malattie rare

Premessa

Le malattie rare (MR) sono patologie potenzialmente letali o a rischio elevato di disabilità cronica, caratterizzate da bassa prevalenza ed elevato grado di complessità. Soffrono spesso di difficoltà di inquadramento diagnostico e terapeutico e richiedono, superata la fase dell'accertamento diagnostico e della definizione di un piano assistenziale individuale, di una forte integrazione fra il centro ospedaliero competente per le malattie rare e servizi territoriali.

Con il Decreto Ministeriale n. 279 del 18 maggio 2001, "Regolamento di istituzione della Rete nazionale delle malattie rare e di esenzione dalla partecipazione al costo delle relative prestazioni sanitarie", è stata istituita la Rete Nazionale per la prevenzione, la sorveglianza, la diagnosi e la terapia delle malattie rare" ed introdotta l'esenzione dalla partecipazione al costo delle relative prestazioni sanitarie, per un primo gruppo di malattie rare. Il D.M. 279/2001, inoltre, ha dato mandato alle Regioni d'individuare i centri per la diagnosi e cura delle malattie rare. La Regione Lazio ha recepito le indicazioni contenute nel D.M. 279/2001 individuando, con Delibera di Giunta Regionale,

17 Istituti come sede di 73 centri per la diagnosi, cura e trattamento.

Completivamente, gli utenti in carico al 31 dicembre 2011 presso centri ospedalieri per le malattie rare erano 13.169 per un totale di 13.254 diagnosi (Tabella).

Elenco prime 10 diagnosi malattie rare. Lazio (dati aggiornati al 31.12.2011).

CODICE ESENZIONE	NOME MALATTIA/GRUPPO	TIPO	N.	%
RDG020	DISORDINI EREDITARI TROMBOFILICI	AFFERENTE	1.318	9,94
RBG010	NEUROFIBROMATOSI	GRUPPO	841	6,35
RDG020	EMOFILIA A	AFFERENTE	362	2,73
RMG010	CONNETTIVITI INDIFFERENZIATE	GRUPPO	348	2,63
RF0280	CHERATOCONO	MALATTIA	319	2,41
RDG010	TALASSEMIE	AFFERENTE	291	2,20
RL0030	PEMFIGO	MALATTIA	246	1,86
RNG060	OSTEOGENESI IMPERFETTA	AFFERENTE	220	1,66
RCG040	DISTURBI DEL METABOLISMO E DEL TRASPORTO DEGLI AMINOACIDI	GRUPPO	204	1,54
RC0040	PUBERTA' PRECOCE IDIOPATICA	MALATTIA	202	1,52
ALTRE DIAGNOSI			8903	67,17
TOTALE			13254	100

Obiettivi

- Implementare Protocolli Diagnostico Terapeutici ed Assistenziali (PDTA) per gruppi omogenei di Malattie Rare
- Uniformare l'approccio diagnostico ed assistenziale all'interno della rete assistenziale delle Malattie Rare, con particolare attenzione all'integrazione ospedale-territorio

Azioni

- Individuazione, in base ai dati del Sistema Informativo regionale Malattie Rare Lazio, del gruppo di malattie per le quali sviluppare ed implementare il PDTA (singola malattia o gruppo omogeneo)
 - Priorità definita sulla base della complessità del paziente e della necessità di gestire la patologia cronica in strutture di prossimità - inclusi gli ambulatori dei Medici di Medicina Generale e Pediatri di Libera Scelta - in alternativa al ricovero ospedaliero presso centri ad alta specializzazione
- Individuazione dei centri ospedalieri responsabili, per ciascuna patologia identificata, della redazione e implementazione dei PDTA e loro attivazione
- Valutazione da parte di ASP e della Regione dei PDTA elaborati

- Adozione ed implementazione dei PDTA
- Raccolta, revisione e pubblicazione sul sito “malattierelazio” dei PDTA ricevuti
- Formazione degli operatori dei servizi territoriali sulla gestione della persona con malattia rara
- Monitoraggio e revisione periodica dei PDTA, con particolare attenzione all’integrazione ospedale-territorio

Risultati Programmati

- Adozione di almeno 30 PDTA
- Armonizzazione delle modalità di accesso, accertamento diagnostico e presa in carico da parte del centro ospedaliero e dei servizi territoriali
- Formazione dei professionisti dei servizi territoriali sulla gestione delle persone con malattia rara
-

Indicatori di Risultato

- N. PDTA adottati
- N. di servizi territoriali coinvolti nei PDTA
- N. corsi di formazione realizzati per ASL
- N. professionisti coinvolti per ASL
- N. di “on-site-visit” presso il centro ospedaliero nell’ambito del monitoraggio dei PDTA

CRONO PROGRAMMA

- Entro il 31 dicembre 2013
- Sviluppo e pubblicazione di almeno 20 PDTA
- Entro il 31 dicembre 2014
- Sviluppo e pubblicazione di almeno 10 PDTA
- Verifica del livello di implementazione dei PDTA attraverso “on-site-visit”
- Avvio della formazione rivolta ai servizi territoriali di almeno 6 ASL
- Aggiornamento dei PDTA pubblicati nel 2013
- Entro il 31 dicembre 2015
- Verifica del livello di implementazione dei PDTA attraverso “on-site-visit”
- Completamento della formazione rivolta ai servizi territoriali delle rimanenti 6 ASL
- Aggiornamento dei PDTA pubblicati nel 2013-2014

RESPONSABILE DEL PROCEDIMENTO ATTUATIVO

- Dirigente Area Rete Ospedaliera

Proprio

Programma 14 – Riequilibrio Ospedale-Territorio

Il presente programma, così come predisposto dalle linee di indirizzo ministeriali, si articola in tre macro aree:

- Rete ospedaliera e riconversioni;
- Cure palliative e terapia del dolore per il paziente adulto e pediatrico;
- Assistenza primaria;
- Assistenza territoriale.

Intervento 14.1: Rete ospedaliera e riconversioni

Azione 14.1.1: Ridefinizione della rete ospedaliera acuti e post-acuti, con individuazione analitica del numero dei posti letto suddivisi per struttura, disciplina, DH e ordinari, unità operative (nel rispetto delle indicazioni degli standard nazionali e dell'emanando regolamento)

L'attuale assetto della rete ospedaliera della regione Lazio è stato definito dal Decreto 80/2010 e ss.mm.ii., che era ispirato ai seguenti obiettivi:

- Riconduzione entro il 31 dicembre 2010 del numero di posti letto per acuti al valore massimo del 3,3 per 1000 abitanti indicato dal patto per la Salute 2010-2012
- Concentrazione dell'attività di ricovero in un numero inferiore di punti di offerta, attraverso la riconversione degli ospedali minori, al fine di ottimizzare i costi di gestione, di incrementare l'assistenza distrettuale di ricondurre progressivamente il tasso di ospedalizzazione regionale a quello programmato a livello nazionale
- Riorganizzazione dell'assistenza delle reti di specialità indicate dal PSR 2010-2012, già avviata con i Decreti 56/2010, 58/2010 e 59/2010, prevedendo una particolare tutela per le discipline di ricovero dell'area medica che risultano in carenza rispetto al fabbisogno di cui al Decreto 17/2010
- Rimodulazione dell'offerta per acuti nelle discipline di ricovero che presentano un consistente eccesso di offerta rispetto al fabbisogno di cui al Decreto 17/2010, ferma restando la necessità di tutela delle aree territoriali di cui al Decreto 48/2010 che presentino invece carenza di offerta
- Equilibrio nell'incidenza dei provvedimenti tra il settore pubblico e quello privato in riferimento ai principi di cui all'art. 8-quater comma 8 del DLgs 502/92 e ss.mm.ii.

Successivamente all'approvazione del Decreto 80/2010 si è registrata, da una parte, la difficoltà di alcune strutture ad adeguarsi o a riconvertirsi; dall'altra, l'impossibilità di mettere in atto le azioni di rimodulazione necessarie, a causa di ricorsi al T.A.R. e dei successivi provvedimenti di sospensione degli effetti del Decreto in una molteplicità di casi.

Peraltro, una serie di decreti successivi al succitato Decreto 80/2010, ha ulteriormente modificato l'assetto di offerta da quest'ultimo programmato, nello specifico per le strutture private.

Dal 2010 ad oggi, la rete ospedaliera è stata oggetto di un processo di monitoraggio e rilevazione, finalizzato a valutarne il grado di effettiva implementazione.

Da ultimo, nel mese di Febbraio 2013 è stata avviata un'azione di ricognizione dello stato d'avanzamento al 1.1.2013, i cui risultati sono sintetizzati nella tabella di seguito riportata, che ne rappresenta la distribuzione per Macroarea a confronto con quanto previsto dal Decreto 80/2010 e ss.mm.ii.

Macroarea	DCA 80/2010 e ss.mm.ii.				Ricognizione PL attivi 1.1.2013				Attivi 2013 - DCA 80/2010			
	PL ORD	PL DH	Totale PL	PL per 1.000 res.	PL ORD	PL DH	Totale PL	PL per 1.000 res.	PL ORD	PL DH	Totale PL	PL per 1.000 res.
1	3.111	391	3.502	2,44	2.990	447	3.437	2,4	-121	56	-65	-0,04
2	4.236	600	4.836	3,13	3.976	665	4.641	3,01	-260	65	-195	-0,12
3	3.461	479	3.940	3,05	3.258	479	3.737	2,89	-203	0	-203	-0,16
4	5.137	657	5.794	4,50	4.870	625	5.495	4,27	-267	-32	-299	-0,23
Totale	15.945	2.127	18.072	3,25	15.094	2.216	17.310	3,12	-851	89	-762	-0,13

I risultati di tale rilevazione sono più nel dettaglio riportati in appendice ad una relazione tecnica prodotta dall'ASP (allegata alla presente scheda) e indicano come l'attuale offerta per acuti nel Lazio sia inferiore a quanto normato dal Decreto 80/2010 e ss.mm.ii., con scostamenti anche rilevanti sia in termini generali che per alcune specialità; tali scostamenti (a volte in eccesso, per lo più in difetto) sono di particolare rilevanza per alcune discipline.

In tal senso, i dati rilevati necessitano di un'attenta verifica con le Direzioni aziendali per i dovuti approfondimenti che – attraverso una serie di incontri mirati - dovranno confermare quanto già da queste dichiarato e accertare le motivazioni alla base degli scostamenti più significativi. Tale verifica è essenziale – oltre che per validare i risultati preliminari - anche per l'analisi dei fattori limitanti l'attivazione dei posti letto, della loro eventuale persistenza e pertanto del loro impatto in termini di fattibilità e compatibilità con i successivi atti di programmazione e le azioni di rimodulazione della rete ospedaliera previste o in itinere.

La Legge 135/2012 (*spending review*), con l'art.5 ha di recente fissato nuovi obiettivi per la programmazione della rete ospedaliera da raggiungere nel triennio 2013-2015:

- tasso di ospedalizzazione 160 per 1.000 abitanti, con il 25% di ricoveri in DH;
- numero di posti letto per 1.000 residenti pari a 3,7 (di cui 0,7 per la riabilitazione e lungodegenza);
- riduzione di posti letto "esclusivamente attraverso la soppressione di unità operative complesse";
- Definizione del numero di Unità Operative Complesse (UU.OO.CC.) nelle strutture Ospedaliere pubbliche sulla base di un coefficiente di 17,5 posti letto per U.O.C., da applicare al numero totale dei posti letto (il totale è comprensivo delle UU.OO.CC. senza posti letto);
- riduzione dell'offerta di posti letto almeno per il 50% nelle strutture di ricovero pubbliche;
- verifica, sotto il profilo assistenziale e gestionale, della funzionalità delle piccole strutture ospedaliere pubbliche;
- passaggio dal ricovero ordinario al ricovero diurno e dal ricovero diurno all'assistenza in regime ambulatoriale, favorendo l'assistenza residenziale e domiciliare;

- rispondenza fra offerta e fabbisogno in ambito di riabilitazione e lungodegenza;
- qualificazione dell'offerta territoriale.

Successivamente, il Ministero della Salute ha avviato i lavori di stesura di una Bozza di Decreto di Regolamento recante "Definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera"; accanto agli obiettivi fissati dalla L. 135/2012, nella Bozza di Decreto vengono indicati ulteriori requisiti da soddisfare:

- aderenza da parte delle strutture pubbliche agli standard sulle UOS e UOC approvati nella seduta del 26 marzo 2012 dal Comitato ex art.9 dell'Intesa Stato Regioni del 23 marzo 2005;
- organizzazione del Sistema dell'emergenza secondo livelli gerarchici di complessità delle strutture ospedaliere (presidi di base, DEA I e DEA II);
- adeguamento dell'offerta, a partire da parametri di efficienza operativa standard, distribuita per specialità secondo la tabella di cui al punto 3.1 della Bozza di regolamento.

Ancorché tale Bozza non sia stata recepita dalla Conferenza Stato-Regioni, né sia stata finalizzata dal Governo uscente, la Regione Lazio – riconoscendone alcuni aspetti di merito - ha tuttavia ritenuto opportuno tenerne conto nella definizione della rete ospedaliera attualmente in corso.

OBIETTIVI

Perseguire - nell'arco del triennio 2013-2015 - gli obiettivi previsti dalla L. 135/2012 sia in merito alla dotazione di posti letto che alle UU.OO.CC. consentite a ciascuna struttura ospedaliera nella definizione degli atti aziendali, tenendo conto di valutazioni di fattibilità e sostenibilità in relazione alle specificità di contesto della Regione Lazio.

RISULTATI PROGRAMMATI

- Vedi relazione allegato 2

INDICATORI DI RISULTATO

- Rispetto dei parametri fissati dalla Legge 135/2012 nelle strutture ospedaliere del Lazio al 31.12.2015:
- posti letto per acuti
- posti letto per post-acuti
- tasso di ospedalizzazione
- rapporto UU.OO.CC./posti letto = 1/17,5

IL CRONO PROGRAMMA DELLE SCADENZE INTERMEDIE E FINALITÀ CHE DOVRANNO ESSERE RISPETTATE

- 31.3.2013: adozione atto di ricognizione dello stato di attuazione del Decreto 80/2010 al 1.1.2013;
- 30.4.2013: adozione atto di rimodulazione della rete ospedaliera;
- 30.6.2013: adozione atti aziendali nel rispetto dei parametri relativi alle UU.OO.CC.;
- 31.12.2013: scostamento tra posti letto al 1.1.2013 e rimodulati ≤ 50%;
- 31.12.2014: scostamento tra posti letto al 1.1.2013 e rimodulati ≤ 25%;
- 31.12.2015: scostamento tra posti letto al 1.1.2013 e rimodulati = 0.

RESPONSABILE DEL PROCEDIMENTO ATTUATIVO

- Direzione Regionale Programmazione e Risorse del SSR

Azione 14.1.2: Riconversione delle strutture ospedaliere di piccole dimensioni o con ridotta attività, con contestuale individuazione delle forme di assistenza che saranno attivate nelle strutture riconvertite, con precisa indicazione della tempistica del graduale trasferimento delle funzioni e delle risorse

La Regione Lazio, con DCA 113 del 31.12.2010, ha approvato il documento "Programmi Operativi 2011-2012", al fine di riorganizzare, riqualificare e potenziare il Servizio Sanitario Regionale nel rispetto dell'equilibrio di bilancio e del rispetto dei Livelli Essenziali di Assistenza.

L'intervento di **Riconversione delle strutture ospedaliere**, tenendo conto di quanto previsto dal DPCA 80/2010, prevedeva la dismissione di strutture pubbliche di piccole dimensioni secondo tempistiche differenti e la loro riconversione in diverse tipologie di strutture territoriali.

Per individuare le strutture da riconvertire o riqualificare si rimanda a quanto contenuto nel DPCA 80/2010:

"Le strutture sono state identificate a partire dalle indicazioni contenute nel DCA 48/2010, dalla analisi dei presidi che hanno presentato per il 2009 un volume di attività di Pronto Soccorso inferiore ai 25.000 accessi annui, e dalla selezione di strutture che in funzione di precedenti processi riorganizzativi presentano un volume di attività di ricovero per acuti o in post-acuzie medica o riabilitativa ridotta o residuale."

In particolare stati utilizzati specifici criteri che si riportano come elencati nel decreto stesso:

- "• Distribuzione modalità di accesso in P.S. in particolare percentuale accessi con ambulanza e accessi in modo autonomo*
- Distribuzione codici di Triage, in particolare percentuale di codici bianchi (misura di quota parte di attività gestibile dai servizi di medicina di base)*
- Distribuzione modalità d'uscita*
- Percentuale pazienti che non risponde alla chiamata da parte del medico (misura della capacità di risposta)*
- Tempo medio permanenza in P.S. (misura della capacità di risposta)*
- Percentuale accessi per diagnosi aspecifiche*
- Percentuale ricoveri suggeriti dal P.S. rifiutati dal paziente (qualità percepita da parte del paziente della struttura di ricovero)*
- Rapporto tra accessi in P.S. con esito ricovero e totale delle dimissioni acuti in regime ordinario (capacità di filtro del P.S.)*
- Percentuale ricoveri provenienti da P.S. a rischio di in appropriatezza individuata utilizzando i criteri di selezione del metodo APPRO di cui alla DGR 864/02 ed al Decreto 58/2009 (capacità di filtro del P.S.)*
- Numero complessivo di dimissioni*
- Distribuzione per distretto di residenza dei dimessi (capacità attrattiva della struttura)*
- Indici di mobilità passiva: indici di contenimento misurati sul Distretto di insidenza, (Ic) e di fuga intraaziendale (IFA), interaziendale (IFL) e interregionale (IF)*
- Indice di occupazione dei posti letto*
- Indice di case mix*
- Percentuale dimissioni volontarie."*

Il sopracitato DCA 113/2010 aveva previsto che tali riconversioni avrebbero generato:

- riallocazione del personale verso altre strutture aziendali e/o regionali;
- potenziamento delle attività territoriali;
- adeguamento dei layout e riduzione dei costi di gestione delle strutture.

È stato possibile rilevare che diverse strutture interessate hanno dismesso l'attività ospedaliera ed alcune si sono riconvertite.

In alcuni casi, non è stato possibile procedere alla riconversione a causa dal contenzioso in essere ed, in particolare, dalla concessa sospensiva da parte dell'autorità giudiziaria.

Di seguito si riporta la tabella di sintesi riconversioni/riqualificazioni delle strutture ospedaliere ai sensi del DPCA 80 / 2010, Allegato B.

Denominazione	Comune	ASL	Macro Area	Criteri di individuazione	Distretto Sanitario di afferenza	Dismissione attività per acuti	Dismissione altra attività sanitaria	Nuova riconfigurazione
Nuovo Regina Margherita	Roma	RM A	1	attività di ricovero residuale o ridotta	101 - I	NO	NO	Riconversione in Ospedale Distrettuale di II Livello (TIPO A): Core + PPI A + 118 + 4 P.L. Day Surgery
Santissimo Gonfalone	Monterotondo	RM G	1	sotto 25.000 accessi in P.S.	107 - G1-Meritana-Monterotondo	SI	NO	Riconversione in Ospedale Distrettuale di II Livello (TIPO B): Core + PPI B + 118 + UDI
Santissimo Salvatore	Palombara Sabina	RM G	1	attività di ricovero residuale o ridotta	107 - G2 - Guidonia	SI	NO	Riconversione in Ospedale Distrettuale di II Livello (TIPO B): Core + PPI B + 118 + UDI
A. Angelucci	Subiaco	RM G	1	sotto 25.000 accessi in P.S.	107 - G4-Subiaco	NO	NO	Riconversione in Ospedale Distrettuale di II Livello (TIPO C): Core + PPI B + OBI + P.L. Med + 118 + Elisuperficie
Poliambulatorio ex Osp. San Giovanni Battista	Zagarolo	RM G	1	DC 48 già decisa dismissione acuzie	107 - G5-Palestrina	SI	NO	Poliambulatorio Specialistico a servizio di percorsi assistenziali + Finalità sociali
San Benedetto	Alatri	FR	1	sotto 25.000 accessi in P.S.	112 - A Alatri-Anagni	NO	NO	Rimane ospedale per acuti
Civile di Anagni	Anagni	FR	1	sotto 25.000 accessi in P.S.	112 - A Alatri-Anagni	SI	NO	Riconversione in Ospedale Distrettuale di II Livello (TIPO B): Core + PPI B + 118 + UDI
Civile di Ceccano	Ceccano	FR	1	DC 48 già decisa dismissione acuzie	112 - B Frosinone	SI	NO	Poliambulatorio Specialistico a servizio di percorsi assistenziali + Finalità sociali
Pasquale Del Prete	Pontecorvo	FR	1	sotto 25.000 accessi in P.S.	112 - D Cassino	SI	NO	Riconversione in Ospedale Distrettuale di II Livello (TIPO B): Core + PPI B + 118 + UDI
Presidio Sanitario di Ceprano	Ceprano	FR	1	attività di ricovero residuale o ridotta	112 - B Frosinone	SI	NO	Poliambulatorio Specialistico a servizio di percorsi assistenziali + Finalità sociali
Presidio Sanitario di Ferentino	Ferentino	FR	1	attività di ricovero residuale o ridotta	112 - B Frosinone	SI	NO	Poliambulatorio Specialistico a servizio di percorsi assistenziali + Finalità sociali
Santa Croce di Arpino	Arpino	FR	1	attività di ricovero residuale o ridotta	112 - C Sora	SI	SI	Finalità sociali
Della Croce	Atina	FR	1	attività di ricovero residuale o ridotta	112 - C Sora	SI	SI	Finalità sociali
In memoria dei Caduti	Isola del Liri	FR	1	attività di ricovero residuale o ridotta	112 - C Sora	SI	NO	Riconversione in Hospice (finanziamento ex art. 20)
A. C. Cartoni	Rocca Priora	RM H	2	DC 48 già decisa dismissione acuzie	108 - H1	SI	NO	Poliambulatorio Specialistico a servizio di percorsi assistenziali + Finalità sociali
Luigi Spolverini	Ariccia	RM H	2	DC 48 già decisa dismissione acuzie	108 - H2	SI	NO	Riconversione in Ospedale Distrettuale di I Livello: Core + mantiene attività di riabilitazione
Centro Paraplegici di Ostia	Roma	RM D	3	DC 48 già decisa dismissione acuzie	104 - II	SI	NO	Rimane Riabilitazione per mielolesi

Denominazione	Comune	ASL	Macro Area	Criteri di individuazione	Distretto Sanitario di afferenza	Dismissione attività per acuti	Dismissione altra attività sanitaria	Nuova riconfigurazione
Villa Albani	Anzio	RM H	3	attività di ricovero residuale o ridotta	108 - H6	SI	NO	Mantiene vocazione riabilitativa + Residenza Protetta Persone Disabili (finanziamento ex art 20)
Ospedale di Sezze	Sezze	LT	3	DC 48 già decisa dismissione acuzie	111 - Monti Lepini	SI	NO	Riconversione in Ospedale Distrettuale di II Livello (TIPO A): Core + PPI A + 118 + UDI
San Giovanni di Dio	Fondi	Lt	3	sotto 25.000 accessi in P.S.	111 - Terracina -Fondi	NO	NO	Rimane ospedale per acuti
Ospedale di Gaeta	Gaeta	LT	3	DC 48 già decisa dismissione acuzie	111 - Formia-Gaeta	SI	NO	Riconversione in Ospedale Distrettuale di II Livello (TIPO A): Core + PPI A + 118 + UDI
Ex Ospedale di Minturno	Minturno	LT	3	attività di ricovero residuale o ridotta	111 - Formia-Gaeta	SI	NO	Poliambulatorio Specialistico a servizio di percorsi assistenziali + Finalità sociali
Civile di Bracciano	Bracciano	RM F	4	sotto 25.000 accessi in P.S.	106 - F3	SI	NO	Riconversione in Ospedale Distrettuale di II Livello (TIPO B): Core + PPI A + 118 + UDI + Elisuperficie
Civile di Acquapendente	Acquapendente	VT	4	sotto 25.000 accessi in P.S.	109 - VT1	NO	NO	Ospedale Distrettuale di II Livello (TIPO C): Core + PPI B + OBI + P.L. Med + 118 + Elisuperficie
Ospedale di Montefiascone	Montefiascone	VT	4	DC 48 già decisa dismissione acuzie	109 - VT1	SI	NO	Ospedale Distrettuale di II Livello (TIPO A): Core + PPI A + 118 + UDI
Civile di Tarquinia	Tarquinia	VT	4	sotto 25.000 accessi in P.S.	109 - VT2	NO	NO	Rimane ospedale per acuti
Ospedale di Ronciglione	Ronciglione	VT	4	DC 48 già decisa dismissione acuzie	109 - VT4	SI	NO	Ospedale Distrettuale di II Livello (TIPO A): Core + PPI A + 118 + UDI
Ospedale Andosilla	Civita Castellana	VT	4	sotto 25.000 accessi in P.S.	109 - VT5	NO	NO	Rimane ospedale per acuti
Marzio Marini	Magliano Sabina	RI	4	sotto 25.000 accessi in P.S.	110 - 2-Mirtense	SI	NO	Ospedale Distrettuale di II Livello (TIPO A): Core + PPI A + 118 + UDI
Ospedale di Amatrice	Amatrice	RI	4	DC 48 già decisa dismissione acuzie	110 - 5-Alto Velino	NO	NO	Ospedale Distrettuale di II Livello (TIPO C): Core + PPI B + OBI + P.L. Med + 118 + Elisuperficie

Il processo di riconversione si è sviluppato con modalità differenziate correlate con le peculiarità degli specifici territori interessati; laddove sono stati promossi ricorsi, il percorso ha subito ritardi o interruzioni non consentendo un omogeneo proseguimento delle riconversioni. Pertanto, al fine di monitorare e sostenere il complesso processo avviato sono stati effettuati, da parte della Regione Lazio, incontri con le Direzioni Generali delle ASL interessate nei mesi di settembre e ottobre 2012. Il quadro risulta essere il seguente:

1. PO di Bracciano (ASL RM/F): l'Ospedale "Padre Pio" di Bracciano non è stato ad oggi riconvertito in CeCAD. Tale riconversione, prevista nel DPCA n. 80/2010, non ha potuto avere luogo per l'intervenuta Sentenza del Consiglio di Stato n. 3242/2012 del 30/05/2012, reg. ric. n. 1008/2012.
2. PO di Monterotondo (ASL RM/G): risulta contenzioso in atto (Ricorso Straordinario al Presidente della Repubblica). Proposta Riorganizzazione Ospedaliera, in deroga al DPCA n.80/2010, disposta dalla ASL con nota prot. n.2225/2011 e Deliberazione n. 179 del 1/03/2012, attualmente in corso di valutazione.
3. PO di Palombara Sabina (ASL RM/G): l'Ospedale è stato riconvertito, come da programmazione regionale, alla data del 1/04/2011 (Delib. n. 240 del 31/03/2011 e Delib. di rettifica n. 602 del 30/06/2011), con conseguente dismissione dell'attività per acuti. Non risulta alcun contenzioso in atto
4. PO "A. Angelucci" di Subiaco (ASL RM/G): risulta contenzioso in atto (Ricorso al T.A.R.). Proposta Riorganizzazione Ospedaliera, in deroga al DPCA n. 80/2010, disposta dalla ASL con nota prot. n. 2225/2011 e Deliberazione n. 1039 del 5/12/2011, attualmente in corso di valutazione.
5. PO di Zagarolo (ASL RM/G): la chiusura è stata disposta, come da programmazione regionale, con Delib. n. 480 del 24 maggio 2011 che contiene anche il Piano operativo per la riconversione. Non risulta alcun contenzioso in atto

6. PO di Rocca Priora (ASL RM/H): l'Ospedale è stato trasformato in struttura territoriale, come da programmazione regionale, vd. Deliberazione n. 988 del 18/06/2010 che dispone il trasferimento a Frascati del ricovero per acuti. Non risulta alcun contenzioso in atto.
 7. PO "Spolverini" di Ariccia (ASL RM/H): presso la Struttura, come da previsione del DPCA n. 80/2010, sono attivi n. 28 posti di riabilitazione post acuzie (cod. 56). E' stato trasferito ad Albano l'UO di Ortopedia e Traumatologia. Presso l'Ospedale risultano ancora attivi n. 6 p.l. di D.H. di Oncologia. Non risulta alcun contenzioso in atto.
 8. PO "Villa Albani" di Anzio (ASL RM/H): l'ospedale è stata trasformato, come da programmazione regionale, in struttura territoriale. Risultano ancora attivi 35 posti di riabilitazione post acuzie (cod. 56) e 4 p.l. D.H. Non risulta alcun contenzioso in atto
 9. PO di Acquapendente (ASL VT): risultano attivi 28 p.l. di medicina e Day Surgery polispecialistico, con 4 pl. Non risulta alcun contenzioso in atto
 10. Ospedale di Montefiascone (ASL VT): risultano attivi: Day Surgery 4 p.l., Geriatria 28 p.l., 24 p.l. di medicina e 4 p.l. di riabilitazione. Non risulta alcun contenzioso in atto
 11. PO di Ronciglione (ASL VT): la riconversione è stata disposta con la Deliberazione del direttore Generale n. 156 del 24.02.2011. Risultano ancora attivi PL di DH ematologico. Non risulta alcun contenzioso in atto.
- Nota:** Fino alla conclusione dei lavori all'Ospedale di Belcolle potranno esserci difficoltà nel trasferire le attività di degenza tuttora attive nei presidi sopra elencati.
12. PO "San Carlo" di Sezze (ASL LT): l'ospedale è stato riconvertito, come da programmazione regionale, come disposto con Deliberazione del DG della ASL n. 441 del 19/07/2011. Non risulta alcun contenzioso in atto.
 13. PO "Luigi di Liegro" di Gaeta (ASL LT): L'Ospedale è stato riconvertito, come da programmazione regionale, come disposto con Deliberazione del Direttore Generale della AUSL n. 611 del 08/11/2011. Non risulta alcun contenzioso in atto. Risulta attivo un Day Surgery polispecialistico con 15 pl.
 14. Ospedale Civile di Minturno (ASL LT): le attività per acuti sono state dismesse. Non risulta alcun contenzioso in atto
 15. PO "Marzio Marini" di Magliano Sabina (ASL RI): l'ospedale è stato riconvertito, come da programmazione regionale, con la conseguente interruzione delle attività di ricovero per acuti. Risulta contenzioso in atto (TAR).
 16. PO "Francesco Grifoni" di Amatrice (ASL RI): l'Ospedale è stato riconvertito, come da programmazione regionale. Non risulta alcun contenzioso in atto. Risultano ancora attivi 8 p.l di Medicina Generale.
 17. PO di Anagni (ASL FR): il Presidio Ospedaliero risulta ancora aperto, con la configurazione preesistente 81 p.l. (con relativo personale). La mancata chiusura è dovuta ad una

pronuncia del Consiglio di Stato che ha accolto la richiesta di sospensiva. Contenzioso al TAR (R.G. 3447/2011)

18. PO di Ceccano (ASL FR): l'Ospedale è stato disattivato, come da programmazione regionale, in data 15/01/2011 (vd. Delib. n. 234 del 30/03/2011), tutte le attività ospedaliere, con il relativo personale, sono state trasferite presso il P.O. di Frosinone. Non risulta alcun contenzioso in atto
19. PO di Pontecorvo (ASL FR): l'Ospedale è stato disattivato, come da programmazione regionale, in data 1/06/2011 (vd. note prot. n. 11243/2011 e n. 11380/2011 della Dir. Gen.). Le attività ospedaliere sono state trasferite presso il P.O. di Cassino. Il contenzioso al TAR è stato definito con una sentenza rigettante il ricorso. I 13 p.l. di SPDC sono in via di trasferimento a Cassino.
20. PO Riabilitativo Ferrari di Ceprano (ASL FR): l'Ospedale è stato disattivato, come da programmazione regionale, in data 1/01/2011 (vd. Delib. n. 234 del 30/03/2011), tutte le attività ospedaliere, con il relativo personale, sono state trasferite presso il P.O. di Frosinone. Il contenzioso al TAR è stato definito con una sentenza rigettante il ricorso.
21. PO Riabilitativo Civico di Ferentino (ASL FR): l'Ospedale è stato disattivato, come da programmazione regionale, in data 1/01/2011 (vd. Delib. n. 234 del 30/03/2011), tutte le attività ospedaliere, con il relativo personale, sono state trasferite presso il P.O. di Frosinone. Non risulta alcun contenzioso in atto
22. PO di Arpino (ASL FR): l'Ospedale è stato disattivato, come da programmazione regionale, in data 1/06/2011 (vd. Delib. n. 11173 del 26/05/2011), tutte le attività ospedaliere, con il relativo personale, sono state trasferite presso il P.O. di Sora. Non risulta alcun contenzioso in atto
23. PO di Atina (ASL FR): l'Ospedale è stato disattivato, come da programmazione regionale, in data 1/02/2011 (vd. Delib. n. 234 del 30/03/2011), tutte le attività ospedaliere, con il relativo personale, sono state trasferite presso il P.O. di Sora. Il contenzioso al TAR è stato definito con una sentenza rigettante il ricorso.
24. PO di Isola del Liri (ASL FR): l'Ospedale è stato disattivato, come da programmazione regionale, in data 1/02/2011 (vd. Delib. n. 234 del 30/03/2011), tutte le attività ospedaliere, con il relativo personale, sono state trasferite presso il P.O. di Sora. Non risulta alcun contenzioso in atto

Obiettivo generale

- Il DPCA 80/2010 e s.m.i ha avviato il processo di riconversione dei presidi ospedalieri pubblici di piccole dimensioni, portando ad una riorganizzazione dell'offerta in alcuni dei territori interessati con l'attivazione di servizi sanitari alternativi all'attività di ricovero per acuti. Permangono, nell'ambito di tale processo, alcune criticità, originate anche dall'avvio di contenziosi relativi ai provvedimenti di riconversione. Il completamento del processo di riconversione delle strutture sopracitate, come indicato dal DPCA 80/2010, consentirà l'attivazione a livello territoriale, con varie modulazioni, delle funzioni proprie del Centro Clinico Assistenziale Distrettuale (CeCAD) previste dal Piano Sanitario Regionale 2010 -2012 (DPCA 111/2010), funzioni che di seguito sinteticamente si richiamano.
- *Funzioni Core:* Punto Unico di Accesso Integrato Sociosanitario, Specialistica ambulatoriale, Ambulatori infermieristici, Diagnostica di base, Continuità assistenziale, Assistenza domiciliare *integrata*.
- Moduli funzionali aggiuntivi: Distribuzione farmaci e presidi, Forme aggregate MMG e PLS, Accorpamenti di prestazioni ambulatoriali (APA) e Pacchetti ambulatoriali complessi (PAC), Ambulatorio per il trattamento del dolore cronico, Telemedicina.
- Moduli funzionali caratterizzanti: Degenza infermieristica, Modulo emergenza tipo A (Punto di primo intervento - PPI).
- Laddove ricorrano le condizioni e mediante la stipula di accordi locali si prevede inoltre di attivare funzioni riconducibili all'Ospedale di Comunità, con il coinvolgimento dei Medici di Medicina Generale.
- La definizione puntuale delle attività assistenziali territoriali di ciascun CeCAD, con particolare riferimento ai Moduli funzionali aggiuntivi, sarà stabilita tra la Direzione Regionale e le ASL all'atto della stipula delle specifiche intese di riconversione.
- Si fa presente che il fabbisogno di cui si è tenuto conto per la programmazione di posti residenziali per persone non autosufficienti, anche anziane, è quello indicato dal DPCA 39/2012.

Funzione regionale dedicata alla governance

- Funzione di governance costituita a livello regionale dalle Aree interessate: Area ospedaliera, territoriale, accreditamento e personale. Si precisa che per quanto attiene alle strutture pubbliche oggetto di totale dismissione dell'attività per acuti e di trasformazione in presidi territoriali, la competenza, a partire dal presente Programma Operativo, viene affidata in via esclusiva alla Direzione Regionale Assetto Istituzionale, Prevenzione e Assistenza territoriale. Istituzione di un tavolo tecnico per le problematiche relative alla mobilità e alla formazione del personale resosi disponibile dai processi di riconversione e da impiegare nelle strutture territoriali.

RISULTATI PROGRAMMATI

- Stipula degli atti formali di riconversione
- Completamento del processo di riconversione delle strutture ospedaliere pubbliche di piccole dimensioni in presidi territoriali
- Riequilibrio fra ospedale e territorio comprendente la corretta riallocazione del personale
- Potenziamento e qualificazione dell'offerta residenziale territoriale

INDICATORI DI RISULTATO

- Numero di accordi siglati fra ASL e Regione relativi alle modalità operative del processo di riconversione su Numero di ASL interessate dal processo di riconversione
- Numero di strutture che hanno completato la riconversione in presidi territoriali sul totale delle strutture programmate
- Numero di unità di personale ricollocato in attività territoriali
- Numero di nuovi posti residenziali attivati

CRONO PROGRAMMA DELLE SCADENZE INTERMEDIE E FINALITÀ CHE DOVRANNO ESSERE RISPETTATE

- Entro settembre 2013 sottoscrizione intese delle ASL interessate
- Entro dicembre 2014 completamento del processo di riconversione
-

RESPONSABILE DEL PROCEDIMENTO ATTUATIVO

- Dirigente Area Programmazione dei Servizi Territoriali e delle Attività Distrettuali dell'Integrazione Socio Sanitaria
- Dirigente Area Programmazione della Rete Ospedaliera (Pubblica-Privata-Policlinici Universitari) e Ricerca

Azione 14.1.3: Emanazione, o aggiornamento, delle linee guida regionali per l'adozione degli atti aziendali, che contengano specifiche indicazioni relativamente a: razionalizzazione delle strutture operative semplici e complesse, istituzione di particolari funzioni di coordinamento con il territorio, dipartimentalizzazione, etc.

Si rimanda all' Azione 10.2.6: Ridefinizione atti aziendali: stato su emanazione linee guida regionali e loro attuazione.

Intervento 14.2: Cure palliative e terapia del dolore per il paziente adulto e pediatrico

Azione 14.2.1: Rete di terapia del dolore e cure palliative in età pediatrica:

La diagnosi e la terapia del dolore cronico non oncologico, patologia la cui durata è spesso superiore ai dieci anni, caratterizzata da una grande varietà di quadri clinici, con scarse necessità di ricovero ospedaliero, richiede un sistema modulare di servizi, che veda al centro la figura del MMG e utilizzi percorsi diagnostico-terapeutici dinamici, integrando il momento di assistenza ospedaliero con quello territoriale e domiciliare.

Il DPCA n. 83 del 30 settembre 2010 istituisce la "Rete integrata ospedale territorio per il trattamento del dolore cronico non oncologico", recependo le indicazioni nazionali contenute nella Legge n. 38 del 15 marzo n. 2010 "Disposizioni per garantire l'accesso alle cure palliative e alla terapia del dolore". Lo stesso decreto individua quali Hub l'Azienda Policlinico Umberto I e il Policlinico Tor Vergata. Il provvedimento individuava inoltre, in via preliminare (in attesa dell'emanazione Documento ministeriale per la definizione dei requisiti e le modalità organizzative necessarie per lo sviluppo della rete di cure palliative, della rete di terapia del dolore e della rete pediatrica), gli Spoke 1 (attività di tipo ambulatoriale medico multidisciplinare, eventuale supporto alle unità di degenza) e gli Spoke 2 (attività di tipo ambulatoriale anche chirurgico e approccio multidisciplinare, supporto alle unità di degenza). Vengono inoltre individuate le funzioni delle Aggregazione Funzionale Territoriale (AFT) di medici di medicina generale.

Le Cure Palliative sono l'insieme degli interventi terapeutici, diagnostici e assistenziali, finalizzati alla presa in carico dei pazienti con patologie evolutive necessitanti di un processo terapeutico finalizzato non solo al controllo dei sintomi, ma soprattutto alla difesa e al recupero della migliore qualità di vita possibile, attraverso interventi sanitari e non sanitari. Il DPCA 84 del 30 settembre 2010 istituisce la "Rete assistenziale delle Cure Palliative nella Regione Lazio", recependo quanto previsto a livello nazionale. La Legge 38/2010 sopracitata dispone l'istituzione di una rete nazionale di Cure Palliative, costituita da Hospice, da Assistenza Domiciliare e da Unità di Cure Palliative Domiciliari.

Riguardo l'età pediatrica, la Regione Lazio con Deliberazione della Giunta regionale n. 87 del 19 febbraio 2010 ha approvato il Modello assistenziale delle cure palliative pediatriche nel territorio regionale.

Al fine di attuare quanto previsto dai citati atti normativi, sono stati istituiti i seguenti Coordinamenti regionali:

a) *Coordinamento della rete del dolore cronico non oncologico* (Determinazione n. B0944 del 10.02.2011 e Determinazione B02264 del 19.4.2012). Tra le attività svolte, si riportano le seguenti.

La Regione Lazio con la nota prot. n. 148893/07/07 del 8.08.2011, indirizzata alle Direzioni Generali delle ASL, AO, PPUU, IRCCS Pubblici, ha effettuato una ricognizione finalizzata alla riorganizzazione della Rete dedicata alla terapia del dolore, al fine di riscontrare i requisiti dei centri Hub, Spoke di I e II livello.

Con la suddetta nota, inoltre, la Regione Lazio ha indicato la necessità di riportare all'interno della cartella clinica sezione medica ed infermieristica le caratteristiche del dolore rilevato, l'evoluzione nel corso del ricovero, la tecnica antalgica, i farmaci utilizzati, i relativi dosaggi e il risultato antalgico conseguito, come previsto dall'art. 7 della Legge 38/2010.

Con la citata nota, infine, la Regione Lazio ha richiesto la documentazione comprovante i Progetti "Ospedale-Territorio senza dolore" come previsto dall'art. 6 della Legge 38/2010.

In relazione alle attività formative, sono stati predisposti da parte degli Hub (Azienda Policlinico Umberto I e Policlinico Tor Vergata) i progetti riguardanti lo sviluppo di interventi di aggiornamento professionale destinati ai MMG in tema di terapia del dolore, con l'obiettivo di migliorare e integrare i percorsi assistenziali del dolore a livello dell'assistenza territoriale e favorire un'interazione tra Medici Specialisti dei Centri del Dolore ed i MMG ai sensi dell'Accordo del Ministero della Salute prot. DGPROG 0034015-P-20/10/2010: "Proposta di ripartizione delle risorse destinate al finanziamento del progetto denominato Ospedale-Territorio senza dolore" di cui al comma 1, dell'art. 6 della Legge 38/2010. I progetti sono stati valutati da parte delle competenti strutture regionali e trasmessi per il seguito di competenza agli uffici ministeriali.

b) *Coordinamento della Rete delle Cure Palliative* (Determinazione B02265 del 19.4.2012), con la partecipazione anche di esperti in cure palliative pediatriche. Tra le attività svolte, si riportano le seguenti: con nota prot. 53821 del 19.3.2012 la Regione Lazio ha richiesto alle Direzioni Generali delle ASL, AO, Policlinici Universitari ed IRCCS del Lazio, la documentazione attestante la presenza di condizioni strutturali, clinico-assistenziali e organizzative idonee all'avvio delle attività di un Centro di Riferimento Pediatrico e del relativo Hospice. I progetti sono stati esaminati dal Coordinamento regionale delle Cure Palliative e dal sottogruppo tecnico di esperti in Cure palliative pediatriche, preposto alla valutazione delle candidature, individuando la struttura cui affidare il Centro di riferimento regionale e la realizzazione dell'Hospice pediatrico.

Per quanto riguarda l'offerta residenziale, sono in corso di realizzazione le attivazioni e le riconversioni così come previsto dai DPCA nn 1, 18, 23, 41, 62, 108 del 2011. Risultano attivi ad oggi numero 242 posti residenziali su un fabbisogno stimato, calcolato sulla base del rapporto di 1,2 posti residenziali ogni 56 deceduti per tumore, di 325 posti. Dai processi di riconversione in atto deriveranno 106 nuovi posti residenziali.

Relativamente al sistema informativo per il monitoraggio dell'assistenza erogata presso gli Hospice, sono state avviate le procedure per lo sviluppo del sistema, coerentemente con quanto previsto dal Documento Tecnico predisposto dal Ministero della Salute con Decreto recante "Istituzione del Sistema Informativo per il monitoraggio dell'assistenza erogata presso gli Hospice" del 6 giugno 2012.

Il Coordinamento regionale delle cure palliative ha anche definito un modulo unico di presa in carico da parte della rete delle cure palliative, per garantire la continuità assistenziale nel passaggio del paziente dall'ambito di degenza per acuti a quello dell'assistenza residenziale/domiciliare.

Offerta residenziale Hospice: posti attesi attivi e derivanti da processi di riconversione:

ASL	Posti residenziali attesi	Posti residenziali attivi	Posti residenziali da processi di riconversione
RMA	32	56	0
RMB	39	0	0
RMC	37	10	9
RMD	32	41	13
RME	32	55	0
RMF	17	0	0
RMG	25	0	19
RMH	26	0	35
FR	27	0	15
LT	28	30	9
RI	10	10	0
VT	20	40	6
TOTALE	325	242	106

Obiettivo generale

- Consolidamento delle reti per il trattamento del dolore cronico non oncologico, delle cure palliative e strutturazione della rete delle cure palliative e terapia del dolore in età pediatrica, anche attraverso il recepimento del suindicato Documento ministeriale per la definizione dei requisiti e le modalità organizzative necessarie per lo sviluppo della rete di cure palliative, della rete di terapia del dolore e della rete pediatrica approvato con Intesa del 25.7.2012.

Obiettivi specifici e azioni

Rete del dolore cronico non oncologico

- attuazione degli adempimenti previsti dal Ministero della Salute relativi ai requisiti delle strutture e dei servizi compresi nella rete attraverso il recepimento del Documento ministeriale per la definizione dei requisiti e le modalità organizzative necessarie per lo sviluppo della rete di cure palliative, della rete di terapia del dolore e della rete pediatrica approvato con Intesa del 25.7.2012. Al fine di individuare in via definitiva con specifico atto normativo le strutture della rete (Hub, Spoke, AFT) si intende procedere avviando una ulteriore verifica del possesso dei requisiti delle strutture, così come definiti dal sopraccitato documento ministeriale. Successivamente all'acquisizione delle informazioni necessarie verrà emanato, con specifico atto, il riconoscimento delle strutture costituenti la rete.
- sviluppo delle funzioni di coordinamento e programmazione locale degli Hub come definite dal DCA 83/2010;

- promozione e diffusione di programmi formativi per gli operatori sanitari
- sviluppo di programmi di informazione e comunicazione verso i cittadini anche avvalendosi delle Associazioni di volontariato;

Rete delle Cure Palliative

- attuazione degli adempimenti previsti dal Ministero della Salute relativi ai requisiti delle strutture e dei servizi compresi nella rete attraverso il recepimento del Documento ministeriale per la definizione dei requisiti e le modalità organizzative necessarie per lo sviluppo della rete di cure palliative, della rete di terapia del dolore e della rete pediatrica;
- sviluppo delle funzioni di coordinamento e programmazione locale come definite dal DCA 84/2010;
- Sviluppo del sistema informativo per il monitoraggio dell'assistenza erogata presso gli Hospice
- Sviluppo di un programma di formazione, informazione e comunicazione (anche rivolto ai cittadini);
- Completamento dell'offerta residenziale, attraverso l'attivazione di posti Hospice derivanti dal processo di riconversione

Funzione regionale dedicata alla governance

- Funzione di governance costituita a livello regionale dalle Aree interessate:
- Area Programmazione rete ospedaliera e ricerca, in collaborazione con l'Area Programmazione servizi territoriali e attività distrettuali e integrazione socio sanitaria

Risultati programmati

Rete del dolore cronico non oncologico

- Recepimento da parte dell'Area Programmazione rete ospedaliera e ricerca, in collaborazione con l'Area Programmazione servizi territoriali e attività distrettuali e integrazione socio sanitaria, delle "Linee indirizzo per lo sviluppo omogeneo della rete cure palliative e della rete di terapia del dolore per adulti e per età pediatrica, anche attraverso l'identificazione dei requisiti e le modalità organizzative necessarie per l'accreditamento";
- Emanazione di specifico atto normativo per il riconoscimento delle strutture della rete (Hub, Spoke, AFT) ai sensi del sopraccitato documento ministeriale.
- Elaborazione da parte dell'Area Programmazione rete ospedaliera e ricerca, in collaborazione con l'Area Programmazione servizi territoriali e attività distrettuali e integrazione socio sanitaria, dei dati raccolti attraverso la ricognizione avvenuta tramite la nota prot. n. 148893/07/07 del 8.08.2011, con analisi dei requisiti dei centri Hub, Spoke di I e II livello;
- Adozione da parte dell'Area Programmazione rete ospedaliera e ricerca, in collaborazione con l'Area Programmazione servizi territoriali e attività distrettuali e integrazione socio sanitaria, dei Piani attuativi, con individuazione delle strutture Spoke di I e II livello e organizzazione degli AFT;
- Elaborazione da parte dell'Area Programmazione rete ospedaliera e ricerca, in collaborazione con l'Area Programmazione servizi territoriali e attività distrettuali e integrazione socio sanitaria, di documenti tecnici relativi alle procedure e agli strumenti (linee guida, percorsi diagnostico-assistenziali, piano di formazione, informazione e comunicazione);
- Divulgazione da parte dell'Area Programmazione rete ospedaliera e ricerca, in collaborazione con l'Area Programmazione servizi territoriali e attività distrettuali e integrazione socio sanitaria, dei documenti di cui sopra;
- elaborazione di un Piano formativo per l'implementazione dei percorsi, a cura dei

coordinamenti regionali, comprensivo delle azioni relative agli AFT dei medici di medicina generale e di un Piano di informazione e comunicazione ai cittadini;

- avvio dei percorsi e formazione degli operatori ad opera degli Hub di riferimento e di informazione e comunicazione verso i cittadini;

Rete delle Cure Palliative

- Recepimento formale dell'Intesa, ai sensi dell'art. 8, comma 6, della legge 5 giugno 2003, n. 131, tra il Governo, le Regioni, e le Province autonome di Trento e Bolzano sulla proposta del Ministero della Salute, di cui all'art. 5 della legge 15 marzo 2010 n. 38, di approvazione del "Documento sui requisiti minimi e le modalità organizzative necessari per l'accreditamento delle strutture di assistenza ai malati in fase terminale e delle unità di cure palliative e della terapia del dolore" del 25 luglio 2012;
- Recepimento formale da parte dell'Area Programmazione Rete Ospedaliera e Ricerca, in collaborazione con l'Area Programmazione servizi territoriali e attività distrettuali e integrazione socio sanitaria, del modulo unico di presa in carico nella rete delle cure palliative, con richiesta di applicazione a tutte le strutture e l'adozione del Modello del "Palliative Simultaneous Care";
- Messa a punto del Sistema Informativo, con il supporto di Laziosanità-ASP, così come indicato dal Ministero della Salute con Decreto del 6 giugno 2012 recante "Istituzione del Sistema Informativo per il monitoraggio dell'assistenza erogata presso gli Hospice" in attuazione dell'art. 5 comma 1, e art 9 comma 1 della Legge 38/2010, per permetterne l'avvio operativo dal 01.07.2013;
- Definizione da parte dell'Area Programmazione rete ospedaliera e ricerca, in collaborazione con l'Area Programmazione servizi territoriali e attività distrettuali e integrazione socio sanitaria, di linee guida per l'organizzazione dell'Assistenza residenziale in Hospice e dell'Assistenza domiciliare e delle Unità di Cure Palliative Domiciliari;
- Predisposizione di un atto formale di riconoscimento del Centro di Riferimento di Cure Palliative e Terapia del Dolore Pediatrico e relativo Hospice Pediatrico ed istituzione della Rete, da parte dell'Area Programmazione servizi territoriali e attività distrettuali e integrazione socio sanitaria e dell'Area Programmazione rete ospedaliera e ricerca;
- attuazione degli adempimenti relativi ai requisiti e all'organizzazione delle strutture e dei servizi compresi nella rete come previsto dal "Documento sui requisiti minimi e modalità organizzative necessari per l'accreditamento delle strutture di assistenza ai malati in fase terminale e delle unità di cure palliative e della terapia del dolore" del Ministero della Salute approvato con Intesa del 25 luglio 2012;
- predisposizione di un programma di formazione, informazione e comunicazione;
- completamento del fabbisogno di posti residenziali in Hospice

Indicatori di risultato

- Rete del dolore cronico non oncologico
- Atto formale di recepimento da parte della Regione Lazio del Documento ministeriale del 25.7.2012
- Atto formale per il riconoscimento delle strutture della rete (Hub, Spoke, AFT) ai sensi del sopraccitato documento ministeriale
- Atto formale di adozione dei Piani Attuativi ai sensi del DPCA 84/2010
- Adozione formale delle linee di indirizzo, di percorsi diagnostico-assistenziali, del piano di formazione per operatori sanitari, informazione e comunicazione (anche rivolte ai cittadini)
- Numero di iniziative di formazione, informazione e comunicazione (anche rivolte ai cittadini) avvalendosi delle Associazioni di volontariato

Rete delle Cure Palliative

- Atto formale di recepimento dell'Intesa recante "Documento sui requisiti minimi e le modalità organizzative necessari per l'accreditamento delle strutture di assistenza ai malati

- in fase terminale e delle unità di cure palliative e della terapia del dolore” del 25 luglio 2012
- - Atto formale di adozione del modulo unico di presa in carico nella rete delle cure palliative;
 - - Disponibilità e operatività del sistema informativo così come disposto dal Decreto del Ministero della Salute del 6 giugno 2012 recante “Istituzione del Sistema Informativo per il monitoraggio dell’assistenza erogata presso gli Hospice;
 - - Divulgazione e implementazione delle linee di indirizzo, di percorsi diagnostico-assistenziali, del piano di formazione, informazione e comunicazione, sistema di indicatori;
 - - Numero di iniziative di formazione, informazione e comunicazione (anche rivolte ai cittadini) avvalendosi delle Associazioni di volontariato;
 - - Numero dei nuovi posti letto di Hospice attivati al fine di garantire il fabbisogno, così come previsto dal Decreto di istituzione della rete;
 - - Individuazione con atto formale per il riconoscimento del Centro di Riferimento di Cure Palliative e Terapia del Dolore Pediatrico e relativo Hospice Pediatrico ed Istituzione della Rete .

Cronoprogramma

Rete del dolore cronico non oncologico

- Entro dicembre 2013, riconoscimento delle strutture costituenti la rete del dolore cronico non oncologico e la rete delle cure palliative ai sensi del “Documento sui requisiti minimi e le modalità organizzative necessari per l’accreditamento delle strutture di assistenza ai malati in fase terminale e delle unità di cure palliative e della terapia del dolore”
- - Entro giugno 2014 predisposizione dei documenti tecnici relativi alle procedure e agli strumenti (linee di indirizzo, percorsi diagnostico-assistenziali, piano di formazione, informazione e comunicazione) e loro diffusione
- - Entro dicembre 2014 elaborazione di un Piano formativo per l’implementazione dei percorsi, comprensivo delle azioni relative agli AFT dei medici di medicina generale e di un Piano di informazione e comunicazione ai cittadini e avvio dei percorsi e formazione degli operatori ad opera degli Hub di riferimento e di informazione e comunicazione verso i cittadini;

Rete delle Cure Palliative

- - Entro giugno 2013 Recepimento formale del “Documento sui requisiti minimi e le modalità organizzative necessari per l’accreditamento delle strutture di assistenza ai malati in fase terminale e delle unità di cure palliative e della terapia del dolore” e del modulo unico di presa in carico;
- - Entro giugno 2013 Messa a punto dello specifico Sistema Informativo
- - Entro giugno 2014 definizione di linee di indirizzo per l’organizzazione dell’Assistenza residenziale in Hospice e dell’Assistenza domiciliare e delle Unità di Cure Palliative Domiciliari;
- - Entro giugno 2013 predisposizione di un atto formale di riconoscimento del Centro di Riferimento di Cure Palliative e Terapia del Dolore Pediatrico e relativo Hospice;
- Entro dicembre 2013 predisposizione di un programma di formazione, informazione e comunicazione;
- Entro dicembre 2015 completamento del fabbisogno di posti residenziali in Hospice;

;

RESPONSABILE DEL PROCEDIMENTO ATTUATIVO

- Dirigente Area Programmazione dei Servizi Territoriali e delle Attività Distrettuali dell’Integrazione Socio Sanitaria
- Dirigente Area Programmazione della Rete Ospedaliera (Pubblica-Privata-Policlinici Universitari) e Ricerca

Intervento 14.3 Assistenza primaria

Azione 14.3.1 Riorganizzazione dell'Assistenza primaria secondo le indicazioni della Legge 189/2012

Unità di cure primarie e studi professionali

Presidi residenziali di assistenza primaria (cd. Ospedali di Comunità)

Azione 14.3.2 Accordi con MMG/PLS Individuazione o rimodulazione delle forme di associazionismo: Adesione al Governo Clinico e sviluppo del Sistema Informativo Regionale

Il Medico di medicina generale (MMG) assolve, all'interno del SSR il ruolo di :

- figura professionale alla quale il cittadino, in un rapporto diretto e di reciproca fiducia, affida primariamente la tutela della propria salute :
- punto di raccordo tra cittadino e i servizi offerti dal SSR.

La Regione, infatti, recependo le indicazioni dell'Accordo Collettivo Nazionale del 23 marzo 2005 e sm.i, ha da subito valorizzato le forme associative di cui all'art. 54 dell'ACN e nello stesso tempo, al fine di migliorare l'accesso dei cittadini agli studi medici di assistenza primaria, ha regolamentato con due atti successivi l'organizzazione di Unità di Cure Primarie (UCP), già avviate in via sperimentale con DGR n. 693 del 30 luglio.2004.

Poi, con il DCA U0080/2010, "Riorganizzazione della Rete Ospedaliera Regionale", ha previsto, nell'ambito dell'Ospedale distrettuale, quelle forme di integrazione professionale dei MMG e PLS, disciplinate agli art. 26, 26 bis e 26 ter dell'ACN 2009, quali le aggregazioni funzionali territoriali, le equipes territoriali, le unità complesse di cure primarie, rimandando a specifici accordi regionali e locali l'attuazione degli stessi.

L'art. 1 della L. n. 189/2012 "Riordino dell'assistenza territoriale e mobilità del personale delle aziende sanitarie", recita: "Le regioni definiscono l'organizzazione dei servizi territoriali di assistenza primaria promuovendo l'integrazione con il sociale, ..., al fine di migliorare il livello di efficienza e di capacità di presa in carico dei cittadini, secondo modalità operative che prevedono forme organizzative monoprofessionali, denominate aggregazioni funzionali territoriali, che condividono, in forma strutturata, obiettivi e percorsi assistenziali, strumenti di valutazione della qualità assistenziale, linee guida, audit e strumenti analoghi, nonché forme organizzative multiprofessionali, denominate unità complesse di cure primarie, che erogano, in coerenza con la programmazione regionale, prestazioni assistenziali tramite il coordinamento e l'integrazione dei medici, delle altre professionalità convenzionate con il Servizio sanitario nazionale, degli infermieri, delle professionalità ostetrica, tecniche, della riabilitazione, della prevenzione e del sociale a rilevanza sanitaria..... Le regioni, avvalendosi di idonei sistemi informatici, assicurano l'adesione obbligatoria dei medici all'assetto organizzativo e al sistema informativo nazionale....". Lo stesso articolo, al comma 6 stabilisce che "Entro centottanta giorni dalla data di entrata in vigore della legge di conversione del presente decreto si procede, secondo la normativa vigente, all'adeguamento degli accordi collettivi nazionali relativi alla disciplina dei rapporti con i medici di medicina generale, con i pediatri di libera scelta e con gli specialisti ambulatoriali ai contenuti dell'articolo 8, comma 1, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, come modificato dal comma 4 del presente articolo, con particolare riguardo ai principi di cui alle lettere b-bis), b-ter),

b-quater), b-quinquies), b-sexies), h), h-bis) e h-ter) del citato articolo 8, comma 1, nel limite dei livelli remunerativi fissati dai medesimi vigenti accordi collettivi nazionali e nel rispetto dell'articolo 15, comma 25, del decreto legge 6 luglio 2012, n. 95, convertito, con modificazioni, dalla legge 7 agosto 2012, n. 135, e delle disposizioni ivi richiamate. Entro i successivi novanta giorni, senza ulteriori oneri per la finanza pubblica, sono stipulati i relativi accordi regionali attuativi” .

Risultati programmati

- Rivisitazione delle attuali forme associative /organizzative ai sensi della normativa vigente.
- Monitoraggio da parte delle ASL del rispetto degli obblighi convenzionali da parte dei MMG.
- Monitoraggio delle modalità di gestione dei fondi previsti dal ACN.
- Eventuale allineamento delle retribuzioni regionali a quelle nazionali.
- Rivisitazione delle modalità di gestione della formazione ai MMG alla luce dei nuovi modelli organizzativi regionali.

Indicatori di risultato

- Provvedimento regionale sulle modalità di gestione dei fondi e del relativo monitoraggio.
- Sottoscrizione di un nuovo accordo con le parti sindacali da parte della Regione entro marzo 2014.

Responsabile Del Procedimento Attuativo

- Dirigente Area Risorse Umane e Formazione

Azione 14.3.3. Assistenza specialistica ambulatoriale (riorganizzazione dei laboratori con previsione di forme di accorpamento)

Nell'ambito dell'assistenza specialistica ambulatoriale riveste prioritario interesse il riordino dell'offerta diagnostica di laboratorio. A tal fine la Regione Lazio ha definito, a decorrere dall'anno 2007, con la DGR 1040/07 un articolato procedimento attuativo del Piano di riorganizzazione della diagnostica di laboratorio nella Regione Lazio, ormai pervenuto ad attuazione, fondato sull'articolazione delle strutture pubbliche di medicina di laboratorio - riclassificate per tipologia e soglie minime di produzione - in Reti logiche locali , essendo prevista quale ulteriore implementazione una Rete unica regionale integrata ospedale-territorio, articolata a livello di ciascuna Azienda Sanitaria Locale, secondo diversi livelli di complessità e contestuali assetti tecnologici e organizzativi, avvalendosi per funzioni specialistiche di strutture di riferimento all'uopo individuate.

L'azione di riordino, già oggetto di approvazione al Tavolo tecnico per la parte relativa alla rete pubblica, è stata progressivamente definita e monitorata con i relativi Decreti commissariali attuativi e contestuale attività del Nucleo Operativo Tecnico regionale, pervenendo al conseguimento dei risultati attesi anche in termini di risparmio, attraverso la riduzione del numero delle strutture pubbliche erogatrici e la riduzione delle spese per personale e beni e servizi (sistemi macchina reagenti). Con il DPCA 54/2010 "Ulteriori adempimenti per il completamento del riassetto della rete laboratoristica e di assistenza specialistica ambulatoriale pubblica e privata" si sono altresì definite le modalità attuative del programma di riorganizzazione, con riferimento alla rete privata accreditata, avuto riguardo a quanto già previsto dalla DGR 1040/07 e non ancora attuato, prevedendo specifiche modalità per pervenire al conseguimento delle soglie minime erogative fissate nel dispositivo del Decreto 54, cui pervenire attraverso una articolata azione di monitoraggio in capo alla Agenzia di Sanità Pubblica e successive attività di riorganizzazione anche caratterizzate da aggregazioni tra strutture, ovvero diversa articolazione delle funzioni erogate.

Obiettivo di regime è pervenire ad organizzare il cosiddetto “Laboratorio Logico Unico Regionale” organizzato in rete costituito dai laboratori pubblici e privati accreditati in possesso dei requisiti previsti, operativi secondo le seguenti tipologie:

- primo livello o di base (ospedale per acuti – presidi territoriali)
- secondo livello (core lab, di norma ospedalieri)
- specialistico (ospedaliero)
- di riferimento interaziendale (screening specialistici, esami rari e/o ad alta complessità)
- regionale (ad es. sicurezza trasfusionale, validazione biologica, farmaco tossicologia, etc.).

La rete “logica” si costituisce sulla base di un collegamento informatico tra tutte le strutture della rete e relative articolazioni periferiche (reparti clinici, centri prelievo, ambulatori, etc.) che renda possibile pervenire ad una centralizzazione unica (o in alcuni centri) di attività diagnostiche individuate per settore o ambito specialistico. Il processo di centralizzazione, già attuato per le attività di laboratorio connesse alla sicurezza trasfusionale, presuppone la presenza di un LIS adeguato ed in possesso di tutte le specifiche necessarie a consentire la completa gestione dematerializzata dei documenti e dei dati necessari alla diagnostica clinica. Il sistema si fonda evidentemente su una logistica evoluta che consenta il trasferimento in sicurezza dei campioni biologici nel bacino regionale.

Per l’attuazione del programma di riorganizzazione è stato istituito presso la Regione Lazio un apposito Nucleo Operativo Tecnico (NOT), organismo di professionisti del settore, con il compito di coordinare le azioni e monitorare l’attuazione dei processi già avviati e da avviare - anche relativamente all’attuazione del processo di accreditamento istituzionale - oltre che di supportare gli uffici regionali nel confronto con i tavoli tecnici ministeriali.

Il NOT, oltre a portare a termine le visite di verifica presso le Aziende Ospedaliere e Territoriali della Regione per verificare l’effettivo adempimento agli obiettivi di riorganizzazione della rete fissati dal DCA 54/2010 ed a raccogliere i dati indispensabili alla valutazione dello stato di attuazione dei piani aziendali di riorganizzazione della rete laboratoristica e quindi alla verifica della disattivazione delle strutture non in possesso dei requisiti fissati dal DCA 54/2010, ha collaborato direttamente con la Centrale Acquisti Regionale per valutare ed ottimizzare i processi di acquisizione dei sistema macchina reagenti, in forma centralizzata o affidata alle singole aziende, al fine di conseguire gli obiettivi di risparmio previsti in tale ambito.

Per quanto riguarda specificatamente la rete laboratoristica gestita da soggetti privati accreditati, con provvedimento della Direzione regionale competente (Determina B00162 del 19/02/2013) è stato costituito un gruppo di lavoro al fine di predisporre una proposta per l’adozione del provvedimento di attuazione di quanto previsto dal DCA 54/2010, mediante un piano strategico di riorganizzazione delle prestazioni di medicina di laboratorio che ottimizzi l’uso delle risorse e favorisca l’ulteriore qualificazione delle prestazioni di laboratorio mediante processi di automazione ed informatizzazione.

Al riguardo, si sottolinea che è stata esaurita l’istruttoria per le strutture eroganti prestazioni ambulatoriali di Medicina di laboratorio che hanno presentato la domanda ai sensi dell’ art.1, commi 18-26 della L.R. 10 agosto 2010, n.3, che regolava l’iter di accreditamento definitivo di tali strutture.

Tra le criticità che caratterizzano gli ulteriori step attuativi del piano sono da affrontare:

- La necessità del completo adeguamento della rete dei laboratori attuato in accordo con il Piano di riorganizzazione della rete ospedaliera, non ancora definitivamente realizzata e quindi tale da richiedere ulteriori modifiche, in termini di disattivazioni ulteriori o modifiche tipologiche, alle reti laboratoristiche locali a seguito del conseguimento dell'assetto di regime della rete ospedaliera stessa;
- La necessità di un sistema informatico di laboratorio secondo il modello del Laboratorio Logico Unico regionale, quale strumento di regime per realizzare le diversificate attività di centralizzazione, a fronte di modalità di accettazione/refertazione/digitalizzazione della firma dei referti/consultabilità istantanea dei dati di laboratorio, disponibilità in rete dei referti per gli utenti e i medici di medicina generale/specialisti;
- L'urgenza della attuazione definitiva del piano di riorganizzazione alle strutture di medicina di laboratorio del Policlinico Umberto I in termini di concentrazione di attività e disattivazione di strutture sottodimensionate per livelli di attività o di settore specialistico;
- La necessità di riordino della rete laboratoristica privata accreditata in attuazione delle disposizioni di cui al DCA 54/2010, pervenendo alla concentrazione degli erogatori ovvero alla riconversione delle funzioni (fasi pre-analitica, analitica, post-analitica);
- La necessità di procedere all'adozione del nuovo nomenclatore ministeriale riferito alle tariffe massime per la parte relativa alla medicina di laboratorio;

OBIETTIVI

Pertanto, gli obiettivi del triennio 2013 – 2015 debbono fondarsi sul proseguimento della attività di riordino, sia per i laboratori pubblici, ma soprattutto per la rete privata accreditata, con i seguenti obiettivi specifici che tengano conto della priorità costituita dalle criticità indicate:

- completamento dell'adeguamento della rete dei laboratori, attuato in accordo con il Piano di riorganizzazione della rete ospedaliera in termini di disattivazioni ulteriori o modifiche tipologiche;
- adozione del nuovo nomenclatore tariffario ministeriale recante le tariffe massime per le prestazioni di medicina di laboratorio;
- realizzazione di un sistema informatico di laboratorio secondo il modello del Laboratorio Logico Unico regionale, quale strumento di regime per realizzare le diversificate attività di centralizzazione da realizzare con il supporto attivo del NOT (accettazione, refertazione, digitalizzazione della firma dei referti, consultabilità istantanea dei dati di laboratorio, disponibilità in rete dei referti per gli utenti e i medici di medicina generale o gli specialisti);
- definitiva attuazione del piano di riorganizzazione delle strutture di medicina di laboratorio del Policlinico Umberto I in termini di concentrazione di attività e disattivazione di strutture sottodimensionate per livelli di attività o di settore specialistico;
- attuazione, previo confronto con le associazioni rappresentative di settore, del riordino della rete laboratoristica privata accreditata in attuazione delle disposizioni di cui al DCA 54/2010;

- completamento del processo di razionalizzazione delle attività e delle procedure di acquisto di beni e servizi (sistemi diagnostici, trasporto campioni biologici) con il supporto del NOT;
- avvio dell'attuazione del programma di implementazione dell'appropriatezza prescrittiva ed erogativa in medicina di laboratorio, a partire da alcuni ambiti di patologia concordati tra le Società Scientifiche accreditate del settore e dell'area della medicina generale;
- individuazione dei laboratori di riferimento per settore diagnostico e per specializzazione, in raccordo alle previsioni del Piano di Riordino della rete ospedaliera ed al decreto sulle reti di specialità per il relativo supporto;
- attuazione di programmi di riorganizzazione e potenziamento delle reti specialistiche riferite alle discipline di Anatomia Patologica, Laboratorio di Genetica Medica, Microbiologia e Virologia.
- valutazione e ridefinizione delle condizioni di accesso, attraverso lo sviluppo delle sedi dei Centri prelievo secondo una logica di "prossimità alle aree di bisogno".

Il Piano nella fase attuativa prevederà inoltre lo sviluppo di un modello operativo di governance sulla promozione della qualità in termini di appropriatezza della richiesta.

Risultati programmati

- Definizione di uno o più accordi con le associazioni rappresentative del settore privato accreditato al fine di pervenire nell'anno 2013 al riassetto della relativa rete; saranno valutati - in termini di efficienza, fattibilità e sostenibilità - i modelli organizzativi già adottati da altre regioni (es. Campania, Veneto, Sicilia) al fine di garantire il rispetto degli standard di cui al DCA 54/2010;
- Elaborazione e approvazione del provvedimento regionale che fissa i requisiti dei punti prelievo e del trasporto sangue;
- monitoraggio da parte del NOT delle procedure di gara per laboratori core e specialistici attivate dalle singole Aziende sanitarie;
- individuazione dei laboratori di riferimento per ognuna delle specializzazioni, in raccordo alle previsioni del Piano di Riordino della rete ospedaliera;
- Valutazione e miglioramento delle condizioni di accesso, attraverso lo sviluppo delle sedi dei Centri prelievo secondo una logica di "prossimità alle aree di bisogno".
- Monitoraggio da parte del NTO delle procedure di gara per laboratori core e specialistici attivate dalle singole Aziende sanitarie.

Il Piano nella fase attuativa, dando piena attuazione al modello del Laboratorio Logico Unico, prevedrà l'organizzazione di un assetto operativo di governance sui sistemi di laboratorio e trasfusionale, affidato a gruppi tecnici individuati con il supporto delle Società Scientifiche finalizzato a gestire i flussi e le attività del sistema sulla base di principi di benchmarking, appropriatezza della richiesta ed economicità del sistema nel suo complesso

Indicatori di risultato e Cronoprogramma

- Percentuale di contenimento della spesa per beni e servizi rispetto alla spesa storica distinta per tipologia e settore riferita all'anno 2012.
- Adozione del nuovo nomenclatore tariffario ministeriale recante le tariffe massime per le prestazioni di medicina di laboratorio entro il 31.03.2013
- Realizzazione della rete informatica unica regionale entro il 31/12/2013.
- Assegnazione delle singole strutture di laboratorio alle relative tipologie di settore e branca entro il 30/6/2014.

- Numero di nuove aggregazioni tra soggetti erogatori privati al 31/12/2013.
- Realizzazione del sistema di trasporto dei campioni biologici su scala regionale secondo standard di sicurezza e qualità al 30/6/2014.
- Adozione del Provvedimento sui requisiti di autorizzazione e accreditamento dei punti prelievo, del trasporto del sangue e delle funzioni di "service".
- Percentuale di incremento dei centri prelievo al 30/6/2014.
- Tasso di verifica degli standard previsti per attività di prelievo ed effettuazione centralizzata di esami di laboratorio al 31/12/2014.

IMPATTO ECONOMICO

- Le attività previste per il triennio consentono di prevedere un contenimento della spesa derivante dal blocco del turnover, dai pensionamenti, con un contenimento di circa il 15% rispetto alla spesa al 31/12/2011. Contestualmente è previsto un contenimento della spesa per sistemi macchina reagenti, a produzione invariata, al 31/12/2011, pari a circa il 17,5% annuo. Tale valore si riferisce alla produzione invariata, considerando che l'incremento prestazionale connesso all'andamento della domanda produrrà incrementi di spesa proporzionali, sia pure con efficientamento dei valori di spesa stessi. Sono altresì da considerare i risparmi derivanti per costi generali, locazioni, etc., in rapporto alle disattivazioni o riconversioni. Infine, si deve tener conto dei risparmi conseguiti e non ancora calcolati derivanti dalle centralizzazioni già realizzate per la rete trasfusionale.

Responsabile Del Procedimento Attuativo

- Dirigente Area Programmazione dei servizi territoriali e delle attività distrettuali dell'integrazione socio sanitaria
- Dirigente Area Programmazione della rete ospedaliera (pubblica-privata-policlinici universitari) e ricerca
-

Azione 14.3.4 Medicina Trasfusionale

IL DCA n.U0092 del 23.11.2010, modificando il DCA n.U0082/2009, ha confermato il Centro Regionale Sangue (CRS) come struttura regionale dotata di autonomia per il governo della rete regionale del sistema trasfusionale che comprende 21 Servizi di Medicina Trasfusionale (SIMT).

Ai sensi del DCA n.U0122/2011, sono state centralizzate le attività di qualificazione biologica del sangue presso il centro di riferimento regionale per la Sicurezza Trasfusionale allocato nel SIMT della ASL RM B con il supporto del SIMT del Policlinico Umberto I.

Con Deliberazione della Giunta Regionale 13 aprile 2012, n.138 è stato recepito l'Accordo tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano sul documento relativo a "Caratteristiche e funzioni delle Strutture regionali di coordinamento (SRC) per le attività trasfusionali". Repertorio Atti n.206/CSR del 13 ottobre 2011;

Con Deliberazione della Giunta Regionale 13 aprile 2012, n.139 è stato recepito l'Accordo tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano sui requisiti minimi organizzativi, strutturali e tecnologici delle attività sanitarie dei servizi trasfusionali e delle unità di raccolta e sul modello per le visite di verifica. Rep. Atti n.242 del 16.12.2010. Il perseguimento degli obiettivi fissati dal suddetto Accordo dovrà avvenire obbligatoriamente entro il 31.12.2014.

Con Determinazione dirigenziale n. B04512 del 20.07.2012 è stato recepito il Regolamento per l'organizzazione e la conduzione delle visite di verifica dei servizi trasfusionali e delle unità di raccolta del sangue e degli emocomponenti svolte dal team di valutatori qualificati che comprende n. 5 ispettori nominati dalla regione Lazio. Il team sta procedendo alle verifiche per l'accreditamento delle strutture sopra richiamate.

Nel corso dell'anno 2012 la Rete ha presentato una serie di criticità:

- Necessità di riordino organizzativo-gestionale del CRS

- Il Centro è ubicato presso l'A.O. San Camillo Forlanini, ma è scaduta la convenzione con la struttura ospitante;
- La direzione è stata affidata ad un f.f., ed è necessaria la nomina di un direttore in possesso dei requisiti di cui all'art.1 del DPR n. 484/97;
- Mancato raggiungimento dell'autosufficienza di sangue ed emocomponenti;
 - Produzione anno 2011:
 - Unità di sangue raccolte: 199.277
 - Unità consumate: 224.258
 - Saldo negativo di 24.981 Unità (disavanzo = -11,1%)
 - Unità eliminate 11.530 (4229 per scadenza, 2418 per cause tecniche, 4883 per cause sanitarie);
 - Produzione anno 2012 (gennaio – marzo):
 - Unità di sangue raccolte: 48.595
 - Unità consumate: 58.290
 - Saldo negativo di n. 9.695 unità (disavanzo = -16,6%)
 - Unità eliminate: 2.813 (1.092 per scadenza, 547 per cause tecniche, 1.174 per cause sanitarie);
 - Indice di produzione anno 2012 di 34 unità per 1000 residenti contro un indice di consumo di 39, 2 per mille. L'indice di produzione medio in Italia nel 2012 è stato di 44, 5 per mille e quello di consumo 44,1 per mille. Quindi il Lazio si colloca 10 punti per mille sotto la media nazionale sul piano della produzione e 5 punti per mille sotto la media nazionale per il consumo;
 - Produzione di plasma come materia prima per la produzione di medicinali emoderivati. La Regione Lazio si colloca al penultimo posto a livello nazionale, davanti alla Campania con una produzione di 5,9 litri per 1000 residenti contro una media nazionale di 12,8 litri per mille.
- Necessità di concentrare le attività produttive presso una sola sede per ciascuna macroarea;
- Inadeguatezza del sistema informatico trasfusionale "Emonet";
 - E' stato costituito un Gruppo di lavoro per lo scouting dei sistemi informatici presenti sul mercato che, in data 21.12.2012, ha prodotto una relazione tecnica finalizzata alla valutazione di alternative all'adeguamento del sistema esistente;

OBIETTIVI

1. Governance della rete trasfusionale regionale
 - Dare piena attuazione alla rete trasfusionale regionale secondo il nuovo modello organizzativo;
 - Risolvere le problematiche dell'attuale sistema informatico trasfusionale, attraverso la sostituzione con un nuovo sistema informatico più adeguato al nuovo modello organizzativo;
 - Costituire l'anagrafe unica regionale dei donatori di sangue per la gestione dei donatori mediante la tessera sanitaria;
 - Concentrare le attività produttive dei Servizi Trasfusionali;
 - Riqualificare i servizi di emergenza/urgenza trasfusionale.
2. Autosufficienza di sangue ed emocomponenti
 - Potenziare il coordinamento regionale per la programmazione ed il monitoraggio delle attività di raccolta del sangue e degli emocomponenti;

- Diminuire il disavanzo strutturale tra la produzione e il consumo dei globuli rossi e del plasma fresco congelato;
 - Incrementare l'invio del plasma alla lavorazione industriale per la produzione di farmaci plasmaderivati;
 - Ridurre il fabbisogno correlato all'attività chirurgica, attraverso l'incremento di procedure di pre-deposito e recupero intra-operatorio;
 - Realizzare iniziative di formazione per i responsabili associativi;
 - Realizzare iniziative di promozione della donazione di sangue
3. Autorizzazione e accreditamento dei Servizi Trasfusionali e delle Unità di raccolta del sangue
- Recepire l'Accordo tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano sul documento concernente: "Linee guida per l'accreditamento dei servizi trasfusionali e delle unità di raccolta del sangue e degli emocomponenti". Rep. Atti n.149/CSR del 25 luglio 2012.
 - Definire il percorso di accreditamento dei Servizi Trasfusionali e delle Unità di raccolta del sangue e degli emocomponenti.

AZIONI

- Approvazione del Decreto di riorganizzazione del CRS e nomina del Direttore;
- Acquisizione di un nuovo sistema informatico trasfusionale;
- Concentrazione delle attività di lavorazione del sangue e trattamento degli emocomponenti in quattro sedi (una per ciascuna Macroarea), ciascuna con soglia minima di 40.000 unità di sangue intero.
- Completamento dei processi di autorizzazione e accreditamento dei Servizi Trasfusionali e delle Unità di raccolta del sangue e degli emocomponenti,
- Accorpamento e riduzione dei punti prelievo sul territorio regionale
- Assegnazione ai direttori generali delle Aziende sanitarie e ospedaliere degli obiettivi per l'incremento della produzione e la riduzione del consumo di sangue e di emocomponenti, anche attraverso l'incremento di procedure di pre-deposito e recupero intra-operatorio;

Risultati programmati

- Insediamento del CRS presso una nuova sede e nomina del direttore del Centro.
- Istituzione della Commissione tecnica consultiva per le attività trasfusionali, di supporto al CRS;
- Attivazione e messa a regime di un nuovo sistema informatico trasfusionale;
- Concentrazione delle attività produttive e di prelievo.
- Incremento della produzione e diminuzione del consumo del sangue e degli emocomponenti;
- Incremento delle pratiche per l'uso appropriato del sangue - sia nelle strutture pubbliche, sia nelle strutture sanitarie private accreditate e non accreditate - quali: recupero intra-operatorio, recupero post-operatorio, emodiluizione normovolemica pre-operatoria, predeposito per autotrasfusione;
- Accreditamento dei Servizi Trasfusionali e delle Unità di raccolta del sangue e degli emocomponenti

Indicatori di risultato

- Adozione di un atto che definisca la nuova organizzazione del CRS;
- Adozione di un atto che identifichi le sedi di produzione e le Unità di raccolta del sangue e degli emocomponenti all'interno di ciascuna macroarea;
- Adozione delle procedure per l'acquisizione di un nuovo sistema informatico trasfusionale;
- Formalizzazione di un documento che indichi le procedure per la centralizzazione delle attività produttive presso le sedi identificate.

- Formalizzazione di un documento che indichi l'attività dei Comitati ospedalieri per il Buon uso del Sangue, istituiti ai sensi dell'articolo 17 della legge n.219/2005;
- Adozione di atto di assegnazione (e successiva verifica) degli obiettivi per il sangue ai direttori generali delle ASL e delle AA.OO. finalizzati al raggiungimento di un incremento di:
 - produzione di sangue;
 - invio del plasma alla lavorazione industriale per la produzione di farmaci plasmaderivati;
 - procedure per ridurre i consumi.
- Riduzione del disavanzo tra produzione e consumo
 - 2013 = -10%
 - 2014 = -5%
 - 2015 = 0%
- Certificato di accreditamento dei Servizi Trasfusionali e delle Unità di raccolta del sangue e degli emocomponenti.

CRONOPROGRAMMA

- Entro il 30.4.2013:
 - definizione della nuova organizzazione del CRS
 - identificazione delle sedi di produzione e delle Unità di raccolta sangue e degli emocomponenti
 - assegnazione degli obiettivi ai Direttori Generali delle AA.SS.LL. e delle AA.OO.
- Entro il 30.6.2013:
 - definizione delle procedure per la centralizzazione delle attività produttive presso le sedi identificate
 - definizione di un documento che indichi l'attività dei Comitati ospedalieri per il Buon uso del Sangue
- Entro il 31.12.2013: disavanzo tra produzione e consumo = -10%
- Entro il 31.12.2014: disavanzo tra produzione e consumo = -5%
- Entro il 31.12.2015: disavanzo tra produzione e consumo = 0%
- Entro il 31.12.2013 completamento delle procedure per l'acquisizione di un nuovo sistema informativo trasfusionale
- Entro il 31.12.2014:
 - centralizzazione delle attività produttive per macroarea
 - raggiungimento degli obiettivi fissati dall'Accordo Stato/Regioni Rep. Atti n. 242 del 16.12.2010.

Responsabile Del Procedimento Attuativo

- Dirigente Area Programmazione della rete ospedaliera (pubblica-privata-policlinici universitari) e ricerca

Azione 14.3.5: Piano regionale di contenimento dei tempi d'attesa, sulla base della normativa vigente, che preveda il monitoraggio dei relativi flussi informativi, anche attraverso il Sistema Tessera Sanitaria.

La gestione delle liste di attesa, al fine dell'abbattimento dei tempi di attesa per le prestazioni sanitarie, è uno dei problemi maggiormente avvertiti dai cittadini e rappresenta uno degli obiettivi prioritari del Servizio Sanitario Nazionale. Il contenimento dei tempi di attesa si configura come un obiettivo fondamentale del Governo e delle Regioni al fine di garantire e tutelare il diritto dei cittadini all'accessibilità delle prestazioni definite nei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA).

A tal fine il 23 novembre 2010 è stato pubblicato in Gazzetta Ufficiale (23/11/2010 n. 274, suppl. ordinario) il Nuovo Piano Nazionale di Governo delle Liste d'attesa (PNGLA) il quale si propone di condividere un percorso per il governo delle liste di attesa finalizzato a garantire un appropriato accesso dei cittadini ai servizi sanitari

Con la DGR n. 314 del 28 giugno 2012 avente ad oggetto “Verifica degli adempimenti per l'anno 2010. Recepimento degli Accordi Stato-Regioni e Conferenza Unificata, più rilevanti ai fini dell'erogazione dei LEA, intervenuti nell'anno 2010” è stato formalmente recepito il piano nazionale di governo delle liste di attesa.

A livello regionale nasce l'esigenza di identificare metodologie e strumenti di misura del tempo di attesa, in quanto esso rappresenta un elemento di valutazione della tempestività dell'azione ed incide sulla determinazione dell'efficacia dell'azione sanitaria. Esso, pertanto, è elemento qualificante dell'attività clinica, ed in quanto tale, incidendo sul valore dell'assistenza erogata in termini di outcome, deve essere garantito al meglio all'interno dei livelli essenziali di assistenza.

Per governare i tempi di attesa è evidente che bisogna agire su entrambi i fattori che configurano l'accesso al servizio assistenziale:

- a) la domanda, rendendola sempre più appropriata
- b) l'offerta, adeguandola ed organizzandola in termini di accessibilità, efficacia ed efficienza.

Tali attività devono costituire oggetto di costante monitoraggio e verifica al fine di eventuali riprogrammazione delle attività e di pianificazione delle azioni correttive e di miglioramento.

Occorre pertanto considerare tutti gli attori chiamati in causa: medici (MMG, PLS e specialisti), direzioni sanitarie, cittadini, gestori sistema Recup

OBIETTIVI

- Garanzia del diritto di accesso del cittadino al Servizio Sanitario Regionale mediante la definizione e l'applicazione di criteri espliciti per garantire un accesso tempestivo alle prestazioni sanitarie appropriate a chi ne ha più bisogno
- Riconoscimento delle prestazioni sanitarie individuate, a livello nazionale, come critiche e pertanto soggette a monitoraggio e per le quali sono previste tempi massimi di attesa in ragione delle priorità cliniche
- Definizione delle modalità e degli strumenti per raggiungere l'obiettivo della garanzia del rispetto dei tempi di attesa per il 90% delle prestazioni individuate con regimi di priorità urgente, breve e differibile
- Valutazione dei tempi di attesa dei Percorsi diagnostico terapeutici ed individuazione quali aree di prioritaria valutazione, quelle oncologica e cardiologica
- Implementazione delle attività di monitoraggio e sistema di reporting al fine di verificare l'efficacia degli interventi, realizzare un *benchmarking* regionale e prevedere azioni di miglioramento laddove si presentino situazioni di disallineamento

AZIONI

- Adozione dei tempi di attesa con i seguenti codici di priorità per le prestazioni ambulatoriali:

- U - Urgente
- B – Breve
- D – Differibile
- P – Programmabile
- Da erogarsi entro 72 ore dalla richiesta
- Da erogarsi entro 10 giorni dalla richiesta
- Da erogarsi entro 30 giorni dalla richiesta per le visite ambulatoriali
- Da erogarsi entro 60 giorni dalla richiesta per le prestazioni di diagnostica strumentale
-
- Adozione dei tempi di attesa con i seguenti codici di priorità per le prestazioni in regime di ricovero
 - A
 - B
 - C
 - D
 - Entro 30 giorni
 - Entro 60 giorni
 - Entro 180 giorni
 - Entro 12 mesi
- Avvio e sperimentazione, presso ASL pilota, della definizione dei criteri delle classi di priorità secondo la metodologia dei Raggruppamenti di Attesa Omogenei (RAO), e formazione degli operatori
- Formazione all'interno del Gruppo Liste di Attesa (istituito con Determina n. B9320 del 6 dicembre 2011) di commissioni formate da medici di medicina generale, medicina di continuità assistenziale, specialisti ospedalieri e ambulatoriali territoriali per predisporre specifici RAO per branca specialistica
- Presenza degli elementi fondamentali della ricetta: quesito diagnostico, individuazione se trattasi di prima visita o controllo, classe di priorità.
- Aggiornamento del sistema RECUP, con progressiva estensione dell'offerta ricompresa nel sistema
- Revisione ed aggiornamento delle agende di prenotazione per renderle congrue alle codifica delle classi di priorità clinica
- Monitoraggi dei tempi di attesa:
 - 1) ex post per le prestazioni ambulatoriali con inserimento di classe di priorità e garanzia del tempo di attesa tipo di accesso
 - 2) monitoraggio dei tempi di attesa per l'attività libero professionale intramuraria (ALPI)
 - 3) monitoraggio dei tempi di attesa per le attività di ricovero secondo le modalità previste dal DM 8 luglio 2010
 - 4) monitoraggio delle sospensioni dell'erogazione delle prestazioni: definizione di un protocollo regionale uniforme per tutte le Aziende, che garantisca la regolarità delle attività di erogazione delle prestazioni sanitarie senza incorrere in sospensioni tranne che per motivi tecnico – organizzativi imprevedibili ed eccezionali
 - 5) Verifiche e controlli a campione sulla correttezza delle sospensioni.
 - 6) Monitoraggi dei PDT mediante utilizzo delle "linee Guida per il monitoraggio dei percorsi diagnostico terapeutici"

Risultati programmati

- Rispetto del 90% dei tempi di attesa per le prestazioni in classe di priorità U,B,D, garanzia del 70% delle prestazioni in classe di priorità P
- Rispetto del 90% dei tempi di attesa definiti all'interno dei PDT

Indicatori di risultato

- Gli indicatori previsti dai Monitoraggi

CRONOPROGRAMMA

- Entro 30 settembre 2013
- revisione ed aggiornamento delle agende di prenotazione per renderle congrue alle codifica delle classi di priorità clinica;
- Entro 31 dicembre 2013
- Ricognizione della copertura dell'offerta per specialità e struttura nel sistema Recup
- Identificazione di ASL pilota e formazione degli operatori per sperimentazione della definizione dei criteri delle classi di priorità secondo la metodologia dei RAO;
- Entro 30 giugno 2014
- primi risultati della sperimentazione e valutazione;
- Entro 31 dicembre 2014
- in caso di valutazione positiva della sperimentazione, estensione progressiva all'ambito regionale dei RAO.
- aggiornamento del sistema RECUP;
- Entro 31 dicembre 2015
- monitoraggio del sistema a regime.

Responsabile Del Procedimento Attuativo

- Dirigente Area Programmazione della rete ospedaliera(pubblica-privata-policlinici universitari) e ricerca

Proposta PO V

Intervento 14.4 Rete territoriale

Azione 14.4.1: Piano di riorganizzazione, riqualificazione ed implementazione dell'assistenza territoriale e distrettuale, con indicazione delle aree con maggiori criticità (anziani, disabili, pazienti psichiatrici, tossicodipendenti, minori ...)

Nell'ambito della riorganizzazione e riqualificazione dell'assistenza territoriale, con particolare riferimento al Distretto, la Regione Lazio ha avviato un percorso di promozione dell'attività distrettuale. Tra i provvedimenti adottati, si riportano quelli maggiormente rilevanti per questo ambito assistenziale:

DPCA 18/2008 Approvazione della 'Programmazione per l'integrazione sociosanitaria nella Regione Lazio' e delle 'Linee Guida per la stesura del Piano Attuativo Locale triennale 2008-2010'

DPCA 111/2010 "Approvazione Piano Sanitario Regionale (PSR) 2010/2012"

DGR 315/2011 "Il Punto Unico di Accesso sociosanitario integrato nella Regione Lazio – Linee d'Indirizzo"

DGR 313/2012 "Riqualificazione dell'Assistenza Territoriale e valorizzazione del ruolo del Distretto. Approvazione del documento "Interventi prioritari per lo sviluppo delle funzioni del Distretto"

DPCA 39/2012 "Assistenza Territoriale. Ridefinizione e riordino dell'offerta assistenziale residenziale e semiresidenziale a persone non autosufficienti, anche anziane, e a persone con disabilità fisica, psichica e sensoriale"

DPCA 99/2012 "Assistenza territoriale residenziale a persone non autosufficienti, anche anziane. DPCA 39/2012 e DPCA 8/2011. Corrispondenza tra tipologie di trattamento e nuclei assistenziali e relativi requisiti minimi autorizzativi. Approvazione documenti tecnici comparativi."

DPCA 431/2012 "La Valutazione Multidimensionale per le persone non autosufficienti, anche anziane e per le persone con disabilità fisica, psichica e sensoriale: dimensioni e sottodimensioni. Elementi minimi di organizzazione e di attività dell'Unità di Valutazione Multidimensionale Distrettuale nella Regione Lazio".

In particolare, la DGR 313/2012 ha previsto l'adozione, da parte delle ASL, di specifici piani operativi riguardanti i seguenti aspetti:

Sviluppare l'Assistenza Primaria (AP); Costruire e diffondere percorsi diagnostico terapeutici assistenziali (PDTA); Realizzare l'integrazione sociosanitaria; Migliorare la qualità dell'assistenza alle persone non autosufficienti e sviluppare l'area dell'assistenza intermedia; Favorire l'accesso alle cure e all'assistenza; Realizzare l'autonomia tecnico-gestionale ed economico-finanziaria Formare e qualificare il personale; Comunicare efficacemente con i cittadini; Misurare e valutare le attività e i risultati; Promuovere alleanze per migliorare la salute della comunità; Assicurare la continuità assistenziale e l'integrazione tra ospedale e territorio.

Nell'ambito delle attività previste dal Piano di Rientro è stato stipulato uno specifico accordo tra Regione Lazio e Ministero della Salute per lo sviluppo dei PUA. Tale attività ha prodotto la

rilevazione dello stato di attuazione del Decreto 18/2008, e le Linee di indirizzo inerenti il PUA (DGR 315/2011).

Con il citato DPCA 39/2012 si è provveduto a definire le azioni programmatiche relative al riordino dell'offerta territoriale a persone non autosufficienti, anche anziane, e a persone con disabilità fisica, psichica e sensoriale. L'offerta residenziale è stata graduata in trattamento intensivo, estensivo e di mantenimento. Viene prefigurata inoltre l'articolazione per l'Assistenza domiciliare. Nello schema seguente si riportano gli ambiti assistenziali e le prestazioni per tipologia di trattamento per le persone non autosufficienti e per le persone con disabilità, compresa l'assistenza domiciliare. Tale tabella descrive, infatti, il percorso di riorganizzazione della rete di assistenza sul territorio.

Assistenza residenziale e domiciliare				
Tipologia di trattamento		Assistenza residenziale a persone non autosufficienti, anche anziane	Assistenza residenziale a persone con disabilità fisica, psichica e sensoriale	Assistenza Domiciliare (A.D.I.)
	Intensivo	Trattamenti intensivi essenziali per il supporto alle funzioni vitali rivolti a persone non autosufficienti, anche anziane, gravemente compromesse (ad esempio ventilazione meccanica assistita, nutrizione enterale-parenterale protratta, trattamento di stati vegetativi o coma prolungato, malattie neurodegenerative progressive).	Trattamenti riabilitativi intensivi a persone con disabilità da esiti di grave cerebrolesione acquisita, compresi gli stati con responsività minimale che necessitano anche di cure mediche/infermieristiche complesse per il supporto alle funzioni vitali, da esiti di lesione midollare traumatica e/o infiammatoria, anche con insufficienza respiratoria grave e ventilazione meccanica invasiva.	Cure domiciliari di complessità elevata per malattie croniche avanzate e complicate (7- 10 accessi settimanali) e stati terminali (accessi quotidiani e pronta disponibilità medica) da parte di équipes multidisciplinari, previa valutazione multidimensionale e Piano di Assistenza Individuale (PAI), con eventuale assistenza tutelare alla persona.
	Estensivo	Trattamenti estensivi a persone non autosufficienti, anche anziane, con necessità di elevata tutela sanitaria (ad esempio cure mediche, cure infermieristiche quotidiane, trattamenti di recupero funzionale, somministrazione di terapia e.v., nutrizione enterale, lesioni da decubito profonde).	Trattamenti riabilitativi estensivi a persone con disabilità complessa, finalizzati al recupero funzionale in un tempo definito.	Cure domiciliari di complessità medio-alta per malattie croniche (3 – 6 accessi settimanali) da parte di équipes multidisciplinari, previa valutazione multidimensionale e PAI, con eventuale assistenza tutelare alla persona.
	Mantenimento	Trattamenti di lungoassistenza / mantenimento a persone non autosufficienti, anche anziane, con necessità di media tutela sanitaria.	Trattamenti socio-riabilitativi di mantenimento a persone con grave disabilità che necessitano di azioni di recupero finalizzate ad evitare l'aggravamento e a favorire l'autonomia nella vita quotidiana.	Cure domiciliari di complessità bassa per malattie croniche (2 accessi settimanali) da parte di équipes multidisciplinari, previa valutazione multidimensionale e PAI, con eventuale assistenza tutelare alla persona.

Obiettivo generale

Il Distretto deve assumere il ruolo di governo dell'assistenza primaria e intermedia, in grado di gestire a livello territoriale soggetti affetti da patologia cronica, anche attraverso lo sviluppo di un rapporto più incisivo e integrato con la medicina generale e la pediatria di libera scelta, adottando l'approccio previsto dal Chronic Care Model. A tal fine si prevede il completamento dei PUA, l'implementazione della Valutazione Multidimensionale, il potenziamento dell'assistenza residenziale.

Obiettivi specifici e azioni

1. **Accessibilità:** Il Punto Unico di Accesso Integrato Sociosanitario (PUA) è una modalità organizzativa sia strutturale che funzionale collocata all'interno del distretto sanitario rivolto prevalentemente a disabili, non autosufficienti, portatori di patologie croniche e con difficoltà sociali atto a facilitare l'accesso integrato alle prestazioni sanitarie, sociosanitarie e sociali, non comprese nell'emergenza. La Regione Lazio ha avviato attraverso uno specifico accordo con il Ministero della Salute il processo di sviluppo del PUA a livello distrettuale (DGR 315/2011 "Il Punto Unico di Accesso Sociosanitario integrato nella Regione Lazio"). Nel triennio è previsto il completamento dell'attivazione dei PUA in tutti i distretti del territorio regionale, il cui monitoraggio è regolarmente condotto.

2. **Valutazione Multidimensionale:** la VMD concorre alla tutela della salute del cittadino, ponendosi quale funzione chiave per l'Azienda Sanitaria Locale e le sue articolazioni distrettuali. La VMD del bisogno, sanitario e socio-sanitario, rappresenta quindi il punto nodale per il più appropriato utilizzo dell'offerta assistenziale, favorendo la maggiore efficacia possibile degli interventi.

La valutazione multidimensionale rappresenta una pratica di dimostrata efficacia nella gestione del paziente complesso e fragile. La VMD si caratterizza per la partecipazione attiva di più professionisti ed attori facenti parte della rete dei servizi sanitari, sociosanitari e sociali; è pertanto definibile quale funzione valutativa esercitata da un insieme di professionisti di area sanitaria e sociale, finalizzata alla individuazione dei problemi di salute di natura fisica, psichica e sensoriale nonché delle caratteristiche socio economiche e relazionali della persona e delle sue potenzialità e risorse, al fine di definire il setting assistenziale adeguato al bisogno individuato. Si prevede di portare a completamento quanto previsto nel DPCA 431/2012 e di avviare il percorso relativo all'adozione di strumenti di valutazione multidimensionale a livello regionale, per gli ambiti assistenziali per i quali siano disponibili e fruibili strumenti condivisi e standardizzati, tenendo anche conto dei risultati di verifica degli strumenti disponibili che sarà effettuata da Laziosanità-ASP.

3. **Presa in carico** (Rete dei servizi, integrazione, PDTA). La DGR 313/2012 prevede la strutturazione di percorsi diagnostico terapeutico assistenziali, intesi quali l'insieme organizzato, coerente e coordinato di prestazioni e attività di natura sanitaria e socioassistenziale, erogate per raggiungere un dato obiettivo di salute a fronte di una specifica condizione clinico - assistenziale. Tali percorsi vanno costruiti a livello distrettuale, in collaborazione con il livello ospedaliero, allo scopo di garantire una gestione integrata del paziente. Si sottolinea l'approvazione, in Conferenza Stato Regione nella seduta del 6 dicembre 2012 dell'Accordo, ai sensi dell'art. 4 del decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281, tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano sul documento recante "Piano per la malattia diabetica". Al riguardo si prevede di assolvere i seguenti adempimenti:

Atto di recepimento del Piano

Costituzione di commissione o gruppo di lavoro regionale per l'implementazione del Piano, composta anche da esperti dell'età pediatrica e adolescenziale

Censimento delle strutture specialistiche

Attivazione della rete assistenziale con relativo percorso del PDTA

Progettazione di interventi integrati di prevenzione
Analisi degli aspetti farmacologici
Monitoraggio

Per quanto attiene la rete dei servizi e i percorsi assistenziali per i soggetti affetti da demenza si intende riorganizzare, a livello di ASL, le attuali Unità di Valutazione Alzheimer in Centri per le demenze, prevedendo l'individuazione di almeno un Centro diagnostico - specialistico e di uno o più Centri territoriali esperti (distrettuali o sovradistrettuali) che dovranno raccordarsi tra loro secondo criteri di territorialità, per seguire adeguatamente il paziente nelle diverse fasi della storia naturale della malattia.

Al fine di favorire la continuità delle cure e dell'assistenza, di superare alcuni problemi logistici e di integrazione con gli altri ambiti di assistenza, si devono promuovere azioni per lo sviluppo di forme di telemedicina e teleassistenza.

Il Distretto, quindi, deve sviluppare e implementare progressivamente la funzione di "cabina di regia" tra la medicina generale, la pediatria di libera scelta, le strutture specialistiche territoriali, ospedaliere e di assistenza intermedia, attraverso la realizzazione di team pluridisciplinari e multiprofessionali in modo da potere garantire completezza, integrazione e continuità dell'assistenza.

L'ambito territoriale di riferimento per l'integrazione sociosanitaria è individuato nel Distretto, uno dei principali attori nel rapporto con gli Enti Locali. Il rafforzamento dei collegamenti tra i servizi di assistenza domiciliare, residenziale e gli altri nodi della rete sanitaria e sociosanitaria con i servizi sociali dell'Ente locale appare di particolare importanza per quelle attività connesse alla continuità assistenziale ed alle dimissioni protette dell'ospedale per acuti.

Relativamente all'area dell'Assistenza Intermedia (area di confine tra setting ospedaliero e domiciliare caratterizzato da una bassa complessità clinica e alta complessità assistenziale es., struttura residenziale per persone non autosufficienti, disabili, hospice ecc.) è necessario prevedere il completamento dell'attivazione dei Centri Clinico-Assistenziali Distrettuali (CeCAD), strutture a vocazione multifunzionale e a gestione multiprofessionale, destinate a trattare persone affette da patologie cronico-degenerative in fase non acuta e con esigenze diversificate, che in passato afferivano alla tradizionale degenza ospedaliera (vedi Scheda 4.14.2).

Sub Azione 14.4.1.a Assistenza residenziale per persone non autosufficienti, anche anziane (4.1); per disturbi cognitivo-comportamentali e per persone disabili (4.2)

14.4.1.a1 Attivazione di posti residenziali per persone non autosufficienti, anche anziane

Il Decreto Commissariale n. 17 del 5 settembre 2008 ha fatto propria la classificazione delle strutture residenziali extraospedaliere contenuta nel documento della Commissione Nazionale LEA Prestazioni Residenziali e Semiresidenziali del maggio 2007. In esso vengono, infatti, identificati i nuovi livelli prestazionali che le RSA del Lazio dovranno garantire agli ospiti portatori di problematiche clinico-assistenziali che vedono nel regime residenziale o semiresidenziale l'ambito assistenziale ad essi più appropriato.

Con il DPCA 39/2012 la Regione Lazio ha proceduto alla riorganizzazione dell'assistenza residenziale e semiresidenziale per persone non autosufficienti, anche anziane, per le persone con disabilità fisica, psichica e sensoriale e per l'assistenza domiciliare. Lo stesso DPCA definisce il

fabbisogno di posti residenziali e semiresidenziali per ciascun livello prestazionale per la copertura del fabbisogno definito. La regione intende completare l'offerta complessiva di posti residenziali entro la fine del 2015 come di seguito riportato:

Posti attuali autorizzati e con onere a carico SSR: n. **5.123** (residenziali e semiresidenziali)

Posti Residenziali (pr) derivanti dai processi di riconversioni di Presidi ospedalieri pubblici (Intervento 4.14.2): n. **642** nuovi, di cui:

- 63 pr intensivi
- 400 pr estensivi
- 169 pr estensivi per disturbi cognitivo comportamentali
- 10 pr mantenimento

Nuovi posti residenziali da attivare nel triennio: n. **6.027**, così articolati:

- | | |
|--|------|
| - intensivi | 188 |
| - estensivi | 777 |
| - estensivi per disturbi cognitivo comportamentali | 484 |
| - mantenimento | 4578 |

E' prevista l'attivazione di complessivi **1.000** p.r nel 2013 e **2.000** p.r. nel 2014. Successivamente sarà effettuata una rivalutazione del fabbisogno.

Per dare compimento a quest'azione è prioritario ultimare il percorso relativo alla definizione dei requisiti per i livelli prestazionali estensivo per persone non autosufficienti, anche anziane ed estensivo per persone con disturbi cognitivo comportamentali, aggiornare le relative tariffe e sottoscrivere i conseguenti accordi di riconfigurazione con le ASL interessate.

Inoltre, sulla base del DCA 39/2012 che ridefinisce e riordina l'offerta assistenziale a persone non autosufficienti anche anziane ed a persone con disabilità, si provvederà a:

- riclassificare l'offerta attuale in base alle nuove tipologie di trattamento assistenziale;
- effettuare l'accordo di riconfigurazione in base alle nuove tipologie di trattamento assistenziale con le strutture private già autorizzate/accreditate;
- confermare le autorizzazioni e riconoscere l'accredito istituzionale rispetto alle nuove tipologie di trattamento assistenziale.

14.4.1.a2 Assistenza a persone con disabilità fisica, psichica e sensoriale

Gli interventi riabilitativi sono attuati nell'ambito di progetti individualizzati (PRI), ed erogati a livello extraospedaliero nei seguenti regimi assistenziali: residenziale, semiresidenziale, ambulatoriale, domiciliare.

In considerazione della necessità di procedere alla riqualificazione/ridefinizione dell'offerta riabilitativa territoriale attualmente accreditata sulla base di sempre maggiori criteri di appropriatezza, la Regione ha intrapreso specifiche azioni che hanno condotto alla definizione del fabbisogno assistenziale per i comparti riabilitativi e dei criteri per l'accesso e la dimissione ai/dai regimi diversi regimi assistenziali. A tal fine la Regione ha emanato i seguenti provvedimenti:

- DPCA 89/2010 “Definizione del fabbisogno assistenziale per i comparti riabilitativi di tipo estensivo e di mantenimento e dei criteri per l’accesso e la dimissione ai/dai regimi residenziale, semiresidenziale, non residenziale”
- DPCA 39/2012 “Assistenza Territoriale. Ridefinizione e riordino dell’offerta assistenziale residenziale e semiresidenziale a persone non autosufficienti, anche anziane, e a persone con disabilità fisica, psichica e sensoriale”
- DPCA 431/2012 “La Valutazione Multidimensionale per le persone non autosufficienti, anche anziane e per le persone con disabilità fisica, psichica e sensoriale: dimensioni e sottodimensioni. Elementi minimi di organizzazione e di attività dell’Unità di Valutazione Multidimensionale Distrettuale nella Regione Lazio”
- DPCA 434/2012 “Requisiti minimi autorizzativi strutturali, tecnologici e organizzativi delle strutture che erogano attività riabilitativa a persone con disabilità fisica, psichica e sensoriale conseguente al processo di riordino di cui al DPCA n. 39 del 20 marzo 2012. Modifica al cap. 4.2. del DPCA n. 8/2011 ed integrale sostituzione dei cap. 3.4 e 7.2. del DPCA n. 8/2011”

Attualmente l’offerta riabilitativa in regime territoriale è caratterizzata dal seguente profilo:

- posti residenza estensivi attivi con onere a carico SSR n. 635
- posti residenza socio-riabilitativi di mantenimento attivi con onere a carico SSR n. 1.195
- posti semiresidenziali estensivi attivi con onere a carico SSR n. 1.289
- posti semiresidenziali socio-riabilitativi di mantenimento attivi con onere a carico SSR n. 1.148
- trattamenti ambulatoriali n. 5.820
- trattamenti domiciliari n. 4.018

E’ prevista, nell’ambito degli interventi programmatori relativi all’assistenza territoriale, una rimodulazione dell’offerta residenziale e semiresidenziale ai sensi del DPCA 39/2012, nonché un incremento complessivo massimo dell’offerta non residenziale (prevalentemente ambulatoriale) pari al 20%.

Funzione regionale dedicata alla governance

Funzione di governance costituita a livello regionale dalle Aree interessate: Area territoriale, Accreditamento, Personale

Risultati programmati

- Completamento dell’attuazione di quanto previsto negli atti normativi sopracitati per i diversi ambiti di intervento
- Realizzazione dell’autonomia tecnico-gestionale ed economico-finanziaria del distretto
- Strutturazione di PDTA per le patologie cronico degenerative a maggiore impatto (ad es. diabete)
- Sviluppo della rete dei servizi e i percorsi assistenziali per i soggetti affetti da demenza
- Diffusione del Chronic Care Model
- Predisposizione di programmi formativi a sostegno del processo di riqualificazione e riorganizzazione dell’offerta territoriale
- Assistenza residenziale a persone non autosufficienti, anche anziane
- adozione provvedimento schemi di intesa per le riconversioni

- correlazione tra classi RUG e livelli assistenziali nell'offerta residenziale
 - adozione provvedimento requisiti estensivo
 - aggiornamento tariffe
 - attivazione di complessivi 1.000 p.r. nel 2013 e 2.000 p.r. nel 2014
 - rivalutazione del fabbisogno assistenziale a fine anno 2014
- Assistenza a persone con disabilità fisica, psichica e sensoriale
- Definizione dello strumento di valutazione multidimensionale per persone con disabilità fisica, psichica e sensoriale
 - Definizione e implementazione di linee di indirizzo clinico assistenziali territoriali e di linee operative per i trattamenti riabilitativi territoriali
 - Modifica del Sistema Informatico e Informativo Assistenza Riabilitativa (SIAR) anche per consentire la valutazione dei processi clinici
 - Riconfigurazione e rimodulazione delle strutture private accreditate ai sensi del DPCA 39 e 434/2012, da parte delle competenti strutture regionali (anche Autorizzazioni e Accreditamento, Ufficio Speciale Accreditamento, Pianificazione strategica) :
 - ridefinizione delle tariffe;
 - approvazione decreto “schema di intesa per la riconfigurazione e rimodulazione delle strutture erogatrici ai sensi del DPCA 39/2012 e s.m.i. “;
 - sottoscrizione intese con le singole strutture;
 - apertura piattaforma per modifica dei titoli autorizzativi alla luce della nuova riconfigurazione e sulla base del DPCA 434/2012;
 - verifica da parte delle ASL competenti per territorio del possesso dei requisiti;
 - provvedimento di autorizzazione e accreditamento;
 - ricollocazione dei pazienti nelle nuove tipologie assistenziali previste.
 - Definizione requisiti per le strutture che effettuano la valutazione degli ausili nell'ambito dell'abilitazione di persone affette da SLA

Indicatori di risultato

- Adozione del documento tecnico sul budget di distretto
- Numero di PUA attivati nei vari distretti regionali rispetto al totale dei PUA da attivare
- Numero di PDTA attivati
- Adozione delle Linee di indirizzo per la diffusione del Chronic Care Model
- Realizzazione di interventi formativi
- Numero di UVMD attive
- Numero di PR attivati su PR previsti da attivare
- Numero PR esistenti su numero complessivo PR previsti
- Adozione di linee di indirizzo clinico assistenziali territoriali e di linee operative per i trattamenti riabilitativi territoriali

Cronoprogramma

- Entro marzo 2013 emanazione di provvedimento relativo alla correlazione tra classi RUG e livelli assistenziali nell'offerta residenziale per persone non autosufficienti, anche anziane
- Entro marzo 2013 emanazione di provvedimento relativo ai requisiti del livello estensivo per l'offerta residenziale per persone non autosufficienti, anche anziane.
- Entro giugno 2013 emanazione di provvedimento relativo alle linee operative per i trattamenti riabilitativi territoriali e allo strumento di valutazione multidimensionale per persone con disabilità fisica, psichica e sensoriale
- Entro dicembre 2013 attivazione di posti residenziali coerenti con il fabbisogno ed in possesso dei requisiti previsti dalla normativa vigente;
- Entro dicembre 2014 rivalutazione del fabbisogno assistenziale per non autosufficienti

- Entro giugno 2014 definizione e implementazione di linee di indirizzo clinico assistenziali territoriali e di linee operative per i trattamenti riabilitativi territoriali
- Entro dicembre 2014 modifica del Sistema Informativo e Informativo Assistenza Riabilitativa (SIAR) anche per consentire la valutazione dei processi clinici
- Entro dicembre 2013 riconfigurazione e rimodulazione delle strutture private accreditate ai sensi del DPCA 39 e 434/2012, da parte delle competenti strutture regionali (punti 7, 8 nota regionale a ministero). In occasione della rimodulazione dell'offerta attuale rivolta a persone con disabilità fisica, psichica e sensoriale, verrà proposto ai soggetti erogatori di riclassificare i posti residenziali dedicati alla riabilitazione, in posti residenziali dedicati a persone non autosufficienti, anche anziane (fortemente in difetto).
- Entro dicembre 2014 realizzazione di interventi formativi relativamente alle azioni programmate

Sub Azione 14.4.1.b. Riconversione delle Case di Cura neuropsichiatriche Accreditemento istituzionale definitivo delle Case di Cura neuropsichiatriche(CdC NP)

Sul territorio della Regione Lazio sono presenti:

- 12 case di cura Neuropsichiatriche per le quali è in corso la procedura di accreditamento definitivo (11 saranno accreditate, solo per una di esse l'autorizzazione sarà probabilmente sospesa).
- strutture residenziali psichiatriche (comunità terapeutiche intensive ed estensive, per un totale di circa 807 posti letto (DGR 14 febbraio 2005, n.146 "Accreditamento provvisorio delle strutture residenziali psichiatriche, terapeutiche-riabilitative, socio-riabilitative e centri diurni, autorizzate dalla Regione Lazio, ai sensi della DGR n. 252 del 21 marzo 2003");
- strutture residenziali a fasce orarie (per un totale di circa 75 posti letto);
- centri diurni (per un totale di 11 posti letto).

Tali presenze saranno confermate soltanto quando sarà terminato il processo di accreditamento definitivo.

In tutti i dipartimenti di salute mentale sono presenti strutture residenziali psichiatriche a gestione diretta (comunità terapeutica).

Con Decreto del Presidente della giunta Regionale nella qualità di Commissario ad Acta U0005 settembre 2008 n.15 sono stati definiti i fabbisogni sanitari della Regione Lazio dell'assistenza residenziale per la salute mentale e alcune funzioni assistenziali delle Case di cura Neuropsichiatriche (CdC NP) in attuazione ai dettami del Piano di Rientro e della suddetta DGR 419/ 2007. Lo stesso DCA ha revocato la DGR 412/2003.

Da ultimo, con DCA U0101 del 2010, che avrà attuazione al termine dell'iter di accreditamento istituzionale, è stato definito il numero dei posti letto affidati a ciascuna struttura accreditata, le relative tariffe e, di conseguenza, il budget per ciascun erogatore, ed è stata modificata la tipologia di intervento denominata "Reparti Psichiatrici Ospedalieri terapeutico Riabilitativi "(RPOT-r), nella seguente tipologia di intervento: "Strutture per Trattamenti Psichiatrici Intensivi Territoriali (STPIT)".

RISULTATI PROGRAMMATI

- Completare il percorso di riconversione così come individuato dal DCA 101/2010 in collaborazione con l'Area denominata "Ufficio Speciale Temporaneo per l'attuazione della L.R 12/2011" competente alla verifica dell'adeguamento delle strutture ai requisiti strutturali, ecologici e organizzativi;
- uniformare le strutture residenziali psichiatriche (ex CdCNP e ex comunità terapeutiche) per quel che riguarda l'accesso, il trasferimento, le liste di attesa, il sistema di remunerazione; a tal fine è prevista l'emanazione di una Circolare esplicativa (DCA n. n.101 del 9 dicembre 2010);
- garantire l'univocità e l'uniformità di accesso ai servizi, migliorando o ridefinendo i percorsi assistenziali e qualificando l'accessibilità in termini di equità;
- ottenere un miglioramento dell'offerta grazie al recupero di efficienza, di adottare criteri di appropriatezza nell'uso delle risorse, garantire l'univocità e l'uniformità di accesso ai servizi, migliorando o ridefinendo i percorsi assistenziali e qualificando l'accessibilità in termini di equità;

CRONOPROGRAMMA:

- Entro Dicembre 2013

RESPONSABILE DEL PROCEDIMENTO ATTUATIVO:

- Punto 1. Dirigente dell'Area "Ufficio Speciale Temporaneo per l'attuazione della L.R 12/2011";
- Punti da 2 a 4. Dirigente Area Programmazione della Rete dei Servizi dei Soggetti Deboli (Salute Mentale-Dipendenze-Carceri);

Sub Azione 14.4.1.c. Ridefinizione del modello organizzativo del DSM

L'Area Programmazione della Rete dei Servizi dei Soggetti Deboli (Salute Mentale-Dipendenze-Carceri), preso atto delle criticità rilevate con note dei Direttori dei DDSSMM (la progressiva riduzione del personale connessa al piano di rientro della regione Lazio, specialmente nell'ambito dei Centri di salute mentale, presidio fulcro fondamentale di primo contatto, cura assistenza, governo e gestione dell'intero sistema dipartimentale; la riduzione dei finanziamenti per l'integrazione nel sociale dei disagiati psichici; la difficoltà di gestire adeguatamente i compiti connessi alla nuova normativa sulla chiusura degli OPG; la difficoltà di garantire una adeguata appropriatezza degli interventi nell'ottica di una salute mentale di comunità), ha costituito, con Determinazione n. B09126 del 26 novembre 2012, un gruppo di lavoro per la razionalizzazione delle risorse e l'omogeneizzazione dei modelli operativi dei DDSSMM e la modifica dei modelli di intervento territoriale d'urgenza.

La Regione Lazio dovrà coordinare e sovrintendere alle diverse azioni al fine di adottare un modello operativo omogeneo dei DSM, che permetta di adottare interventi finalizzati a gestire in modo ottimale le risorse, riconoscendo la crescente esigenza di regolamentare l'intera materia in un unico quadro funzionale e strutturale, e fornire indirizzi e direttive alle Aziende Sanitarie Locali per gli atti di successiva competenza, coniugando, nel contempo, la continuità dell'assistenza sanitaria ed il mantenimento dei richiesti livelli di assistenza.

Risultati programmati

- monitorare le attività sanitarie erogate dai DDSSMM per progettare modelli organizzativi dei DDSSMM ed emanare linee di indirizzo;
- di definire un modello d'intervento per l'emergenza psichiatrica.
- ottenere un miglioramento dell'offerta grazie al recupero di efficienza, di adottare criteri di appropriatezza nell'uso delle risorse,
- garantire l'univocità e l'uniformità di accesso ai servizi, migliorando o ridefinendo i percorsi assistenziali e qualificando l'accessibilità in termini di equità;

- individuare regole di organizzazione e di funzionamento delle attività e dei servizi pienamente rispondenti ai principi della responsabilità condivisa.
- valutare le esperienze clinico-organizzative e gestionali dei DDSSMM, ed individuare percorsi di innovazione per definire linee omogenee di intervento nei diversi ambiti territoriali,
- di consentire, pur nelle diverse specificità locali, un livello di omogeneità negli interventi, a garanzia di un'equità di offerta e di criteri uniformi di tutela dei pazienti, dei loro familiari e dei cittadini in generale;
- Stima del fabbisogno di personale nei DSM ai sensi dell'art.3-ter della L.9/2012

Cronoprogramma:

- Saranno emanate con atto regionale delle linee guida, entro la fine del 2013 /primi mesi 2014
- Stima di fabbisogno di personale entro 2013/2014

RESPONSABILE DEL PROCEDIMENTO ATTUATIVO:

- Dirigente Area Programmazione della Rete dei Servizi dei Soggetti Deboli (Salute Mentale-Dipendenze-Carceri)

Sub Azione 14.4.1.d. Minori

Per quanto concerne i minori, nel corso dell'anno 2012 è stato approvato il Decreto recante "Piano del fabbisogno assistenziale per i minori nell'area della salute mentale per la Regione Lazio ai sensi dell'art. 2, comma 1, lett. a, numero 1) della L.R. 4/2003".

A seguito dell'approvazione del Decreto del Commissario ad Acta n.U0090 del 10 novembre 2010, recante "Approvazione di Requisiti minimi autorizzativi per l'esercizio di attività sanitarie e sociosanitarie", in cui sono stati inseriti i requisiti per le strutture che si occupano della salute mentale dei minori anche appartenenti al circuito penale, si è reso necessario predisporre un Decreto per la stima del fabbisogno assistenziale di cui all'allegato n. 1 (Documento di valutazione della "Stima del fabbisogno assistenziale per le strutture/servizi nell'ambito della salute mentale relative ai minori, anche appartenenti al circuito penale, della Regione Lazio" ai fini della verifica di compatibilità di cui al D.lgs. 502/1992 e s.m.i., art. 8 quater ed alla L.R. 4/2003 e s.m.i. e al R.R. 2/2007 e s.m.i.).

Tale decreto definisce l'assistenza territoriale, i servizi e le strutture per i minori nell'ambito della salute mentale, ma anche il fabbisogno di nuove tipologie assistenziali (SRTR intensive ed estensive) che, una volta attivate, eviteranno il problema dei ricoveri inappropriati e produrranno risparmi.

Risultati programmati

- Anno 2013:
- Apertura di almeno una Struttura Residenziale Terapeutico Riabilitativa intensiva ed una estensiva per l'anno 2013, per arrivare a regime nell'anno 2015.
- Apertura del Reparto di emergenza psichiatrica (8PL) entro l'anno 2013.
- Anno 2014:
- Per i Disturbi del comportamento alimentare è prevista la definizione del fabbisogno di strutture e servizi relativamente a questa patologia.
- Per le dipendenze patologiche dovrà essere definito il fabbisogno di strutture e servizi.

RESPONSABILE DEL PROCEDIMENTO ATTUATIVO:

- Dirigente Area Programmazione della Rete dei Servizi dei Soggetti Deboli (Salute Mentale-Dipendenze-Carceri)

Sub Azione 14.4.1.e Piano di riorganizzazione ed implementazione dell'assistenza territoriale e distrettuale, in riferimento all'area delle dipendenze

Descrizione dello scenario (demografico, epidemiologico, socio economico)

- **Utenza nei Servizi per le Dipendenze nel Lazio** -L'utenza dei SerT del Lazio si rileva stabile nel tempo, con circa 14.500 utenti l'anno che accedono ai servizi per l'uso o dipendenza da sostanze stupefacenti illegali; di questi ogni anno circa 2.500 sono nuovi utenti. La maggior parte delle persone in carico ai servizi è rappresentato tuttora dai consumatori di eroina che costituiscono circa il 90% delle persone già in carico o "rientrate. (Fonte dati: Piano Sanitario Regione Lazio 2010-2012)
- **Consumatori di cocaina e domanda di trattamento nel Lazio** - La richiesta di intervento presso i Ser.T. del Lazio per uso primario di cocaina avviene nel 27 % dei casi tra i nuovi utenti e nell'11,4 % dei vecchi utenti, che corrisponde ad una percentuale generale pari al 10,2 % di tutta l'utenza in carico. A livello nazionale i consumatori di cocaina, che richiedono interventi sono pari al 16% dell'utenza generale (Fonti dati: Sistema di Sorveglianza Tossicodipendenze – anno 2008; Relazione annuale al Parlamento – anno 2010).
- **Consumi tra la popolazione giovanile** - Nella relazione annuale 2009 l'OEDT registra 7,5 milioni di giovani europei (fascia d'età 15-34 anni) che hanno usato cocaina di cui tre milioni nell'ultimo anno; conferma la cannabis come droga illecita più comunemente usata in Europa; indica una modesta tendenza all'aumento di consumatori di eroina; sottolinea la diffusione del comportamento di poliassunzione, tra gli studenti (15–16 anni) ed i giovani adulti (15–34 anni). La relazione annuale dell'Agenzia per le Tossicodipendenze offre uno spaccato dell'evoluzione dei consumi nella città di Roma: un aumento del consumo di eroina (66,4% nel 2009 a fronte del 43% del 2008) e di alcol (dal 7% nel 2008 ad un 19% nel 2009), sottolinea come dato allarmante l'aumento del consumo di cocaina che nel corso dell'ultimo anno, incrementato del 30%, è arrivato a coinvolgere il 70% dei consumatori.
- **Consumi e dipendenza da Alcol e patologie alcol correlate** - Il consumo di bevande alcoliche costituisce un importante fattore di rischio per malattie croniche, incidentalità stradale, domestica e lavorativa, violenza e omicidi. In Europa l'alcol causa 195.000 morti l'anno ed è inoltre la terza causa di mortalità prematura, dopo l'ipertensione e il consumo di tabacco. In particolare l'alcol risulta essere la principale causa di cirrosi epatica nonché di 60 malattie e condizioni patologiche, incluso il cancro. Il rischio di danni sanitari e sociali cresce generalmente con la quantità di alcol consumata.. La prevalenza dei consumatori a rischio in Italia, elaborata dall'Istituto Superiore di Sanità, riguarda nel 2008 il 15,9% della popolazione, con una evidente differenza in relazione al sesso, interessando il 25,4% della popolazione maschile e il 7,0% della popolazione femminile, per un totale di più di 9 milioni di persone.
- **Comorbidità psichiatrica** - La comorbidità per disturbi correlati all'uso di alcool e sostanze è un problema sempre più rilevante nei soggetti affetti da SMI ("Doppia Diagnosi", DD): ciò sia per l'aumento della prevalenza per l'associazione con esiti clinici (Margolese et al, 2006) e psicosociali peggiori (Hunt et al, 20023). Si stima che 17% della popolazione generale presenta un disturbo da uso di sostanze, il 29% dei soggetti con almeno un disturbo mentale ha un disturbo da uso di sostanze in comorbidità (Regier et al, 1990), ed il 47% dei soggetti con schizofrenia ha un disturbo da uso di sostanze in comorbidità (Regier et al, 1998). I tassi di comorbidità variano considerevolmente tra setting e aree geografiche. In particolare è stato suggerito che la prevalenza sia inferiore nelle aree rurali rispetto a quelle urbane. (Fonte dei dati: Conferenza nazionale sulle Politiche Antidroga, 2009, Prof. M. Clerici)

- **Offerta dei servizi** : Nella Regione Lazio sono attivi 47 Servizi Pubblici per le Dipendenze (SerT), che assicurano gli interventi ambulatoriali e 36 Servizi del privato provvisoriamente Accreditato, che assicurano prevalentemente gli interventi residenziali. Altri servizi necessari ad assicurare quanto previsto dai LEA sono attivati da più di dieci anni attraverso la realizzazione di progetti, messi periodicamente a bando. Tali servizi, seppur indispensabili, risentono della precarietà del lavoro su progetti, che andrebbe riservata più propriamente alle linee innovative e sperimentali.
La mancanza di offerta di alcune tipologie di servizi previste dalla normativa nazionale dei LEA (servizi specialistici per target specifici, servizi di pronta accoglienza, ecc) determina il ricorso alla mobilità extra regionale, verso strutture con rette molto superiori a quelle della Regione Lazio. Ciò produce un forte dispendio di risorse economiche e una bassa continuità terapeutica tra servizi ambulatoriali e residenziali del territorio.
- **Risorse umane**: sono impegnati nel settore delle dipendenze più di 1000 professionisti, di cui circa 600 dipendenti dalle Aziende Sanitarie Locali. Il restante personale è dipendente degli Enti del Privato Accreditato, ovvero lavora con contratto a progetto, nei 45 servizi messi periodicamente a bando.

Risultati programmati e Indicatori di Risultato

Analisi del fabbisogno:

- è indispensabile definire su scala regionale l'intero fabbisogno assistenziale nel settore delle dipendenze, ivi comprese le dipendenze comportamentali come il gambling, inserito tra le competenze assistenziali dei servizi regionali.
- Nello specifico è necessario individuare: la domanda di salute, la gamma dei trattamenti appropriati per tipologia di target, la ricomposizione di pacchetti di trattamenti per tipologia di servizio, le prestazioni richieste per ogni tipologia di trattamento, i requisiti professionali e organizzativi per tipologia di trattamento/servizio.
- Metodologia: Raccolta ed analisi dei dati già in dotazione della Regione Lazio (dati epidemiologici e di output forniti dal Dipartimento di Epidemiologia SSR, dati qualitativi dell'offerta dei servizi forniti dal programma regionale di Valutazione di Outcome), condivisione dell'analisi con gli erogatori dei servizi e con i principali stakeholders. Successiva messa a regime dei servizi previsti dai LEA, attualmente garantiti solo attraverso la messa a bando di progetti.

Definizione del modello organizzativo dei servizi:

- la Regione Lazio deve fornire alle ASL un modello di riferimento omogeneo di organizzazione dei servizi, ora differentemente gestiti nei diversi territori (Dipartimento, Coordinamento, Strutture Complesse, afferenze), che determina una forte disparità della capacità e legittimità di programmazione, coordinamento e verifica dei servizi.
- Nello specifico è necessario realizzare: approvazione delle linee di indirizzo regionale per la definizione degli Atti di autonomia aziendale delle ASL, comprensivi del modello dipartimentale a funzione e dei criteri per l'individuazione delle strutture complesse e semplici. Inclusione delle strutture del privato Accreditato negli organismi di coordinamento dipartimentale;
- revisione degli Atti di autonomia aziendale alla luce delle indicazioni regionali.

Adeguamento delle rette regionali per i trattamenti residenziali:

- la Regione Lazio corrisponde le rette per la residenzialità e la semiresidenzialità più basse su scala nazionale; è pertanto indispensabile condurle almeno alla media nazionale, razionalizzando l'offerta in relazione a quanto emerge all'analisi del fabbisogno. Con le attuali rette (circa 34 euro al giorno, metà del valore medio nazionale) risulta inadeguata la richiesta regionale di verifica sugli standard di qualità professionale dei trattamenti e sui risultati di outcome.
- Nello specifico è necessario realizzare: stima del costo dei trattamenti richiesti alla luce del fabbisogno e dei requisiti organizzativi e professionali richiesti. Sono state già effettuate le

valutazioni di impatto complessivo, considerando l'attuale tasso di copertura dei posti di residenzialità/semiresidenzialità

- Metodologia: analisi dettagliata delle singole voci di spesa per tipologia di struttura e tipologia di trattamento; condivisione dell'analisi con gli erogatori.

CRONOPROGRAMMA:

- Analisi del fabbisogno entro il 2013/2014
- Definizione del modello organizzativo dei servizi entro il 2014
- Adeguamento delle rette regionali per i trattamenti residenziali entro il 2013

RESPONSABILE DEL PROCEDIMENTO ATTUATIVO:

- Dirigente Area Programmazione della Rete dei Servizi dei Soggetti Deboli (Salute Mentale-Dipendenze-Carceri) in collaborazione con Area Pianificazione Strategica

Azione 14.4.2: Piano di riorganizzazione, riqualificazione ed implementazione dell'assistenza domiciliare integrata, con l'indicazione delle azioni mirate al raggiungimento degli standard nazionali riferiti alla popolazione anziana >65 anni (linee guida sulle cure domiciliari, definizione di profili assistenziali, PUA, adozione e diffusione di strumenti di valutazione multidimensionali standardizzati per anziani e disabili).

L'Assistenza Domiciliare Integrata (ADI) si colloca nell'ambito dei servizi di "assistenza primaria" assicurati dal Distretto e si fonda sulla continuità delle cure, l'integrazione professionale e tra servizi sanitari e sociali, sulla partecipazione del paziente, della famiglia e della comunità.

L'ADI ha la finalità di mantenere al proprio domicilio quelle persone le cui condizioni clinico e assistenziali non comportano il ricorso al ricovero ospedaliero o residenziale ma necessitano di prestazioni socio sanitarie erogabili in ambiente domestico. L'ADI garantisce la continuità assistenziale in dimissione protetta, favorisce il recupero funzionale e l'autonomia dei pazienti e soddisfa i bisogni dei cittadini che presentano una patologia cronica che richiede un elevato grado di protezione.

L'ADI consente inoltre il raggiungimento di obiettivi quali:

- Riduzione della degenza media
- Riduzione dei ricoveri ripetuti

Il forte vincolo posto dal Piano di rientro porta a ri-orientare in modo deciso l'offerta dei servizi a tutela della salute dall'ospedale al territorio anche attraverso la riqualificazione delle attività in regime di ADI. A tal fine la Regione Lazio ha, negli ultimi anni, intrapreso un percorso di riorganizzazione e qualificazione dei servizi domiciliari, coinvolgendo gli operatori del settore in Tavoli Tecnici finalizzati alla predisposizione dei relativi provvedimenti normativi.

In particolare, i provvedimenti di seguito menzionati hanno interessato tra l'altro l'ambito dell'organizzazione e della valutazione per l'accesso ai servizi di assistenza domiciliare:

Deliberazione di Giunta Regionale n. 325 del 08.05.2008 "Approvazione dei requisiti ulteriori per il Servizio di Assistenza Domiciliare";

Deliberazione di Giunta Regionale n. 326 del 08.05.2008 "Ottimizzazione del modello regionale di assistenza sanitaria domiciliare e relative tariffe";

DPCA 18/2008 Approvazione della 'Programmazione per l'integrazione sociosanitaria nella Regione Lazio' e delle 'Linee Guida per la stesura del Piano Attuativo Locale triennale 2008-2010';

DPCA 111/2010 "Approvazione Piano Sanitario Regionale (PSR) 2010/2012";

DGR 315/2011 "Il Punto Unico di Accesso sociosanitario integrato nella Regione Lazio – Linee d'Indirizzo";

DPCA 39/2012 "Assistenza Territoriale. Ridefinizione e riordino dell'offerta assistenziale residenziale e semiresidenziale a persone non autosufficienti, anche anziane, e a persone con disabilità fisica, psichica e sensoriale";

DGR 313/2012 "Riqualificazione dell'Assistenza Territoriale e valorizzazione del ruolo del Distretto. Approvazione del documento "Interventi prioritari per lo sviluppo delle funzioni del Distretto";

DPCA 429/2012 "Decreto del Commissario ad Acta n. U0113 del 31.12.2010 "Programmi Operativi 2011-2012" - Assistenza Domiciliare - Approvazione dei documenti "Stima di prevalenza della popolazione eleggibile e dei posti per l'Assistenza Domiciliare Integrata nella Regione Lazio, per persone non autosufficienti, anche anziane" e "Omogeneizzazione delle Procedure e degli strumenti per l'ADI per persone non autosufficienti, anche anziane";

DPCA 431/2012 "La Valutazione Multidimensionale per le persone non autosufficienti, anche anziane e per le persone con disabilità fisica, psichica e sensoriale: dimensioni e sottodimensioni. Elementi minimi di organizzazione e di attività dell'Unità di Valutazione Multidimensionale Distrettuale nella Regione Lazio".

Nell'anno 2011 è stato costituito il Coordinamento regionale dei Centri di Assistenza Domiciliare (CAD) ed adottati specifici programmi di formazione per il personale operante nell'ambito dell'assistenza domiciliare, ai fini della riqualificazione delle attività assistenziali.

Nell'anno 2012 si è provveduto ad avviare il percorso di omogeneizzazione degli strumenti e delle procedure in uso nei CAD, con particolare riferimento al Piano di Assistenza Individuale (PAI) e alle funzioni e organizzazione dell'Unità di Valutazione Multidimensionale Distrettuale (DPCA 429 e 431/2012). Il DPCA 429/2012 ha inoltre definito il fabbisogno di posti ADI per ciascuna ASL del territorio regionale.

Obiettivo generale

Riqualificazione e potenziamento dell'Assistenza Domiciliare Integrata al fine di raggiungere nel triennio gli standard assistenziali nazionali e di favorire il processo di deospedalizzazione.

Obiettivi specifici e azioni

1. Definizione a livello regionale di indirizzi per le Aziende Sanitarie Locali relative alla funzione assistenziale ADI con particolare riferimento ai criteri di eleggibilità, alla presa in carico e ai percorsi assistenziali, alle modalità di integrazione con gli altri servizi sanitari e con l'ente locale di riferimento, all'utilizzo appropriato delle risorse.
2. Rinnovo del Coordinamento regionale dei CAD con funzioni consultive relativamente agli obiettivi specifici individuati nei punti 1, 3, 4, 6.
3. Individuazione e adozione a livello regionale di un insieme di strumenti di valutazione multidimensionali standardizzati, anche ai fini della valutazione del case mix assistenziale e dell'appropriatezza di intervento.
4. Facilitazione dell'accesso all'assistenza domiciliare tramite il coinvolgimento del Punto Unico di Accesso Integrato Sociosanitario.
5. Ricollocazione nei servizi di assistenza domiciliare di parte delle risorse derivanti dai processi di riconversione.
6. Definizione ed acquisizione della dotazione tecnologica minima necessaria per l'assistenza domiciliare, anche con riferimento alla teleassistenza e telemedicina.
7. Miglioramento del Sistema informativo Assistenza Domiciliare (SIAD).

Funzione regionale dedicata alla governance

- Funzione di governance costituita a livello regionale dalle Aree interessate: Area territoriale, personale, finanziaria e soggetti deboli

RISULTATI PROGRAMMATI

- Emanazione provvedimento relativo all'approvazione linee guida per le Aziende Sanitarie Locali relative alla funzione assistenziale ADI
- Rinnovo del Coordinamento regionale dei CAD

- Attivazione di un Gruppo tecnico per:
 - la formulazione di una proposta volta alla definizione di una disciplina transitoria nelle more del completamento del processo di autorizzazione all'esercizio e accreditamento delle attività di erogazione dei servizi di assistenza domiciliare, svolta da privati per conto delle Aziende sanitarie del Lazio (art. 2 L.R. 6/2011)(Vd intervento 5.4)
 - la definizione di metodologie di valutazione dei profili assistenziali e del case mix ADI
- Riequilibrio fra ospedale e territorio comprendente la corretta riallocazione del personale
- Completamento della copertura SIAD
- Qualificazione dell'offerta di assistenza domiciliare anche attraverso interventi per il miglioramento dell'appropriatezza organizzativa
- Potenziamento dell'offerta domiciliare, con estensione della copertura della popolazione assistita (valore soglia di riferimento griglia LEA 4 % sulla popolazione => 65 anni)

INDICATORI DI RISULTATO

- Determina di istituzione Coordinamento regionale CAD
- Produzione degli indirizzi regionali per le Aziende Sanitarie Locali relative alla funzione assistenziale ADI
- Determina istituzione Gruppo tecnico per definizione di metodologie di valutazione dei profili assistenziali e del case mix ADI
- Produzione di un documento tecnico sulle metodologie di valutazione del case mix ADI
- Numero di unità di personale ricollocato in attività di assistenza domiciliare
- Copertura della popolazione assistita (valore soglia di riferimento griglia LEA 4 % sulla popolazione => 65 anni)
- **Crono programma delle scadenze intermedie e finalità che dovranno essere rispettate**
- Entro marzo 2013 istituzione Gruppo tecnico
- Entro ottobre 2013 proposta di disciplina transitoria a cura del Gruppo tecnico Entro giugno 2014 proposta di metodologie e di valutazione dei profili assistenziali e del case mix ADI Entro giugno 2013 rinnovo del Coordinamento regionale CAD
- Entro dicembre 2014 completamento del processo di ricollocazione del personale
- Entro dicembre 2015 copertura della popolazione assistita (valore soglia di riferimento griglia 4 % sulla popolazione => 65 anni)

Responsabile del procedimento attuativo

- Dirigente Area Programmazione dei Servizi Territoriali e delle Attività Distrettuali dell'Integrazione Socio Sanitaria

Valorizzazione Intervento 14.4 Assistenza Territoriale

Per quanto riguarda le nuove attivazioni previste per gli anni 2013-2015 si riepilogano le ipotesi per il calcolo della manovra di sviluppo:

ANNO 2013

RSA Mantenimento B + 700 posti residenziali (tariffa 49,2 Euro), Tasso di occupazione 95%

ADI basso + 300 posti (1 posto ADI = 365 giorni di assistenza) tariffa 12,87 Euro per giornata di presa in carico

ADI medio + 200 posti (1 posto ADI = 365 giorni di assistenza) tariffa 34,74 Euro per giornata di presa in carico

ADI alto + 100 posti (1 posto ADI = 365 giorni di assistenza) tariffa 80,42 Euro per giornata di presa in carico

ANNO 2014

RSA Mantenimento B + 1020 posti residenziali (tariffa 49,2 Euro per giornata), Tasso di occupazione 95%

RSA Mantenimento A + 680 posti residenziali (tariffa 59,2 Euro per giornata), Tasso di occupazione 95%

ADI basso + 400 posti (1 posto ADI = 365 giorni di assistenza) tariffa 12,87 Euro per giornata di presa in carico

ADI medio + 300 posti (1 posto ADI = 365 giorni di assistenza) tariffa 34,74 Euro per giornata di presa in carico

ADI alto + 100 posti (1 posto ADI = 365 giorni di assistenza) tariffa 80,42 Euro per giornata di presa in carico

ANNO 2015

RSA -

ADI basso + 500 posti (1 posto ADI = 365 giorni di assistenza) tariffa 12,87 Euro per giornata di presa in carico

ADI medio + 500 posti (1 posto ADI = 365 giorni di assistenza) tariffa 34,74 Euro per giornata di presa in carico

ADI alto + 200 posti (1 posto ADI = 365 giorni di assistenza) tariffa 80,42 Euro per giornata di presa in carico

Di seguito si riportano le tabelle con la quantificazione economica dell'intervento per singola tipologia assistenziale e il riepilogo della manovra. Nel calcolo della suddetta manovra si è ipotizzato una distribuzione lineare delle attivazioni per anno.

RSA Mantenimento B			
	2013	2014	2015
PL attivati	700	1.020	
Manovra anno 1	5.971.035	11.942.070	11.942.070
Manovra anno 2		8.700.651	17.401.302
Manovra anno 3			
Totale	5.971.035	20.642.721	29.343.372
RSA Mantenimento A			
	2013	2014	2015
PL attivati		680	
Manovra anno 1	-	-	-
Manovra anno 2		6.979.384	13.958.768
Manovra anno 3			
Totale	-	6.979.384	13.958.768
Totale RSA	5.971.035	27.622.105	43.302.140
ADI basso			
	2013	2014	2015
PL attivati	300	400	500
Manovra anno 1	704.633	1.409.265	1.409.265
Manovra anno 2		939.510	1.879.020
Manovra anno 3			1.174.388
Totale	704.633	2.348.775	4.462.673
ADI medio			
	2013	2014	2015
PL attivati	200	300	500
Manovra anno 1	1.268.010	2.536.020	2.536.020
Manovra anno 2		1.902.015	3.804.030
Manovra anno 3			3.170.025
Totale	1.268.010	4.438.035	9.510.075
ADI alto			
	2013	2014	2015
PL attivati	100	100	200
Manovra anno 1	1.467.665	2.935.330	2.935.330
Manovra anno 2		1.467.665	2.935.330
Manovra anno 3			2.935.330
Totale	1.467.665	4.402.995	8.805.990
Totale ADI	3.440.308	11.189.805	22.778.738
Totale Manovra	9.411.343	38.811.910	66.080.878

Programma 15 - Rete Emergenza-Urgenza

Il programma, secondo le linee di indirizzo ministeriali, deve realizzare i seguenti obiettivi:

- ridefinizione della rete nelle sue componenti territoriale ed ospedaliera;
 - rete di emergenza territoriale: razionalizzazione delle centrali operative, delle postazioni dei mezzi di soccorso di base ed avanzato, del servizio di elisoccorso; individuazione dei PPI (Punti di primo intervento);
 - integrazione con il servizio di Continuità Assistenziale (razionalizzazione delle postazioni) e con gli Ospedali;
 - rete di emergenza ospedaliera: definizione dei requisiti organizzativi (Osservazione Breve Intensiva), articolazione dei presidi secondo il modello HUB & SPOKE; rete della gestione delle patologie tempo dipendenti (Sindrome coronarica acuta, Stroke, Trauma);
- presenza di modalità di coordinamento dell’Emergenza a livello Regionale ed Inter-Regionale .

Intervento 15.1: Ridefinizione della rete nelle sue componenti territoriale ed ospedaliera:

Azione 15.1.1: Rete di emergenza territoriale: razionalizzazione delle centrali operative, delle postazioni dei mezzi di soccorso di base ed avanzato, del servizio di elisoccorso; individuazione dei PPT (Punti di primo intervento);

Il Sistema dell’emergenza–urgenza sanitaria si compone di una fase di allarme, costituita dalle Centrali operative del 118, e di due fasi di risposta, quella territoriale gestita dai mezzi di soccorso 118 e quella ospedaliera costituita dai PS e dai DEA di I e II livello.

Nella Regione Lazio le fasi di allarme e di risposta territoriale sono istituzionalmente rappresentate dall’Azienda sanitaria regionale del Sistema 118 (ARES 118) che articola la propria offerta in:

- 6 Centrali Operative provinciali (COP, situate in ogni capoluogo di provincia, a Roma una per Roma Capitale ed una per la Provincia di Roma) ed una Centrale Operativa Regionale (COR);
- 135 postazioni di soccorso ubicate su tutto il territorio regionale (30% medicalizzate);
- circa 180 mezzi di soccorso (BLS, ALS, Automedica),
- 3 elicotteri di soccorso.

Le Centrali Operative dell’ARES 118 provvedono alla raccolta delle chiamate, all’assegnazione mediante triage del codice colore relativo al livello di emergenza, ed all’invio sul posto dei mezzi di soccorso, nonché al successivo trasporto verso il PS. Le Centrali operative interagiscono con i PS mediante linee telefoniche punto-punto o mediante via telefonica.

I pazienti le cui richieste sono ricevute e gestite dalle CO del 118 vengono soccorsi, trasportati e affidati dai mezzi di soccorso alla rete dei PS/ DEA.

A differenza di tutte le Aziende Sanitarie della Regione, l’ARES 118 fonda la sua attività su un sistema di telecomunicazioni, che costituisce il “cuore” pulsante di tutta l’attività di risposta territoriale all’allarme sanitario, del quale costituisce lo strumento tecnico di gestione.

Le Regioni proseguono nello sviluppo organizzativo e informativo delle reti di patologia, al fine di rendere trasparente ed esplicito il ruolo e le competenze di ciascun presidio ospedaliero appartenente alla rete dell’emergenza e urgenza anche avvalendosi dei modelli organizzativi sulle reti condivisi con il Ministero e proposti da Agenas.

Attualmente su tutto il territorio nazionale, circa l'80% dei pazienti che accedono ai PS/DEA si presentano con mezzi propri e solo il 20 % circa sono trasportati dal 118, rappresentando il 60% dei ricoveri in urgenza. Tra questi ultimi pazienti si stima che oltre il 20% siano pazienti con patologie tempo dipendenti (o che necessitano di essere tempestivamente indagati per valutare la necessità di interventi in urgenza), e un'altra importante quota sia rappresentata da pazienti che necessitano di cure in ambiente ospedaliero in quanto richiedono competenze specialistiche o polispecialistiche.

L'ARES 118 deve provvedere inoltre all'emergenza neonatale, trasporto sangue, trasporto organi, trasporti secondari in continuità di soccorso, gestione del sistema informativo per la gestione posti letto in area critica (terapia intensiva, UTIC,TIN) ed al raccordo con le attività svolte dai MMG addetti alla CA nell'ambito del sistema di emergenza sanitaria territoriale.

OBIETTIVI

- Miglioramento della gestione delle chiamate di richiesta di soccorso sanitario da parte dei cittadini, garantendo una risposta immediata e la rapida somministrazione dell'intervista di triage che porti entro 60 secondi alla formulazione di un primo giudizio diagnostico espresso in codice colore ed attivazione immediata del mezzo di soccorso più vicino ed adatto alla situazione attraverso un sistema di geolocalizzazione radio;
- Miglioramento della gestione delle missioni di soccorso, in particolare attraverso le procedure di triage assistito, di *dispatching*, di georeferenziazione dei mezzi di soccorso;
- Miglioramento della gestione delle afferenze ospedaliere in base a: localizzazione geografica del paziente, tipologia del mezzo intervenuto, situazione clinica del paziente, presenza di situazione clinica che richieda un centro altamente specializzato, capacità ricettiva estemporanea del PS/DEA di destinazione (GIPSE o indicatore più evoluto), numero di soccorsi contemporanei dovuti a maxi-emergenza o evento maggiore;
- Miglioramento della gestione dei trasferimenti inter-ospedalieri in continuità di soccorso (patologie e condizioni cliniche che richiedano un trattamento tempestivo presso centro specializzato dopo la prima stabilizzazione) in linea con quanto definito per le Reti assistenziali specialistiche;
- Implementazione del sistema di gestione dei posti letto in area critica (Rianimazione, UTIC,TIN) al fine di reperire l'ospedale di destinazione per i pazienti critici sia in corso di soccorso primario che di trasferimento inter-ospedaliero in continuità di soccorso;
- Gestire l'implementazione di un sistema che sia in grado di governare l'intero processo di erogazione del servizio dell'Emergenza/Urgenza con precisione, rapidità ed efficacia clinica.

AZIONI

1. Ottimizzazione della risposta territoriale alla richiesta di soccorso sanitario in emergenza/urgenza:

- a. medicalizzazione capillare del territorio mediante Automedica e "Procedura di Rendez-Vous"**
- b. attivazione di ambulanze senza sanitario a bordo**

La risposta territoriale consiste nell'invio sul luogo dell'evento della ambulanza disponibile più vicina con sanitario a bordo ed equipaggio costituito da 3 o 4 operatori: ambulanza BLS con 1 autista, 1 infermiere e 1 barelliere o ambulanza ALS con 1 autista, 1 medico, 1 infermiere e 1 barelliere.

In realtà, le ambulanze sono in assoluta prevalenza del tipo BLS e cioè senza medico a bordo. Allo stato attuale, l'impiego delle automediche e delle eliambulanze è assai limitato, anche se tutt'altro che di scarsa importanza sotto il profilo della qualità dell'assistenza prestata.

L'attuale modalità di risposta all'allarme sanitario è dotata di una flessibilità adeguata a far fronte alle maxiemergenze, grazie alla possibilità di far intervenire sui luoghi dei grandi eventi una pluralità di equipaggi da aree a minore attività, ma appare troppo rigida e priva della flessibilità necessaria alla gestione dei soccorsi in condizioni ordinarie. Nella maggior parte dei casi, infatti, non è possibile inviare un medico a supporto del soccorso, perché è troppo lontano dal luogo dell'evento o già impegnato in un altro intervento. D'altro canto, due dei tre elicotteri possono volare solo di giorno (alba/tramonto), non possono essere impiegati se le condizioni meteorologiche non sono favorevoli, non dispongono di elisuperfici per l'atterraggio nella maggior parte degli Ospedali di riferimento e necessitano comunque sempre, indispensabilmente, dell'assistenza di un'ambulanza, per il trasferimento del paziente dal luogo dell'evento all'elicottero e, successivamente, dal luogo dell'atterraggio all'Ospedale. Pertanto, il più importante miglioramento organizzativo dovrà consistere nell'aumentare la flessibilità della modalità di risposta all'allarme sanitario, ampliandola, da quella unica attuale, ad una pluralità di risposte possibili, differenziate in base alle differenti caratteristiche di impiego dei diversi mezzi di soccorso:

- ambulanza di base senza sanitario a bordo;
 - ambulanza di base con infermiere a bordo;
 - automedica;
 - ambulanza con medico a bordo;
 - eliambulanza.
-
- Ambulanza di base senza sanitario a bordo. Costituisce il modello operativo più frequente delle Associazioni di Volontariato del Soccorso (VdS). Tuttavia, allo stato attuale, l'organizzazione operativa dei VdS sul territorio della Regione Lazio non offre la copertura topografica e temporale e l'omogeneità di intervento necessarie a consentirne l'impiego delle ambulanze nei soccorsi sanitari in emergenza. Per queste ragioni, solo in futuro la risposta territoriale all'allarme sanitario potrà ricomprendere anche l'impiego delle ambulanze senza sanitario a bordo, gestito dai VdS, e comunque solo dopo che saranno stati definiti gli accordi quadro regionali, nell'ambito dei quali potranno essere adottati modelli specifici di integrazione operativa tra l'ARES 118 e le singole Associazioni dei VdS, per ambiti territoriali determinati.
 - Ambulanza di base con infermiere a bordo. La figura dell'infermiere costituisce, allo stato attuale, il cardine della risposta territoriale all'emergenza sanitaria da parte dell'ARES 118. Il paziente viene quasi sempre caricato e trasportato all'Ospedale più vicino nel più breve tempo possibile e la qualità del soccorso viene incentrata essenzialmente sulla sua tempestività. La funzione clinico-assistenziale, di eventuale stabilizzazione del paziente critico, di indirizzo diagnostico e invio all'Ospedale più

idoneo per patologia viene invece demandata ai medici del Pronto Soccorso più vicino, che, in questo modello operativo, costituisce una tappa obbligata del percorso dell'assistenza sanitaria all'emergenza.

L'equipaggio dell'Ambulanza BLS è costituito da 1 infermiere, 1 autista e 1 barelliere. L'infermiere è il titolare delle funzioni assistenziali sanitarie ed è il "team leader" della squadra di soccorso. L'equipaggio dell'Ambulanza BLS può essere costituito anche solo da 1 autista-soccorritore e 1 infermiere, senza che l'assenza del barelliere, in qualità di "terzo di macchina", incida sulla qualità "sanitaria". È necessario superare la figura del barelliere e prevedere equipaggi con la figura dell'autista-soccorritore (o tecnico soccorritore come in molti paesi europei e negli USA) che a seconda delle necessità, individuate dalla C.O., possono dimensionarsi a due o a tre.

- Automedica. L'automedica prevede un equipaggio costituito da 1 medico e 1 infermiere. E' un mezzo di soccorso veloce e versatile, concepito per dare il medico ad un numero maggiore di pazienti gravi, risparmiandone l'impiego nelle situazioni patologiche meno gravi. Utilizzata con il metodo operativo "rendez-vous", in affiancamento all'ambulanza BLS, su tutti i Codici Rossi e Gialli, consente di avere sui soccorsi gravi 1 medico e 2 infermieri (1 dell'automedica e 1 dell'ambulanza), con i quali è possibile affrontare adeguatamente qualsiasi evenienza clinica di stabilizzazione. Inoltre, offre la possibilità di effettuare un trasporto medicalizzato verso l'Ospedale più idoneo per patologia (il medico sale sull'ambulanza insieme al paziente e a un infermiere) o, in alternativa, nei casi ben stabilizzati, di procedere al trasporto all'Ospedale più vicino con il solo infermiere, liberando immediatamente il medico, per nuovi soccorsi gravi. L'automedica costituisce il supporto medico a più mezzi di soccorso; in ragione della sua maneggevolezza e velocità, può anche abbreviare i tempi dei soccorsi, precedendo l'arrivo dell'ambulanza, che è sensibilmente più lenta nei tempi di percorrenza.

Per queste ragioni, l'automedica, se adeguatamente utilizzata con il metodo "rendez-vous", rappresenta il mezzo ideale per aumentare la flessibilità del sistema del soccorso sanitario in emergenza e migliorarne allo stesso tempo l'appropriatezza delle prestazioni assistenziali, riducendo l'impegno delle risorse umane, attraverso una razionalizzazione del loro impiego.

Attualmente, le automediche sono scarsamente utilizzate dall'ARES 118 a causa della carenza di personale medico e della indisponibilità dei mezzi meccanici. Al contrario, la medicalizzazione dei soccorsi dell'ARES 118 è affidata principalmente alle ambulanze ALS con medico a bordo.

- Ambulanza di soccorso avanzato con medico a bordo. Costituisce, allo stato attuale, in termini numerici, un mezzo di soccorso secondario rispetto alla BLS. Si contano 33 ALS in attività sul territorio regionale, delle quali 9 a Roma (a fronte di 49 BLS) e 6 nella sua Provincia (a fronte di 35 BLS). L'equipaggio dell'Ambulanza ALS è costituito da 1 medico, 1 infermiere, 1 autista e 1 barelliere. Il medico è il "team leader" della squadra di soccorso e assicura, insieme all'infermiere, le funzioni clinico-assistenziali. L'autista e il barelliere svolgono funzioni invariate rispetto alla BLS.

Le ALS costituiscono il mezzo prescelto dall'ARES 118 per medicalizzare i soccorsi sanitari in emergenza; tuttavia, stante il rapporto numerico rispetto alle BLS, la medicalizzazione è assicurata solo al 15% dei soccorsi, con la seguente distribuzione per codici triage di Centrale Operativa. La scelta dell'ambulanza ALS quale mezzo di soccorso medicalizzato comporta tempi di arrivo sul luogo dell'evento più elevati rispetto all'automedica, consente la presenza sui soccorsi di emergenza di un medico e un solo infermiere anziché di 1 medico e 2 infermieri (come nel modello "rendez-vous") e costringe ad effettuare in tutti i casi un trasporto in Ospedale con medico a bordo, anche quando il paziente è stabile o la patologia è di scarsa gravità. Per ragioni logistiche, infatti, il medico è legato all'ambulanza e ne deve seguire il percorso in quei casi nei quali la sua presenza non è necessaria per motivi clinico-assistenziali.

2. Potenziamento del servizio di elisoccorso

Il Servizio elisoccorso Regionale oggi ha a disposizione tre eliambulanze localizzate a Roma, Viterbo e Latina. Le Operazioni HEMS si svolgono lungo tutto l'arco della giornata, dalle ore 8:00 fino al tramonto e, presso la Base di Roma, anche durante la notte per garantire Assistenza Sanitaria H24 a tutto il Territorio Regionale. Grande e preziosa innovazione rispetto al passato è stata la copertura 24 ore su 24 dell'Arcipelago Pontino e la disponibilità assoluta di tutti e tre gli elicotteri, dedicati in via esclusiva, al Soccorso Aereo di Emergenza. Gli aeromobili impiegati nelle Attività HEMS sono stati degli Agusta Tipo A109 E (Power), elicotteri leggeri e maneggevoli capaci di velocità massime di oltre 300Km/h, in grado di sorvolare zone ostili (montane, marine, urbane) e congestionate, e di atterrare anche in condizioni ambientali proibitive. Gli aeromobili trasportano, unitamente al Personale Tecnico e di Condotta, un Medico Anestesista Rianimatore e un Infermiere Professionale dell'ARES 118 Lazio specializzati in "area critica" che a bordo dispongono di un set completo di apparecchiature Elettro-Medicali per terapia intensiva.

Con questa organizzazione ogni giorno si raggiunge l'obiettivo di portare l'Ospedale dal Paziente e non più, semplicemente, il Paziente all'Ospedale. I tempi di attivazione e di decollo, inferiori ai tre minuti, la preparazione professionale e umana del personale Pilota e Tecnico e l'altissima specializzazione dei Team Sanitari hanno permesso di agire sul Paziente in tempi ben inferiori alla soglia tradizionalmente indicata come limite per la sopravvivenza dell'infortunato grave (la cosiddetta "Golden Hour", l'ora d'oro durante la quale il Paziente ha la massima probabilità di sopravvivenza, se adeguatamente soccorso). Il numero annuo di missioni svolte dal Servizio Elisoccorso di ARES 118 si attesta attualmente intorno alle 1900 l'anno.

L'ubicazione strategica delle Basi Operative di Roma, Viterbo e Latina permettono alle eliambulanze di coprire perfettamente i rispettivi bacini provinciali. La Provincia di Rieti è in parte coperta dall'elicottero di Roma e parte da quello di Viterbo; la Provincia di Frosinone è invece coperta perlopiù dalla Base di Latina. La distribuzione spaziale delle Basi ha consentito di raggiungere, in condizioni ottimali, ogni località del territorio Regionale con un tempio medio di 25/30 minuti, ad esclusione di alcune zone periferiche del reatino e del frosinate, soprattutto durante le ore notturne allorché è operativo il solo Elicottero di Roma Ciampino.

E' necessaria l'attivazione delle nuove Basi a Frosinone e Rieti, prevista dal nuovo contratto, che oltre ad aumentare il potenziale del servizio e di conseguenza il numero di missioni, consentirà di ridurre ulteriormente i tempi di intervento, così come l'attivazione H24 della Base di Latina consentirà una migliore copertura notturna del territorio regionale ed in particolare del Basso Lazio e dell'Arcipelago Pontino, dove ogni anno si effettuano in media 70/80 interventi, il 25% dei quali durante le ore notturne.

Il completamento e la resa operativa delle elisuperfici regionali già previste potrà permettere un più ampio utilizzo di questo prezioso strumento atto a facilitare la rapida copertura dell'intero territorio regionale sia per quanto riguarda il soccorso primario che il trasferimento secondario.

3. Implementazione di un sistema informatizzato di gestione dei posti letto in area critica (Rianimazione, UTIC, TIN, UTN)

La corretta gestione delle afferenze ospedaliere in ottemperanza al disegno delle Reti assistenziali specialistiche ed al servizio della estemporanea capacità di ricezione del paziente da parte del PS/DEA in base alla tipologia del paziente, alle sue condizioni cliniche ed al numero di pazienti presenti in PS, non può prescindere dalla perfetta conoscenza informatizzata da parte della Centrale Operativa 118 della situazione in cui vertono i diversi PS/DEA, del numero dei pazienti che stanno gestendo, del numero e della tipologia dei posti letto attivati e della loro disponibilità attuale.

Tali informazioni sono indispensabili alla equilibrata e flessibile gestione delle afferenze, alla sua modificazione dinamica, alla volontà di impedire la mancata presa in carico del paziente e la sua permanenza a bordo della barella della ambulanza.

Il numero dei posti letto disponibili di area critica (Terapia Intensiva, UTIC, TIN, UTN) e di ogni specialità che possa riguardare i percorsi di Rete di ogni Centro Ospedaliero deve essere conosciuto in maniera estemporanea ed oggettiva da parte della Centrale Operativa 118 che deve provvedere alla afferenza del paziente in corso di soccorso primario o di trasferimento in continuità di soccorso.

A tal fine si identificherà una soluzione tecnologica adeguata (e si avvieranno le relative procedure di realizzazione), che consenta alle Centrali Operative in ciascuna provincia di verificare in tempo reale la disponibilità dei suddetti posti letto su tutto il territorio regionale.

4. Integrazione dei sistemi di telefonia, radiofonia e rete informatica

L'ARES118 fonda la sua attività su un sistema di telecomunicazioni, che costituisce il "cuore" pulsante di tutta l'attività di risposta territoriale all'allarme sanitario, del quale costituisce lo strumento tecnico di gestione. Il sistema delle telecomunicazioni comprende 3 sotto-sistemi: telefonia, radiofonia, comunicazioni informatiche. La comunicazione informatica non presenta aspetti particolari ma la telefonia e la radiofonia sono del tutto peculiari e di elevata complessità tecnica.

La telefonia comporta l'esercizio di un vero e proprio "call center", per la risposta alle chiamate di soccorso, in numero di più di un milione ogni anno. Inoltre deve prevedere l'utilizzo di linee "protette" e "ridondate", ai fini della sicurezza delle comunicazioni, che non possono subire nessuna soluzione di continuità nel tempo, trattandosi delle linee dedicate alle richieste telefoniche di soccorso al 118.

D'altro canto, la radiofonia assicura le comunicazioni con i mezzi di soccorso per la gestione degli interventi, in numero di circa 250.000 l'anno. Sia la telefonia che la radiofonia devono inoltre agire all'interno di un sistema di registrazione delle comunicazioni e di un sistema informatico, che ne consentano il funzionamento in modalità "integrata" e la gestione telematica, anche ai fini medico-legali.

Naturalmente, la necessità dell'integrazione operativa dei sistemi di cui sopra non può non orientare verso la scelta preferenziale di un interlocutore unico, sia per la complessità e l'indispensabile complementarietà dei sistemi, che per la certezza della manutenzione e della correlata capacità di assicurare la rapidità degli interventi su guasto. La partnership con un interlocutore unico dovrebbe essere fondata su una sorta di accordo e di impegno, da parte

del fornitore, a condividere lo spirito d'impresa ed il perseguimento degli obiettivi di pubblico interesse, diminuendo il più possibile il rischio di possibili ricatti di interruzione del servizio, accettando, sin dal principio, la possibile discontinuità nei pagamenti o la loro pianificazione a 180 gg, secondo le disposizioni regionali.

5. Adeguamento del sistema di radiocomunicazioni di ARES 118 (ponti radio, collegamenti in radiofrequenza, dotazione strumentale)

Le radiocomunicazioni rivestono un ruolo di fondamentale importanza per l'operatività giornaliera del servizio reso alla comunità da parte dei Sistemi 118. Le centrali operative assicurano i radiocollegamenti con le autoambulanze e gli altri mezzi di soccorso coordinati e con i servizi sanitari del sistema di emergenza sanitaria del territorio di riferimento, su frequenze dedicate e riservate al servizio sanitario nazionale, per poter gestire in ogni istante le migliori risorse disponibili e ridurre i tempi di intervento. Avere un proprio sistema di comunicazione radio permette di non essere dipendenti da altri sistemi di comunicazione (ad esempio telefonia pubblica) che proprio nei momenti critici potrebbero non essere utilizzabili come nel caso di una "grande emergenza" o incidente maggiore. Le comunicazioni radio per la loro immediatezza rappresentano inoltre un fattore di sicurezza per gli operatori.

Un sistema radiomobile dell'emergenza sanitaria deve garantire:

- la maggior copertura radioelettrica possibile del territorio da servire
- affidabilità delle comunicazioni sia in fonia che in trasmissione dati
- piena compatibilità con il sistema informativo delle centrali operative

L'ARES 118 è strutturato su base provinciale, pertanto ogni Centrale Operativa Provinciale deve poter comunicare via radio con:

- tutte le postazioni fisse del 118 che insistono sul suo territorio di competenza
- tutti i mezzi di soccorso (terrestri e aerei), compresi i mezzi di soccorso delle Associazioni in convenzione
- tutti gli apparati portatili in dotazione alle squadre di soccorso
- tutte le altre Centrali Operative Provinciali dell'ARES 118
- la Centrale Operativa Regionale dell'ARES 118
- i Pronto Soccorso dei DEA di I e II livello presenti sul territorio di competenza
- la Sala Operativa del 113 competente per territorio
- la sala Operativa del 112 competente per territorio
- la Sala Operativa del 115 competente per territorio
- le sale Operative della Protezione Civile
- le Centrali Operative del 118 delle regioni limitrofe (Toscana, Umbria, Abruzzo, Campania)
- le Capitanerie di Porto - Guardia Costiera - (C.O. di Roma, Viterbo e Latina).

Ogni apparato radio veicolare dei mezzi di soccorso ed ogni apparato portatile dell'ARES 118 deve essere programmato su tutte le frequenze assegnate al Ministero della Sanità per le esigenze del sistema di emergenza sanitaria del SSN in modo da garantire le comunicazioni anche nel momento in cui un mezzo di soccorso dell'ARES dovesse lasciare, per motivi di servizio, la regione Lazio.

Situazione attuale e azioni di miglioramento

Allo stato attuale la rete radio dell'ARES 118 in ambito regionale registra una situazione disomogenea e con qualche area di criticità.

- Città di Roma (all'interno del GRA):

Il sistema radio della città di Roma appare complesso e sofisticato ma con una scarsa qualità della modulazione, a volte ai limiti della comprensibilità. La bassa qualità del segnale rappresenta un rischio per gli operatori per il pericolo di fraintendimenti (nominativi, indirizzi, numeri civici) e rappresenta una delle cause di disaffezione" degli operatori nei confronti della radio.

E' attivo il sistema di radiolocalizzazione satellitare ed il sistema di invio di stato di servizio che però presenta criticità di funzionamento per problemi di interfaccia con il SW della centrale operativa di Roma, che hanno refluenze sull'operatività dei mezzi di soccorso. E' necessario modificare il sistema con il quale i dati di geolocalizzazione vengono inviati alla centrale Operativa; saranno pertanto valutate soluzioni di riprogettazione o di mantenimento e miglioramento dell'attuale sistema, con un adeguamento tecnologico del sistema di localizzazione satellitare .

- Provincia di Roma:

La copertura radioelettrica del territorio è inadeguata; inoltre molte postazioni e mezzi di soccorso non sono dotati di apparato radio.

E' necessario:

- attivare tutti i ponti ripetitori previsti per la provincia di Roma dal Capitolato Speciale del Sistema di Radiocomunicazione del SES 118, e il "riorientamento" di alcuni di essi verso il territorio provinciale;
- installare gli apparati veicolari montati sulle ambulanze in via di dismissione nelle postazioni fisse della provincia che ne sono prive in funzione di "stazione base".

- Viterbo città e provincia

La copertura radioelettrica del territorio risulta adeguata, così come il numero di veicolari e di portatili. E' attivo anche un canale regionale (per le esigenze del servizio di elisoccorso) su ponte ripetitore; è inoltre attivo il sistema di localizzazione satellitare.

Risulta necessario attivare la copertura di ponti radio e dotare di radiofrequenze l'intera provincia di Viterbo per facilitare le comunicazioni tra gli operatori dell' ARES118.

- Rieti città e provincia:

La copertura radioelettrica risulta adeguata così come il numero di apparati veicolari, mentre è necessario incrementare la dotazione di apparati portatili.

Non risulta attivo il sistema di localizzazione satellitare e va ottimizzata la gestione del sistema radio (ponti ripetitori).

- Latina e Frosinone:

Non esiste un sistema di comunicazione radio; tutte le comunicazioni avvengono con il sistema radiomobile di telefonia pubblica. Risulta urgente progettare e realizzare una rete radio semplice, efficiente ed affidabile utilizzando le frequenze già assegnate.

E' opportuno un potenziamento della dotazione strumentale e strutturale, che riguarda:

- Apparati radio portatili:

E' necessario che ogni equipaggio dell'ARES118 abbia in dotazione un apparato radio portatile, per consentire agli operatori di comunicare con la centrale immediatamente ed ovunque e consentire alla centrale di rintracciare la squadra anche quando questa è lontana dal mezzo di soccorso e dal suo apparato radio di bordo.

- Laboratorio radio

Al fine di garantire la piena efficienza ed il controllo sulla propria rete di comunicazioni, si ritiene importante istituire presso l'ARES 118 un Laboratorio Radio (Laboradio), che provveda a:

- manutenzione ordinaria e straordinaria di tutti gli apparati (fissi, veicolari e portatili)
- installazione di nuovi apparati e relativa programmazione delle frequenze
- manutenzione e sorveglianza dei ponti radio ripetitori
- interventi nel ripristino di collegamenti o nella creazione di nuove zone di copertura (ponti mobili) in caso di necessità contingenti (grandi emergenze o grandi eventi)
- controllo della copertura radio del territorio ed individuazione di nuovi siti per l'installazione dei ponti ripetitori
- consulenza tecnica relativa agli acquisti e alle nuove tecnologie
- sorveglianza e protezione delle frequenze di ARES.

In conclusione, è necessario adeguare Il sistema delle radiocomunicazioni dell'ARES118. Ciò può essere realizzato nel contesto della gara per la ristrutturazione dei sistemi radio della Regione Lazio, aggiudicata nel 2012 ed i cui lavori sono in corso e che, una volta completati, garantiranno la piena operatività, efficienza e messa a norma di tutto il sistema.

RISULTATI PROGRAMMATI

- Ottimizzazione dell'utilizzo del personale di ARES 118 in relazione agli interventi richiesti, e conseguente riduzione del ricorso ad enti convenzionati
- Mantenimento delle garanzie di tutela della salute delle popolazioni residenti in aree i cui presidi ospedalieri sono stati oggetto di interventi di riconversione
- Ottimizzazione dei sistemi telefonici e radiofonici delle Centrali Operative 118
- Modulazione dell'intervento territoriale con aumento della percentuale di medicalizzazione del soccorso a codice di gravità elevato (dall'attuale 20% all' 80%) mediante l'attivazione di auto mediche in sistema *rendez-vous* con ambulanze e attivazione di ambulanze senza sanitario a bordo per la gestione delle problematiche a gravità clinica lieve per trasporti in PS di breve durata
- Attivazione di una rete di trasporto secondario in continuità di soccorso, indispensabile per adeguare le afferenze ospedaliere al disegno delle reti assistenziali specialistiche

INDICATORI DI RISULTATO

- Gestione della chiamata ed invio del mezzo di soccorso entro 60 secondi dalla risposta
- Raggiungimento del target di soccorso in 8 minuti per l'area urbana ed in 20 minuti per l'area extraurbana
- Superamento della L.R. 49/89 e adozione di atto formale che normi la presa in carico di pazienti a basso codice di gravità da parte di ambulanze senza sanitario a bordo e con la possibilità, se necessario, di intervento in *rendez-vous* con automedica
- Pieno adempimento ai tempi di presa in carico definiti dai Percorsi Clinico-Assistenziali in Emergenza delle Reti assistenziali specialistiche per patologie tempo-dipendenti
- Adozione di un sistema informatizzato di visura della disponibilità estemporanea dei posti letto in area critica (o di pertinenza nell'ambito delle reti specialistiche) a livello regionale
- Riduzione dei tempi di presa in carico del paziente da ARES 118 a PS
- Completamento processi di adeguamento tecnologico con acquisizione della relativa dotazione strumentale.

CRONO PROGRAMMA

Entro il 31 dicembre 2013:

- Adozione modelli “Automedica e Procedura di Rendez-Vous” e “attivazione di ambulanze senza sanitario a bordo”
- Monitoraggio indicatori

Entro il 31 dicembre 2014

- Completamento processi di adeguamento tecnologico
- Adozione di un sistema informatizzato di visura posti letto
- Monitoraggio indicatori

Entro il 31 dicembre 2015

- Completamento adeguamento elisuperfici regionali

Azione 15.1.2: integrazione con il servizio di Continuità Assistenziale (razionalizzazione delle postazioni) e con gli Ospedali;

Negli ultimi anni si è assistito, su tutto il territorio nazionale, ad un costante e progressivo incremento degli accessi ai Pronto Soccorso (PS) ed ai Dipartimenti di Emergenza e Accettazione (DEA) ospedalieri di pazienti con patologie di criticità clinica medio-bassa, che possono spesso trovare un’adeguata (e a volte migliore) risposta clinico – assistenziale nell’ambito della rete dei servizi di Cure Primarie, ove adeguatamente strutturata. Questi accessi, peraltro, contribuiscono in modo rilevante al sovraffollamento dell’area di emergenza-urgenza all’interno delle strutture ospedaliere, con disagi e disservizi anche a quei pazienti che necessitano, in tempi rapidi, di prestazioni polispecialistiche tipicamente ospedaliere.

A distanza di quasi vent’anni dalla emanazione della normativa generale di riferimento del sistema di emergenza e urgenza nazionale (DPR 27/3/92), è improcrastinabile la necessità di realizzare in tal senso una forte integrazione di tutti i servizi sanitari, territoriali e ospedalieri, al fine di fornire una risposta completa ed efficiente al cittadino per una presa in carico globale della persona che necessita di assistenza sanitaria e socio-sanitaria.

L’accordo integrativo sugli obiettivi di Piano Sanitario Nazionale per il 2011, sancito dalla Conferenza Stato Regioni nella seduta del 27 luglio 2011, prevede che le Regioni predispongano progetti “finalizzati a realizzare o potenziare lo sviluppo di modalità organizzative che consentano l’integrazione tra i Servizi di Emergenza-Urgenza (118) e di Continuità Assistenziale (CA - ex Guardia Medica)”. Tale integrazione deve consentire di superare la frammentarietà degli interventi attualmente assicurati dalle diverse strutture del SSN, ampliando l’orizzonte dell’assistenza sanitaria; al riguardo, l’integrazione deve riguardare in prospettiva l’intero ambito dell’Emergenza-Urgenza (intra- ed extra-ospedaliera) e l’intero settore delle Cure Primarie, al fine di garantire percorsi assistenziali caratterizzati da un approccio multiprofessionale e multidisciplinare.

Peraltro, il cittadino che necessita di una prestazione sanitaria di cura e assistenza primaria che rientra tra le prestazioni erogabili dai MMG e dai PLS, oggi non ha sempre una garanzia di risposta nelle 24 ore.

OBIETTIVI

Garantire la gestione della patologia non critica rispettandone le necessità cliniche, abbattendo contemporaneamente il numero dei pazienti con patologia a basso codice di gravità che ricorre all’attivazione del Servizio 118 o al P.S.

- Assicurare la continuità delle Cure Primarie per prevenire il ricorso improprio alle strutture ospedaliere di emergenza-urgenza, attivando la funzione di ricezione delle richieste di assistenza primaria attivo 24 ore/24 e definendo specifici precorsi clinico-assistenziali.

- Armonizzare ed adeguare il livello di formazione di tutti gli operatori.
- Migliorare il livello di informazione del cittadino, destinatario ultimo dell'intervento di riorganizzazione dei percorsi assistenziali, al fine di migliorare l'appropriatezza delle richieste di intervento (118 vs. numero unico CA).

AZIONI

- 1) Adottare sistemi di ricezione delle richieste di assistenza primaria nelle 24 ore finalizzati ad assicurare la continuità delle cure e ad intercettare prioritariamente la domanda a bassa intensità. Tale funzione di ricezione delle chiamate di assistenza primaria può essere assicurata in Centrali d'Ascolto, anche adiacenti alle Centrali Operative del 118, con personale sanitario e tecnico allo scopo addestrato che fornirà risposte e consigli utili al cittadino sulla base di protocolli predisposti in collaborazione tra MMG e gli altri operatori sanitari del Distretto, e condivisi con il 118 e i DEA, per le parti di interazione.
- 2) realizzare presidi territoriali multi-professionali per le Cure Primarie, utilizzando le strutture ospedaliere riconvertite in punti di assistenza territoriali, potenziando ambulatori e forme di aggregazione già esistenti, mettendo in rete e riorganizzando i punti di erogazione dell'assistenza territoriale nell'ambito dei Distretti;
- 3) realizzare all'interno del Pronto Soccorso e del Dipartimento di Emergenza e Accettazione percorsi separati per i pazienti classificati dai Sistemi di Triage con codici di gravità Rossi e Gialli da quelli Verdi e Bianchi; questi ultimi potranno essere inviati ad altre strutture per le prestazioni a basso contenuto di complessità che non necessitano di trattamento per acuti o comunque di pertinenza in ambiente ospedaliero;
- 4) Definire protocolli, in collaborazione con i MMG/PLS e con gli altri operatori sanitari del Distretto, volti a garantire al paziente a bassa complessità assistenziale la continuità di cura attraverso percorsi clinico-assistenziali agevolati che prevedano eventualmente la prenotazione per esami ed ulteriori accertamenti garantita in tempi brevi, attivando ogni possibile collegamento tra gli specialisti del PS e la rete degli specialisti territoriali governata dal distretto ed adottando apposite procedure per l'invio alla rete delle Cure Primarie;
- 5) Realizzare interventi di formazione ed aggiornamento rivolti a tutti gli operatori sanitari, al fine di adeguare ed armonizzare il livello di competenze e le modalità di presa in carico del paziente finalizzati al nuovo modello assistenziale;
- 6) Realizzare interventi di comunicazione volti a far conoscere a tutte le fasce di popolazione, con particolare riguardo a quelle più deboli, in quali casi è opportuno chiamare il 118 e in quali casi occorre rivolgersi al numero unico CA.

RISULTATI PROGRAMMATI

- Centralizzazione delle chiamate per i Servizi di CA, almeno su base provinciale
- Corretta gestione del paziente con patologia non critica, alla ricezione della richiesta da parte delle Centrali d'Ascolto, tramite l'attivazione del percorso di presa in carico:
 - Consiglio telefonico;
 - *referral* del paziente a:
 - MMG (o alla forma associativa cui afferisce l'assistito);
 - ambulatorio di CA gestito da MMG e PLS, anche integrati con i Medici di CA e con personale

infermieristico ed amministrativo;

- Punti di Primo Intervento Territoriali
- attivazione del MCA sul territorio per intervento domiciliare, qualora presenti in quella fascia oraria
- nelle strutture dove i Medici svolgono l'attività devono essere favoriti l'utilizzo di dotazioni strumentali di primo livello e l'accessibilità alla piattaforma informatica comune per la consultazione delle banche dati degli assistiti;

INDICATORI DI RISULTATO

- Numero di chiamate alle Centrali d'Ascolto;
- Numero di postazioni di presidi territoriali multi-professionali per le Cure Primarie attivati;
- Riduzione del numero dei pazienti con codice di gravità bianco e verde che ricorrono all'attivazione del 118;
- Abbattimento del numero dei pazienti con codice di gravità bianco e verde che ricorrono ai PS o DEA ospedalieri.

CRONO PROGRAMMA

Entro il 31 dicembre 2013

- Attivazione percorsi separati per codici bianchi e verdi nelle strutture ospedaliere
- Definizione protocolli clinico-assistenziali

Entro il 30 giugno 2014

- Attivazione delle centrali d'Ascolto
- Realizzazione interventi formativi
- Realizzazione interventi di informazione ai cittadini

Entro il 31 dicembre 2014

- Monitoraggio dell'attività

Entro il 31 dicembre 2015

- Monitoraggio dell'attività

Azione 15.1.3: Rete di emergenza ospedaliera: definizione dei requisiti organizzativi (Osservazione Breve Intensiva), articolazione dei presidi secondo il modello HUB & SPOKE; rete della gestione delle patologie tempo dipendenti (Sindrome coronarica acuta, Stroke, Trauma) – Presenza di modalità di coordinamento dell'Emergenza a livello regionale ed interregionale

Nel 2010 sono state deliberate le reti dell'emergenza (DPCA 73/2010) e le reti assistenziali di specialità Cardiologica e Cardiochirurgica (DPCA 74/2010) Ictus (DPCA 75/2010), e Trauma (DPCA DPCA 76/2010).

La rete dell'emergenza prevede un'organizzazione delle strutture di Pronto Soccorso articolata in quattro macroaree ciascuna con un DEA di II livello, che si qualifica come punto di riferimento delle strutture DEA di I livello e di Pronto Soccorso.

Le reti di specialità sono state organizzate secondo il modello HUB & SPOKE e la loro organizzazione (trattata nella sezione relativa all'intervento 4.13.1) si inserisce con degli adattamenti a quella prevista per le quattro macroaree, laddove gli HUB tendono quasi sempre a coincidere con i DEA di II livello.

A livello ospedaliero sono state previste alcune misure organizzative volte a migliorare l'assistenza nelle aree di emergenza-urgenza e ridurre i tempi di ricovero; tra le altre, sono state previste l'attivazione delle Osservazioni Breve Intensive nelle strutture dotate di Pronto Soccorso (DGR 946/2007), l'istituzione della figura del "facilitatore dei processi di ricovero e dimissione" o *bed manager* (DGR 821/2009). E' stato inoltre avviato il Progetto Regionale Sperimentale 2012-2013 "Ambulatorio MED - Percorso Veloce Codici Bianchi e Verdi" (in collaborazione con i MMG ed attualmente in corso), ed istituito un Gruppo di Lavoro per l'efficientamento dei Pronto Soccorso (Determinazione Dirigenziale del 26 marzo 2012, n. B01699).

Per un funzionamento ottimale delle reti, occorre potenziare i servizi tecnologici a supporto; in particolare implementare l'integrazione dei sistemi informativi dell'Ares 118 e dei Pronto Soccorso (integrazione 118-Gipse) e i servizi di telemedicina, che permettono lo scambio di informazioni tra i nodi della rete e sono particolarmente utili per il funzionamento delle reti assistenziali di specialità.

A livello Regionale, il Coordinamento della Rete dell'Emergenza è affidato alla Direzione Regionale competente, mentre a livello inter-regionale viene svolto dal DEA II di riferimento a partire dai protocolli operativi per la propria area di riferimento.

L'esperienza degli ultimi anni mostra che il Coordinamento a livello regionale rischia di perdere in efficacia se non coinvolge i coordinamenti delle singole macroaree, dal momento che si è evidenziata una carenza nel coordinamento delle singole macroaree. Si ravvisa cioè l'esigenza di creare un raccordo tra il Coordinamento a livello regionale e le singole macroaree, per permettere di incidere in modo netto sull'articolato funzionamento della rete dell'emergenza.

Il coordinamento della rete dell'emergenza sia a livello regionale che a livello di singola macroarea deve utilizzare come strumento di lavoro il monitoraggio della rete dell'emergenza.

Le tabelle seguenti illustrano l'architettura della rete dell'emergenza nella regione Lazio, sia in ambito adulti che pediatrico.

RETE EMERGENZA ADULTI

Macroarea 1

ASL	STRUTTURA	LIVELLO	RIFERIMENTO
	Policlinico Umberto I	DEA II	
RMA	San Giovanni Calibita - FBF Roma	DEA I	Pol. Umb. I - ROMA
RMA	G. Eastman Roma	PS odontoiatri co	Pol. Umb. I - ROMA
RMG	Coniugi Bernardini Palestrina	PS	S.G.Evangelista
RMG	Parodi Delfino Colleferro	PS	S.G.Evangelista
RMG	San Giovanni Evangelista Tivoli	DEA I	Pol. Umb. I - ROMA
FR	Santa Scolastica Cassino	DEA I	Pol. Umb. I - ROMA
FR	San Benedetto Alatri	PS	Umberto I - FR
FR	Santissima Trinità Sora	PS	Umberto I - FR
FR	Umberto I Frosinone	DEA I	Pol. Umb. I - ROMA

Macroarea 2

ASL	STRUTTURA	LIVELLO	RIFERIMENTO
	San Giovanni Roma	DEA II	
RMB	Sandro Pertini Roma	DEA I	A.O. S.Giovanni
RMB	Policlinico Casilino Roma	DEA I	A.O. S.Giovanni
RMC	Campus Biomedico Roma	PS	S.Eugenio
RMC	Madre Giuseppina Vannini Roma	DEA I	S.Giovanni
RMC	CTO Roma	PS ortopedic o	A.O. S.Giovanni
RMC	Sant' Eugenio Roma	DEA I	A.O. S.Giovanni
RMH	San Giuseppe Albano Laziale	PS	PTV
RMH	San Sebastiano Martire Frascati	PS	PTV
RMH	Civile di Velletri	PS	PTV
	Pol. Tor Vergata Roma	DEA I	A.O. S.Giovanni

Macroarea 3

ASL	STRUTTURA	LIVELLO	RIFERIMENTO
	San Camillo- Forlanini Roma	DEA II	
RMD	Giovanni Battista Grassi Roma	DEA I	S.Camillo
RMH	Generale Provinciale Anzio	DEA I	S.Camillo
RMH	Sant'Anna Pomezia	PS	Generale Provinciale Anzio
LT	Città di Aprilia	PS	S. Maria Goretti Latina
LT	A. Fiorini Terracina	PS	Dono Svizzero Formia
LT	San Giovanni di Dio Fondi	PS	Dono Svizzero Formia
LT	Dono Svizzero Formia	DEA I	S.Camillo
LT	ICOT Latina	PS ortopedico	S. Maria Goretti Latina
LT	S. Maria Goretti Latina	DEA I	S.Camillo

Macroarea 4

ASL	STRUTTURA	LIVELLO	RIFERIMENTO
	Pol. Gemelli Roma	DEA II	
VT	Andosilla Civitacastellana	PS	Belcolle
VT	Civile di Tarquinia	PS	Belcolle
VT	Belcolle Viterbo	DEA I	Pol.Gemelli
RI	S.Camillo De Lellis Rieti	DEA I	Pol.Gemelli
RME	San Carlo di Nancy Roma	PS	S.Filippo Neri
RME	Cristo Re Roma	PS ostetrico-ginecologico	S.Filippo Neri
RME	Regionale Oftalmico Roma	PS oftalmico	Santo Spirito
RME	Santo Spirito Roma	DEA I	Pol.Gemelli
RME	Aurelia Hospital Roma	DEA I	Pol.Gemelli
RME	San Pietro - FBF Roma	DEA I	Pol.Gemelli
RMF	San Paolo Civitavecchia	DEA I	Pol.Gemelli
	San Filippo Neri Roma	DEA I	Pol. Gemelli
	S.Andrea Roma	DEA I	Pol.Gemelli

RETE EMERGENZA PEDIATRICA

AREA 1 (Territorio MacroArea 1 e 4)

Sono previsti tre Hub e 12 Spoke. Un Hub per l'emergenza/urgenza Medica e Neurochirurgica Pediatrica, uno per l'emergenza/urgenza Chirurgica Pediatrica ed uno per l'emergenza/urgenza Medica Pediatrica.

STRUTTURA	LIVELLO	BACINO RIFERIMENTO
POL. GEMELLI	HUB	Area 4 TI
		Area 1 e 4 Neurochirurgia
S. CAMILLO	HUB	Area 1 e 4 Chir. pediatrica
POL. UMBERTO I	HUB	Area 1 TI
S. Giovanni Evangelista Tivoli RMG	Spoke	
Coniugi Bernardini RMG Palestrina	Spoke	
Parodi Delfino RMG Colleferro	Spoke	
Umberto I FR	Spoke	
Santa Scolastica Cassino	Spoke	
Santissima Trinità Sora	Spoke	
San Benedetto Alatri	Spoke	
San Pietro - FBF Roma	Spoke	
Sant'Andrea Roma	Spoke	
Belcolle Viterbo	Spoke	
San Camillo de Lellis Rieti	Spoke	
San Paolo Civitavecchia	Spoke	

AREA 2 (Territorio MacroArea 2 e 3)

Sono previsti un Hub presso l'Ospedale Bambino Gesù e 11 Spoke

STRUTTURA	LIVELLO	BACINO RIFERIMENTO
BAMBINO GESU'	HUB	Hub x emergenza medica, chirurgica e neurochirurgica
Sandro Pertini Roma	Spoke	
Sant'Eugenio Roma	Spoke	
San Giovanni Roma	Spoke	
Civile Velletri	Spoke	
San Giuseppe Marino	Spoke	
P.O. Albano-Genzano RMH	Spoke	
Giovanni Battista Grassi RMD	Spoke	
P.O. Anzio-Nettuno Stab.Anzio RMH Anzio	Spoke	
P.O. Latina Nord Latina	Spoke	
P.O. Latina Centro Fondi	Spoke	
P.O. Latina Sud Formia	Spoke	

OBIETTIVO GENERALE

La rete dell'emergenza è volta a garantire un utilizzo più efficace ed efficiente delle risorse in grado di assicurare, all'interno dei diversi bacini di utenza (macroaree regionali), l'equilibrio tra copertura territoriale, qualità dei servizi, equità di accesso e necessità di concentrare la casistica più complessa in centri altamente qualificati.

L'obiettivo generale da perseguire è quello di consolidare la governance della rete e monitorare attentamente l'adozione di tutte quelle azioni, a livello di singola azienda e di rete, per mettere in evidenza gli interventi correttivi, che in una logica di miglioramento continuo della qualità devono partire dal monitoraggio.

Obiettivi specifici:

- Qualificazione della rete prevista dal Decreto 73/2010, rendendola autosufficiente per ciascuna Macroarea, e rimodulazione a seguito della riorganizzazione dell'offerta ospedaliera (L. 135/2012).
- Adozione e implementazione dei Piani attuativi di Macroarea
- Realizzazione dei percorsi assistenziali definiti, coerentemente con le funzioni attribuite ai centri Hub e Spoke
- Attivazione di percorsi nell'ottica della continuità assistenziale Ospedale-Territorio

AZIONI

- verifica del lavoro svolto, a partire dai Piani attuativi di macroarea elaborati dagli HUB di riferimento
- rimodulazione dell'architettura e del funzionamento della rete, sulla base delle criticità emerse in sede di valutazione o a seguito della riorganizzazione dell'offerta ospedaliera (L. 135/2012)
- adozione di provvedimenti e misure volti alla risoluzione delle criticità emerse dal monitoraggio della rete
- stesura dei percorsi clinico-assistenziali in emergenza (PCAE);
- implementazione dei percorsi (nuovi e già elaborati) e formazione degli operatori, con il coordinamento degli Hub di riferimento
- monitoraggio semestrale e valutazione del funzionamento delle reti
- monitoraggio dell'adozione di misure, a livello aziendale, volte a migliorare gli standard assistenziali e contenere il sovraffollamento delle strutture di Pronto Soccorso/DEA; tra queste:
 - attivazione e/o potenziamento della struttura di Osservazione Breve Intensiva;
 - istituzione e/o implementazione della funzione di Facilitatore dei Processi di Ricovero e Dimissione (Bed Manager), istituito con DGR 821 del 3 novembre 2009;
 - definizione di specifiche procedure di accettazione per i ricoveri in regime ordinario;
 - definizione di protocolli operativi volti ad assicurare l'accettazione straordinaria nei reparti di degenza dei pazienti presenti in PS, in relazione al grado di sovraffollamento del PS stesso;
 - attivazione – ove possibile – della “discharge room” (cfr. DGR 821/2009) e definizione di modalità di dimissione funzionali alle esigenze del PS/DEA, favorendo le dimissioni nelle prime ore della giornata;
 - definizione di modalità organizzative che prevedano l'attività dell'Unità di Valutazione Multidimensionale presso le strutture ospedaliere dal Lunedì al Venerdì, al fine di consentire la dimissione di pazienti complessi nell'arco dell'intera settimana;
 - consolidamento – per le strutture ospedaliere coinvolte - del progetto “Ambulatorio MED - Percorso Veloce Codici Bianchi e Verdi”, al fine di decongestionare le aree di PS riducendo gli accessi e offrendo percorsi differenziati ed appropriati;
 - integrazione delle strutture di PS con le strutture ambulatoriali presenti nell'ospedale, con particolare riferimento all'implementazione di Percorsi Specialistici intraospedalieri per pazienti di PS, nei casi in cui il non ricovero è subordinato all'inserimento in percorsi diagnostico-terapeutici in tempi brevi e certi;
 - Costante monitoraggio dei reparti di degenza, affinché assicurino la piena efficienza, mantenendo entro standard ottimali sia la degenza media di ricovero sia la degenza preoperatoria;
- integrazione dei sistemi informativi Gipse-Ares 118
- implementazione della telemedicina nelle reti di specialità (vedi scheda 4.13.1)

RISULTATI PROGRAMMATI

- Adozione di interventi di adeguamento a livello intra-ospedaliero e di ottimizzazione del funzionamento della rete
- Produzione di una documentazione relativa al Monitoraggio della rete dell'emergenza, dell'attivazione delle Osservazione Breve Intensiva e delle reti di specialità
- Attivazione dell'integrazione dei sistemi informativi Gipse-Ares 118 su tutto il territorio regionale dopo lo stanziamento del finanziamento relativo da parte della Direzione Regionale competente
- Avvio dei sistemi di telemedicina
- Attivazione dei Punti di Primo Intervento Territoriali previsti

INDICATORI DI RISULTATO

- Andamento degli indicatori di funzionamento della rete
- Numero riunioni effettuate dal coordinamento regionale e dai coordinamenti di Macroarea, per anno
- N. di report elaborati dal coordinamento regionale e dai coordinamenti di Macroarea per anno
- Atto di adozione dei Piani Operativi di Macroarea

CRONO PROGRAMMA

ENTRO IL 30 GIUGNO 2013

- Elaborazione dei Piani Operativi di Macroarea
- Produzione di un report di funzionamento della rete aggiornato al 31 dicembre 2012
- Verifica dell'adozione di piani di miglioramento delle aree di emergenza negli ospedali

ENTRO IL 31 DICEMBRE 2013

- Implementazione PCAE
- Produzione di un report per il monitoraggio della rete aggiornato al 30 giugno 2013
- Avvio dell'integrazione dei sistemi informativi Gipse-Ares 118

ENTRO IL 31 DICEMBRE 2014

- Completamento integrazione dei sistemi informativi Gipse-Ares 118
- Aggiornamento annuale dei Piani Operativi di Macroarea
- Produzione di un report per il monitoraggio della rete aggiornato al 30 giugno 2014

ENTRO IL 31 DICEMBRE 2015

- Adeguamento della rete in funzione dei risultati del monitoraggio
- Aggiornamento annuale dei Piani Operativi di Macroarea
- Produzione di un report per il monitoraggio della rete aggiornato al 30 giugno 2015

Proposta

Programma 16 - Sanità penitenziaria

Il programma, secondo le linee di indirizzo ministeriali, deve realizzare i seguenti obiettivi:

- ricognizione procedure di trasferimento delle competenze dal Dipartimento Amministrazione penitenziaria al SSR;
- disattivazione Ospedali psichiatrici giudiziari e individuazione dei percorsi di presa in carico dei relativi pazienti;
- tutela della salute in carcere.

Intervento 16.1: ricognizione procedure di trasferimento delle competenze dal Dipartimento Amministrazione penitenziaria al SSR - tutela della salute in carcere

Il 1 aprile 2008 è entrato in vigore il DPCM per il trasferimento delle funzioni in materia di sanità penitenziaria al SSN e il 1 ottobre 2008 è avvenuto il definitivo trasferimento dei rapporti di lavoro, delle risorse finanziarie, delle attrezzature e dei beni strumentali alle singole Regioni.

descrizione dello scenario regionale (demografico, epidemiologico..)

Sul territorio Regionale sono presenti 16 Istituti penitenziari con un totale di 7139 detenuti.

Nell'assolvimento delle funzioni trasferite, la Regione Lazio si è impegnata a:

- attivarsi presso gli specifici tavoli tecnici della Conferenza delle Regioni e delle Province autonome nella conferenza permanente Stato Regioni al fine di porre in essere gli adempimenti necessari alla concreta attuazione del D.P.C.M. 1 Aprile 2008 e delle linee di indirizzo ad esso allegato;
- disciplinare gli interventi da attuare attraverso le Aziende sanitarie locali comprese nel proprio territorio e nel cui ambito di competenza sono ubicati gli Istituti, i servizi penitenziari e i servizi minorili di riferimento;
- adottare le iniziative necessarie per la convalida, con apposito atto formale, dell'inventario delle attrezzature, arredi, beni strumentali afferenti alle attività sanitarie di proprietà del Dipartimento dell'amministrazione penitenziaria e del Dipartimento della giustizia minorile del Ministero della giustizia, da trasferire alle singole AUSL con la sottoscrizione di un verbale di consegna;
- adottare le iniziative necessarie per la convalida, con apposito atto formale, dell'inventario dei locali adibiti all'esercizio delle funzioni sanitarie, redatto dal Ministero della giustizia alla data del 31 Dicembre 2007, che vengono concessi in uso a titolo gratuito per l'utilizzo da parte delle AUSL nel cui territorio sono ubicati gli istituti e servizi penitenziari di riferimento, sulla base di apposite convenzioni stipulate secondo schemi tipo approvati in sede di Conferenza Stato-Regioni;

C'è la necessità di un opportuno monitoraggio sia dei percorsi di salute che delle difficoltà emergenti, per questo, come infatti previsto nelle linee di indirizzo allegate al DPCM, si dispone di un Osservatorio della sanità in ambito penitenziario.

la Regione partecipa ad un progetto ha valenza interregionale in quanto, oltre alla Regione Toscana in qualità di capofila degli stessi, vi partecipano come unità operative la Regione Lazio, la Regione Umbria, la Regione Veneto, la Regione Liguria e l'Azienda Unità Sanitaria Locale di Salerno, avente ad oggetto *"lo stato di salute dei detenuti negli istituti penitenziari di sei regioni italiane: un modello sperimentale di monitoraggio dello stato di salute e prevenzione dei tentati suicidari"*.

INDIVIDUAZIONE OBIETTIVI

Tale progetto ha come obiettivo quello di riuscire ad elaborare uno strumento clinico, ovvero una **cartella informatizzata**, utilizzabile in tutte le strutture penitenziarie del territorio al fine di migliorare il percorso sanitario, facilitando inoltre la trasmissione di informazioni cliniche da un istituto all'altro, garantendo la continuità assistenziale del detenuto durante i trasferimenti. L'estensione e lo sviluppo di questo strumento informatico, oltre a raffigurare un primo passo verso l'adeguamento del sistema sanitario all'interno delle strutture detentive, rappresenta la messa in atto di un programma di prevenzione sul tema suicidario (obiettivo definito dal DPCM 1 aprile 2008 ovvero *"Riduzione dei suicidi e dei tentativi di suicidio, attraverso l'individuazione dei fattori di rischio"* in linea con quanto sancito dall'Accordo Stato Regioni del 19 gennaio 2012 *"Linee di indirizzo per la riduzione del rischio autolesivo e suicidario dei detenuti, degli internati e dei minorenni sottoposto a provvedimento penale"*).

Dopo l'adozione della DGR di convalida dell'inventario dei locali adibiti all'esercizio delle funzioni sanitarie ai sensi dell'articolo 4 comma 2 del DPCM 1 aprile 2008, al fine di assicurare in tutto il 'Sistema Salute' Regionale, intra ed extra penitenziario, l'avvio di un'organizzazione omogenea dei servizi e di garantire in modo uniforme i livelli essenziali delle prestazioni sanitarie e sociosanitarie, saranno emanate, con determinazione, le *"Linee Guida essenziali per la gestione dei locali ad uso sanitario nelle strutture penitenziarie della Regione Lazio"*.

Tale documento prevede il corretto programma di intervento, per la gestione di detti locali, che tutte le Aziende Sanitarie Locali dovranno adottare.

Si prevede l'elaborazione di un modello organizzativo per la sanità penitenziaria all'interno degli istituti penitenziari.

RISULTATI PROGRAMMATI

- Completare il percorso del passaggio dei locali ad uso sanitario dal ministero di Giustizia alle ASL saranno emanate con determinazione le *"Linee Guida essenziali per la gestione dei locali ad uso sanitario nelle strutture penitenziarie della Regione Lazio"* e completare la sottoscrizione delle convenzioni tra ASL e Istituti Penitenziari;
- Linee di indirizzo alle ASL per l'attuazione della DGR 277/2012 concernente l'attivazione delle articolazioni sanitarie negli Istituti Penitenziari;
- Ideazione ed implementazione per un modello organizzativo della medicina penitenziaria regionale;
- Costituzione di unità terapeutica per detenuti con disagio psichico;

Cronoprogramma:

- Entro fine 2013:
- passaggio dei locali ad uso sanitario dal ministero di Giustizia alle ASL
- Adozione Linee di indirizzo
- definizione del modello organizzativo della medicina penitenziaria nel Lazio
- Entro 2014: Attivazione di una unità terapeutica per detenuti con disagio psichico presso un istituto penitenziario.

RESPONSABILE DEL PROCEDIMENTO ATTUATIVO:

- Dirigente Area Programmazione della Rete dei Servizi dei Soggetti Deboli (Salute Mentale-Dipendenze-Carceri)

Intervento 16.2 : Disattivazione Ospedali psichiatrici giudiziari (OPG) e individuazione dei percorsi di presa in carico dei relativi pazienti

Accordo concernente la definizione di specifiche aree di collaborazione e gli indirizzi di carattere prioritario sugli interventi negli Ospedali Psichiatrici Giudiziari (OPG) e nelle Case di Cura e Custodia (CCC) di cui all'Allegato C al D.P.C.M. 1° aprile 2008. Rep. n. 84/CU del 26 novembre 2009;

DESCRIZIONE SCENARIO REGIONALE

L'emanazione del D.P.C.M. ha segnato la conclusione del lungo percorso iniziato con il decreto legislativo n. 230 del '99 ratificando che tutte le competenze sanitarie della medicina generale e di quella specialistica, nonché i relativi rapporti di lavoro e le conseguenti risorse economiche e strumentali, sinora in capo al Ministero della Giustizia, vengono trasferite al Servizio Sanitario Nazionale (S.S.N.). In tal modo, è stato applicato in pieno il principio che riconosce alle persone detenute o internate, alla pari dei cittadini liberi, il diritto all'erogazione delle prestazioni di prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione previste nei livelli essenziali di assistenza, con la possibilità di accesso alle risorse tecnologiche già disponibili per la comunità esterna. Le Regioni dovranno garantire l'espletamento del Servizio attraverso le Aziende Sanitarie nel cui ambito di competenza sono ubicati gli istituti e servizi penitenziari e i servizi minorili di riferimento. Nell'ambito di questo passaggio dell'Assistenza Sanitaria penitenziaria al S.S.N., nel DPCM sono state previste disposizioni specifiche per l'attivazione anche di uno specifico programma finalizzato al graduale superamento degli Ospedali Psichiatrici Giudiziari (O.P.G.) (allegato C del D.P.C.M. 1/4/2008, "Linee di indirizzo per gli interventi negli Ospedali Psichiatrici Giudiziari e nelle Case di Cura e Custodia").

In una **prima fase**, a passaggio di competenze avvenuto, la responsabilità della gestione sanitaria degli O.P.G. doveva essere assunta interamente dalle Regioni in cui gli stessi hanno sede- Contestualmente i Dipartimenti di Salute Mentale (D.S.M.) nel cui territorio di competenza insistono gli O.P.G., in collaborazione con l'equipe responsabile della cura e del trattamento dei ricoverati dell'istituto, avrebbero dovuto definire un programma operativo per :

- "dimettere gli internati che hanno concluso la misura della sicurezza, con soluzioni concordate con le Regioni interessate, che devono prevedere forme di inclusione sociale adeguata, coinvolgendo gli Enti locali di provenienza, le Aziende sanitarie interessate e i servizi sociali e sanitari delle realtà di origine o di destinazione dei ricoverati da dimettere";
- riportare nelle carceri di provenienza i ricoverati in O.P.G. per disturbi psichici sopravvenuti durante l'esecuzione della pena. Questa azione è resa possibile solo dopo l'attivazione delle sezioni di cura e riabilitazione, all'interno delle carceri.
- assicurare che le osservazioni per l'accertamento delle infermità psichiche di cui all'art. 112 D.P.R. 230/2 In una seconda fase, si prevedeva ,a distanza di un anno, una prima distribuzione degli attuali internati in modo che ogni O.P.G., senza modificarne sostanzialmente la capienza e la consistenza, si configurasse come la sede per ricoveri di internati delle Regioni limitrofe in modo da stabilire immediatamente rapporti di collaborazione preliminari per ulteriori fasi di avvicinamento degli internati alla realtà geografiche di provenienza.

I bacini di afferenza per ciascun O.P.G. indicati inizialmente nel DPCM e successivamente ridefiniti nell'Accordo della Conferenza Unificata del 26/11/2009 per la Regione Lazio è il seguente:

O.P.G. di Aversa e O.P.G. di Napoli: Abruzzo, Molise, Lazio, Campania

La **terza fase**, a distanza di due anni, prevedeva la restituzione ad ogni Regione italiana della quota di internati in O.P.G. di provenienza dai propri territori e dell'assunzione della completa responsabilità della presa in carico, attraverso programmi terapeutici e riabilitativi da attuarsi all'interno della struttura, anche in preparazione alla dimissione e all'inserimento nel contesto sociale di appartenenza.

Veniva indicata una differenziata gamma di interventi come soluzioni percorribili: "strutture O.P.G. con livelli diversificati di vigilanza; strutture residenziali sia di tipo socio-sanitario che di tipo socio-assistenziale; affido ai servizi psichiatrici e sociali territoriali, sempre e comunque sotto la responsabilità assistenziale del DSM della ASL dove la struttura o il servizio è ubicato."

Il D.P.C.M. stabiliva che tramite specifico Accordo in sede di Conferenza permanente fra lo Stato e le Regioni e Province Autonome, si sarebbero definite sia la tipologia assistenziale e le forme della sicurezza che gli standard di organizzazione e i rapporti di collaborazione tra le Amministrazioni coinvolte.

I bacini di afferenza per ciascun OPG. indicati inizialmente nel DPCM e successivamente ridefiniti nell'Accordo della Conferenza Unificata del 26/11/2009 per la Regione Lazio è il seguente:

O.P.G. di Aversa e O.P.G. di Napoli: Abruzzo, Molise, Lazio, Campania.

INDIVIDUAZIONE DEGLI OBIETTIVI

- Presa in carico da parte dei Dipartimenti di salute mentale dei dimissibili dagli OPG;
- Individuazione delle strutture di cui all'art.3-ter della L.9/2012
- Elaborazione di protocolli d'intesa con le istituzioni coinvolte (Autorità Giudiziarie, Prefetture DAP Dipartimenti di Salute Mentale);
- Formazione degli operatori dei DSM
-

RISULTATI PROGRAMMATI

- Completare la Presa in Carico territoriale delle persone internate in OPG che possono essere dimesse.
- Realizzare tutte le strutture previste dalla L. 9/2012
- Realizzare la formazione a tutti gli operatori dei DSM

INDICATORI DI RISULTATO

- DCA di Recepimento del Decreto del Ministero della Salute di concerto con il Ministero della Giustizia del 1/10/2012
- Approvazione documento contenente: Fabbisogno di strutture terapeutiche e approvazione requisiti organizzativi e fabbisogno di personale ;
- Approvazione Piano Formativo;

CRONOPROGRAMMA

- Entro il 2013:
 - Decreto di Recepimento del DM Salute 1 ottobre 2012;
- Decreto di approvazione del Fabbisogno di strutture terapeutiche e approvazione requisiti organizzativi e fabbisogno di personale
- Entro 2013/2014: Approvazione Piano Formativo

RESPONSABILE DEL PROCEDIMENTO ATTUATIVO

- Dirigente Area Programmazione della rete dei servizi dei soggetti deboli

Intervento 16.3: Tutela della salute in carcere

Si rimanda a quanto specificato nell'intervento 16.1: **ricognizione procedure di trasferimento delle competenze dal Dipartimento Amministrazione penitenziaria al SSR - tutela della salute in carcere**

Copia
Proposta PO 2013-2015

Programma 17 – Assistenza farmaceutica

Il programma, secondo le linee di indirizzo ministeriali, deve realizzare i seguenti obiettivi:

- Commissione Terapeutica Regionale;
- revisione del PTOR;
- definizione specifica di percorsi per categorie di farmaci “alto spendenti”;
- monitoraggio della attività prescrittiva e incentivi per la prescrizione dei farmaci equivalenti attraverso il supporto del Sistema Tessera Sanitaria, ai sensi di quanto previsto dall’art. 11, comma 7, let. b) del DL 78/2010;
- razionalizzazione dell’uso del farmaco in ospedale;
- budget dei MMG e PLS attraverso il supporto del Sistema Tessera Sanitaria;
- misure di compartecipazione alla spesa.

Intervento 17.1: Commissione Terapeutica Regionale

Intervento 17.2: revisione del PTOR

La Regione Lazio si è dotata da diversi anni di un Prontuario Terapeutico Ospedaliero Regionale (PTOR).

La Regione ha sempre considerato il PTOR uno strumento scientifico, culturale e gestionale in grado di assicurare l’appropriatezza e la razionalizzazione dell’uso dei farmaci nelle proprie aziende sanitarie. La spesa farmaceutica, in particolare quella ospedaliera, è fattore molto dinamico, fortemente condizionato sia da modalità diverse di utilizzo dei farmaci già conosciuti con l’espansione di trattamenti cronici a fasce di popolazione fino ad oggi non ancora trattate o sotto trattate, nonché dall’introduzione sul mercato di nuove molecole sempre più costose di quelle che si propongono di sostituire.

Sotto questo profilo riveste notevole importanza promuovere un utilizzo critico del PTOR come strumento decisionale e non solo come modalità “costrittiva” finalizzata solo al taglio dei costi e all’efficienza tecnica con la conseguenza di essere visto dai medici come una indebita limitazione alla loro libertà di prescrizione o, più semplicemente, come un elenco di farmaci disponibili in ospedale. Il PTOR ha la potenzialità di essere uno strumento di lavoro flessibile, utile ad indirizzare i comportamenti professionali verso un utilizzo razionale dei farmaci all’interno della cornice più ampia del governo clinico, cioè dell’insieme delle regole, dei processi e dei comportamenti che influenzano il modo nel quale viene erogata l’assistenza sanitaria in un contesto che possa favorire l’eccellenza.

La Commissione Regionale del PTOR è composta da clinici, farmacologi, farmacisti, MMG e PLS, e si avvale inoltre della collaborazioni del Dipartimento di Epidemiologia, incardinato presso la ASL RM/E.

Le Commissioni che si sono succedute hanno operato proficuamente, con soddisfazione della regione, delle aziende sanitarie senza creare particolari contenziosi con le aziende farmaceutiche.

Da fine luglio 2013 si è esaurito il mandato dell’ultima commissione Regionale del PTOR, e, per motivi contingenti, la Regione non ha ancora proceduto alla nomina dei componenti della nuova commissione.

RISULTATI PROGRAMMATI

- razionalizzazione dell'uso ed efficientamento organizzativo dei farmaci di nuova introduzione;
- nomina dei componenti della nuova commissione regionale PTOTR

INDICATORI DI RISULTATO

- Rapido recepimento mensile delle istanze di introduzione e revisione;
- trasparenza degli atti valutativi;
- DCA di nomina dei componenti della nuova commissione regionale PTOTR e ripresa delle attività della Commissione entro il 31 marzo 2013.

IMPATTO ECONOMICO

- Non è possibile effettuare una stima dell'eventuale impatto economico conseguente all'attività della Commissione PTOR in quanto strumento tecnico di razionalizzazione e appropriatezza.

RESPONSABILE DEL PROCEDIMENTO

Dirigente Area Politica del farmaco

*Intervento 17.3: definizione specifica di percorsi per categorie di farmaci "alto spendenti"***RISULTATI PROGRAMMATI**

- Governance delle nuove terapie ad alto costo e verifica dei risultati di esito nella pratica clinica;
- razionalizzazione della spesa e dei volumi;
- definizione di percorsi diagnostici terapeutico assistenziali (PDTA), dalla diagnosi alla riabilitazione

METODOLOGIA

- Costituzione di gruppi di lavoro multidisciplinari con le seguenti finalità:
- Valutazione di tipo budget impact dei percorsi per categorie di farmaci alto spendenti;
- Predisposizione dei PDTA da recepire decreto commissariale.

La Regione Lazio ha attualmente deciso di concentrare i propri sforzi nella predisposizione di PDTA da seguire nella cura delle seguenti patologie:

- HCV;
- Emofilia;
- Sclerosi Multipla;

CRONOPROGRAMMA

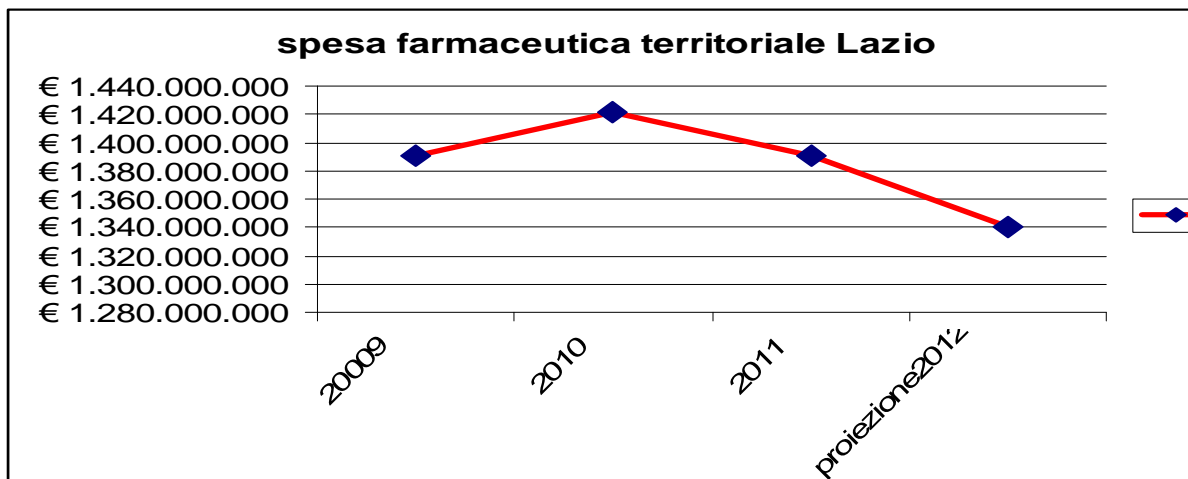
- PDTA HCV
- Costituzione del gruppo di lavoro multidisciplinare e recepimento documento di indirizzo con decreto entro 31/03/2013;
- PDTA Emofilia
- Costituzione del gruppo di lavoro multidisciplinare e recepimento documento di indirizzo e budget impact con decreto entro 30/06/2013
- PDTA Sclerosi Multipla
- Costituzione del gruppo di lavoro multidisciplinare e recepimento documento di indirizzo in condivisione con l'Area Rete Ospedaliera, tramite decreto entro, il 30/09/2013

RESPONSABILE DEL PROCEDIMENTO

- Dirigente Area Politica del farmaco

Intervento 17.4: monitoraggio della attività prescrittiva e incentivi per la prescrizione dei farmaci equivalenti attraverso il supporto del Sistema Tessera Sanitaria, ai sensi di quanto previsto dall'art. 11, comma 7, let. b) del DL 78/2010

La spesa per farmaci prescritti in convenzionata ha segnato negli ultimi anni un trend di riduzione dovuto sia alla scadenza brevettuale di importanti molecole, che ad azioni di monitoraggio dell'appropriatezza delle prescrizioni. Tale andamento è evidenziato nel grafico sottostante:



La regione negli anni ha adottato negli ultimi anni una serie di provvedimenti aventi come obiettivo l'appropriatezza prescrittiva di alcune classi di farmaci aventi un elevato impatto sulla spesa farmaceutica:

- DCA U0045/2009: "Promozione dell'appropriatezza diagnostica e terapeutica nelle dislipidemie e dei farmaci equivalenti nelle classi C10AA e C10BA degli inibitori dell'HGM-CoA Reduttasi" singoli o in associazione;
- DCA U0024/2010: "Promozione dell'appropriatezza e razionalizzazione d'uso dei farmaci che agiscono sul sistema renina-angiotensina";
- DCA U0079/2011: "Razionalizzazione terapia osteoporosi";
- DCA U0106/2011 "Razionalizzazione terapia BPCO e Asma".

Il DCA U00071/2012 "Appropriatezza Prescrittiva Farmaceutica nella Regione Lazio" recepisce il protocollo d'intesa con le OO.SS. dei medici di medicina generale che include l'allegato "Monitoraggio e verifica dei consumi farmaceutici ed appropriatezza prescrittiva nella Regione Lazio".

Nel protocollo si definiscono, per alcune classi di farmaci, gli indicatori e i relativi target, individuati sulla base di stime che tengono conto dello standard prescrittivo attuale e di target di appropriatezza già perseguiti in altre realtà regionali o di valori di riferimento OSMED, nonché le modalità di monitoraggio.

I riscontri positivi ottenuti dall'applicazione del DCA U00071/2012, fanno sì che la Regione possa procedere ad un aggiornamento dello stesso decreto, con l'individuazione di indicatori e target più ambiziosi.

RISULTATI PROGRAMMATI

- Incremento dell'appropriatezza prescrittiva, secondo le evidenze disponibili in letteratura e privilegiare i farmaci a brevetto scaduto all'interno delle categorie terapeutiche in cui sono presenti.

INDICATORI DI RISULTATO

- Aggiornamenti del DCA U00071/2012, con adozione di target di appropriatezza più "sfidanti";
- Predisposizione, con il supporto di LAit S.p.a. e attraverso i dati del sistema TS, di report trimestrali degli indicatori di appropriatezza per ciascun prescrittore (MMG e PLS), per le Commissioni Appropriatezza Distrettuali (CAPD) e per i servizi farmaceutici;
- Valutazione dei medici "alto spendenti" rispetto ai valori benchmark di riferimento;
- Convocazione attraverso le CAPD dei primi 20 prescrittori per spesa e per molecole individuate dalla Regione;
- Valutazione da parte della Commissione Appropriatezza Regionale dell'attività delle CAPD.

RESPONSABILE DEL PROCEDIMENTO

- Dirigente Area Politica del farmaco

Intervento 17.5: razionalizzazione dell'uso del farmaco in ospedale

La spesa farmaceutica ospedaliera a livello regionale ha un andamento sostanzialmente stabile negli anni 2009/2010/2011 come evidenziato nella tabella sottostante e a partire dai dati CE la proiezione per il 2012 mantiene lo stesso trend:

SPESA FARMACEUTICA OSPEDALIERA E TETTO STABILITO				
DALLA L. 222/2007 e DALLA L. 102/2009				
	2009	2010	2011	proiezione 2012
spesa totale	392.501.210,51	428.910.158,05	420.859.727,54	436.132.777,60
Fabbisogno "ex FSN" (Fonte Min Sal DGPROG)	9.446.707.161,00	9.958.795.656,00	9.979.049.801,00	10.154.232.557,90
Tetto 2,4%	226.720.972,00	239.011.096,00	239.497.195,00	243.701.581,00
Scostamento assoluto	165.780.238,65	189.899.062,31	181.362.532,32	192.431.196,21
Incidenza % su FSN 2010	4%	4%	4%	4%

I dati di spesa ospedaliera nel periodo gennaio-maggio 2012 e verifica del rispetto del tetto di spesa del 2,4%, per regione, prodotti da e presentati da AIFA nella Riunione CdA – 10.10.2012 mostrano un valore percentuale della spesa ospedaliera nel Lazio del 3,9% inferiore alla media nazionale del 4,15

RISULTATI PROGRAMMATI

- Direttive sull'uso di farmaci a miglior rapporto costo/efficacia;
- razionalizzazione e appropriatezza d'uso dei farmaci off label;
- predisposizione di linee di indirizzo sull'utilizzo farmaci oncologici alto spendenti;
- recupero degli extrasconti delle strutture classificate attraverso le informazioni economico-amministrative presenti nel Registro monitoraggio AIFA (al momento tali registri non sono attivi) entro 6 mesi dalla riattivazione dei Registri;
- recupero del payment by result (attualmente il cruscotto AIFA è inattivo);
- razionalizzazione dell'uso dei farmaci in regime di ricovero;

- razionalizzazione uso farmaci oncologici e riduzione rischio clinico;
- predisposizione linee di indirizzo regionali sui farmaci biosimilari;
- studio di valutazione della procedura di completa tracciabilità del farmaco di uso ospedaliero, fino all'utilizzatore finale;
- valutazione costo-beneficio nell'uso dei farmaci;
- efficientamento procedure di acquisto dei farmaci;
- razionalizzazione uso farmaci oncologici e riduzione
-

INDICATORI DI RISULTATO

- Predisposizione di schemi costo-terapia per farmaci di uso ospedaliero e di induzione specialistica con analisi budget impact per alcune categorie di farmaci (fattori crescita bianchi, epoetine, HIV) entro il 30 giugno 2013;
- verifica di aderenza alle procedure regionali per l'uso off label;
- analisi dell'uso off-label di farmaci nelle malattie rare e individuazione centri di riferimento per l'utilizzo di tali farmaci;
- verifica aderenza alla legge 648/96 e relativa valutazione economica;
- monitoraggio degli extrasconti e attivazione di meccanismi di recupero degli extrasconti, presso le strutture classificate, dei farmaci sottoposti a meccanismi di rimborso AIFA (impatto economico stimato in circa € 1.000.000)
- valutazione della applicazione e dei relativi risultati delle direttive impartite alle Aziende Sanitarie per il recupero degli extra-sconti, stabiliti tra AIFA e aziende farmaceutiche, attraverso il registro dei farmaci sottoposti a monitoraggio (Determina n. D2911 del 28 Luglio 2010);
- verifica della corretta attuazione, da parte strutture sanitarie pubbliche, degli adempimenti relativi ai flussi ministeriali (flusso R); confronto del flusso F, flusso R e CE;
- costituzione gruppo di lavoro multidisciplinare al fine di armonizzare e declinare a livello regionale le disposizioni AIFA in tema di farmaci biosimilari;
- corretta rotazione di magazzino;
- procedure di acquisto centralizzate e dinamiche (di competenza dell'area centrale acquisti);
- Predisposizione capitolati tecnici (in collaborazione con centrale acquisti) per classi terapeutiche (ove possibile);
- verifica aderenza a quanto previsto dal decreto 74/2009 in merito all'allestimento centralizzato di farmaci oncologici; sanzioni per i DG inadempienti anche alla luce delle disposizioni ministeriali relative al rischio clinico (Decreto 11 dicembre 2009, Istituzione del Sistema Informativo per il Monitoraggio degli Errori in Sanità (SIMES)).
- Sulla base dei dati attualmente disponibili non è al momento quantificabile l'impatto economico della maggior parte degli interventi, presumibilmente si arriverà ad una stabilizzazione della spesa anche a fronte dei farmaci innovativi di prossima commercializzazione
-

Responsabile del procedimento

- Dirigente Area Politica del farmaco

Intervento 17.6: budget dei MMG e PLS attraverso il supporto del Sistema Tessera Sanitaria

Come descritto nell'intervento 17.4 la Regione Lazio con il DCA U00071/2012 "Adeguatezza Prescrittiva Farmaceutica nella Regione Lazio" ha recepito il protocollo d'intesa con le OO.SS. dei medici di medicina generale che include l'allegato "Monitoraggio e verifica dei consumi farmaceutici ed adeguatezza prescrittiva nella Regione Lazio".

Nel protocollo si definiscono, per alcune classi di farmaci, gli indicatori e i relativi target, individuati sulla base di stime che tengono conto dello standard prescrittivo attuale e di target di adeguatezza già perseguiti in altre realtà regionali o di valori di riferimento OSMED, nonché le modalità di monitoraggio.

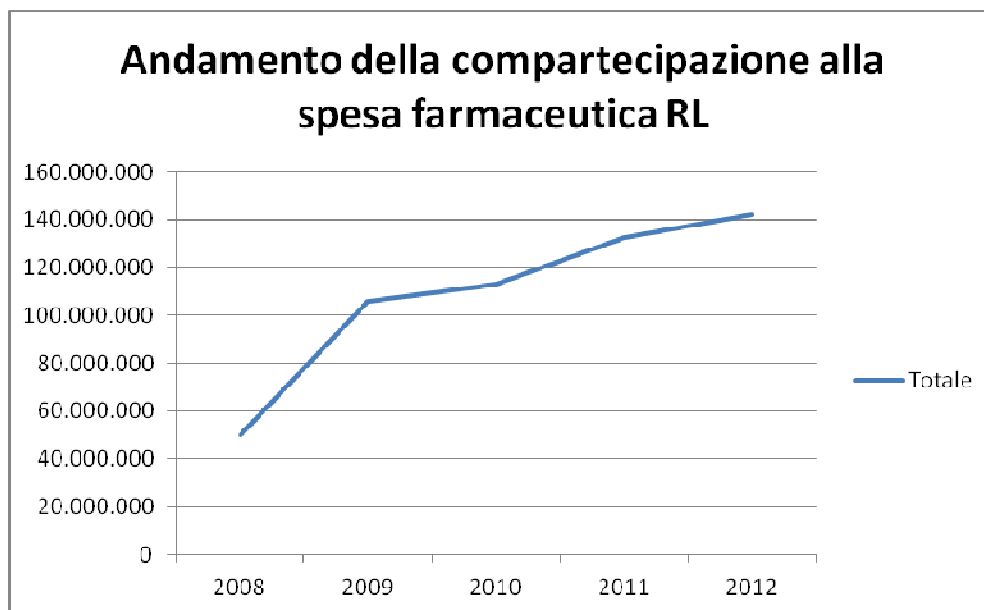
I MMG e i PLS sono quindi monitorati, relativamente a tali classi di farmaci, grazie ai dati resi disponibili dal sistemaTS, dalle Commissioni di Adeguatezza prescrittiva Distrettuali (CAPD).

Agli stessi MMG e PLS è reso disponibile un report trimestrale degli indicatori di adeguatezza in modo da avere la percezione degli andamenti delle loro prescrizioni.

Per quanto sopra, contestualmente ai risultati incoraggianti ottenuti dall'applicazione del DCA U00071/2012, ad oggi la regione non ha proceduto all'attribuzione di budget ai MMG e PLS.

In ogni caso, l'eventuale attribuzione di budget comporterebbe una procedura negoziale con le OO.SS. di categoria, il cui governo esula dalla competenza dell'Area Politica del farmaco.

Intervento 17.7: misure di compartecipazione alla spesa



La compartecipazione del cittadino alla spesa farmaceutica nel 2012 ha registrato un incremento rispetto all'anno precedente del 7,19% con valore complessivo di € 141.977.000.

Tale importo include la differenza fra il prezzo di riferimento e il branded dichiarato insostituibile o di cui l'assistito non abbia accettato la sostituzione nel caso dei medicinali non coperti da brevetto aventi uguale composizione in principi attivi, inclusi nella lista di trasparenza AIFA (art. 7, Legge 16 novembre 2001, n. 405).

Il grafico sopra riportato evidenzia una continua crescita dell'entità della compartecipazione negli ultimi 5 anni, ad iniziare dal 2008, anno nel quale la Regione Lazio ha introdotto la compartecipazione quale misura per il contenimento della spesa farmaceutica (DCA U0024 del 10 settembre 2008 e U0045 del 17 novembre 2008).

Tali provvedimenti stabiliscono quote fisse di compartecipazione per confezione acquistata, distinte in base alla fascia di prezzo di fustella e tipologie di esenzione, applicate ai solo farmaci non inclusi nella lista di trasparenza AIFA.

La compartecipazione è dovuta, seppur in misura ridotta, anche dagli assistiti esenti per patologia croniche e malattie rare, mentre ne sono esenti gli aventi diritto all'esenzione per condizione e reddito.

A questo proposito l'andamento crescente dell'entità di compartecipazione negli anni 2011 e 2012, a fronte di una spesa farmaceutica convenzionata in riduzione, evidenzia gli effetti positivi di riduzione dell'evasione della compartecipazione alla spesa farmaceutica (e specialistica) consentiti dall'adozione del DCA U0016 del 23 marzo 2011 che dà attuazione al decreto 11 dicembre 2009 del Ministero dell'economia e delle finanze per la verifica delle esenzioni, in base al reddito, dalla compartecipazione alla spesa sanitaria, tramite il supporto del Sistema tessera sanitaria.

Per quanto sopra esposto, la regione Lazio non ha al momento in previsione ulteriori misure di compartecipazione alla spesa farmaceutica.

Responsabile del procedimento

- Dirigente Area Politica del farmaco

Valorizzazione Programma 17: Assistenza farmaceutica

Valorizzazione economica programmi 9.6- 17.3- 17.4- 17.5

L'azione congiunta dei programmi operativi in premessa porterebbe nel caso di totale applicazione la valorizzazione economica per il 2013 di seguito rappresentata:

- (A) riduzione della spesa lorda procapite convenzionata del 10% a seguito delle azioni sui prescrittori con una valorizzazione economica di € 100.000.000
- (B) riduzione della spesa con un maggior utilizzo dei biosimilari o farmaci con il miglior rapporto costo/efficacia con una valorizzazione economica di circa € 5.000.000
- (C) riduzione della spesa per acquisto farmaci in DPC a seguito rinnovo accordo ditte con una valorizzazione economica di circa € 8.000.000
- (D) governo della spesa per i nuovi farmaci nella terapia dell'epatite cronica con un incremento di spesa di circa € 10.000.000 a fronte di un possibile incremento di € 30.000.000 in assenza di un sistema di governance (PDTA e Decreto)
- (E) governo della spesa per i nuovi farmaci per la fibrillazione atriale con un incremento di spesa di circa € 13.000.000 se inseriti in DPC verso un incremento di spesa doppia se tali farmaci graviteranno sulla spesa convenzionata

In sintesi i risparmi ottenibili dal raggiungimento completo delle azioni suesposte dovrebbe attestarsi a circa € 80.000.000

Attività	Risparmio	Incremento spesa	TOTALE
A	€ 100.000.000		€ 100.000.000
B	€ 5.000.000		€ 5.000.000
C	€ 8.000.000		€ 8.000.000
D		€ 10.000.000	(€ 10.000.000)
E		€ 13.000.000	(€ 13.000.000)
TOTALE			€ 90.000.000

Programma 18 – Sicurezza e rischio clinico

Intervento 18.1 Definizione di un programma regionale articolato nelle dimensioni del Governo Clinico e che contenga anche metodologia e strumenti per la gestione degli eventi avversi

Il programma, secondo le linee di indirizzo ministeriali, deve realizzare i seguenti obiettivi:

- definizione di un programma regionale articolato nelle dimensioni del Governo Clinico e che contenga anche metodologia e strumenti per la gestione degli eventi avversi;
- monitoraggio dei Piani di miglioramento attuati dalle aziende a seguito dell'occorrenza di eventi sentinella;
- monitoraggio sistematico dell'uso della check list in Sala Operatoria;
- implementazione e monitoraggio della Raccomandazione per la sicurezza nella terapia oncologica;
- previsione dell'inserimento dell'implementazione dei documenti ministeriali sulla qualità e sicurezza dei pazienti (Raccomandazioni, Manuale per la sicurezza in Sala Operatoria) tra i criteri di valutazione dei D.G.

Il concetto di *clinical governance* (governo clinico) nasce nel Regno Unito come politica sanitaria orientata al miglioramento continuo della qualità dell'assistenza.

Gli obiettivi collegati al Governo clinico riguardano essenzialmente la promozione dell'appropriatezza in termini di modalità erogate da parte delle strutture sanitarie relativamente ai bisogni di salute e all'utilizzo efficace delle risorse, e la responsabilizzazione dei professionisti sanitari al fine di garantire funzionalità dei servizi e miglioramento della qualità delle prestazioni.

Le attività che ne conseguono agiscono sia sul versante organizzativo che su quello culturale, inteso come gestione della conoscenza per l'assunzione di decisioni cliniche al fine di orientarle verso una maggiore efficacia e appropriatezza, facendo leva su un maggior coinvolgimento e responsabilizzazione degli operatori, una corretta gestione della sicurezza del paziente ed una migliore comunicazione e relazione fra professionisti amministratori e cittadini.

La realizzazione concreta del Governo clinico, prevede compiti, ruoli ed anche livelli differenziati e definiti ma tenuti insieme da una visione che privilegia l'approccio integrato per garantire ai cittadini i migliori risultati delle cure e l'appropriatezza delle prestazioni.

L'impegno continuo per la Sicurezza dei Pazienti e la gestione del Rischio clinico sono infatti fondamentali vettori per la realizzazione delle politiche di governo clinico e più in generale della qualità nei servizi sanitari.

Risultati Programmati

In ordine alla metodologia ed agli strumenti per la gestione degli eventi avversi, è prevista:

- Il potenziamento degli uffici di risk management all'interno delle Aziende del SSR;
- L'istituzione di un tavolo permanente dei risk manager delle varie Aziende del SSR per agevolare lo scambio di informazioni e di esperienze ed il coordinamento delle strategie;
- L'introduzione di nuovi obiettivi da assegnare ai Direttori Generali delle Aziende del SSR per assicurare l'adempimento dei debiti informativi in materia di rischio clinico e diminuire l'ammontare dei risarcimenti legati a casi di responsabilità medica;
- L'istituzione di un organo tecnico (composto da tre risk manager delle Aziende del SSR, designati annualmente a rotazione, senza maggiori oneri a carico del SSR), a supporto dell'Area Giuridico Normativa Istituzionale per la validazione degli eventi avversi da trasmettere al Ministero della Salute;
- L'istituzione di gruppi di lavoro (composti dai risk manager delle Aziende del SSR) per l'adozione di linee guida regionali in materia di implementazione delle raccomandazioni ministeriali al fine di assicurare un'uniforme applicazione delle stesse;
- L'introduzione di una procedura aziendale e regionale per la valutazione critica degli eventi occorsi finalizzata alla necessaria individuazione di misure idonee a prevenire la reiterazione dell'evento stesso, attraverso la responsabilizzazione dei risk manager.

Indicatori di risultato

- Diminuzione del 30% degli eventi segnalati

Cronoprogramma di attuazione

- Diminuzione del 10% entro il primo anno;
- Diminuzione di un ulteriore 10% entro il secondo anno;
- Diminuzione di un ulteriore 10% entro il terzo anno.

Impatto economico

- Riduzione del 20% dei risarcimenti per casi di responsabilità medica.

Responsabile del procedimento attuativo

- Area Giuridico Normativa Istituzionale

Intervento 18.2: Monitoraggio dei piani di miglioramento attuati dalle aziende a seguito dell'occorrenza di eventi sentinella

L'analisi critica degli eventi avversi, degli eventi sentinella e dei c.d. *near miss* ha come naturale conseguenza l'individuazione delle misure correttive volte a prevenire la reiterazione dell'evento. La Regione ha già sollecitato tutti i risk manager a procedere periodicamente, con cadenza semestrale, alla valutazione critica degli eventi occorsi nei rispettivi ambiti aziendali, invitando gli stessi a comunicare le azioni correttive suggerite alla governance aziendale.

La procedura va istituzionalizzata attraverso l'adozione di un atto formale che introduca l'obbligo per le Aziende del SSR di procedere almeno semestralmente alla elaborazione dei piani di miglioramento ed alla relativa trasmissione alla Regione Lazio per assicurare il monitoraggio.

L'istituzionalizzazione di un tavolo permanente dei risk manager faciliterà la condivisione delle esperienze ed accentuerà la riflessione critica sui piani di miglioramento proposti dai singoli risk manager.

Risultati Programmati

- Adozione di un atto formale (Decreto del Commissario ad acta) che introduca: a) l'obbligo per le Aziende del SSR di approvare una procedura aziendale per la valutazione dell'evento e del rischio associato con le relative metodologie (root cause analysis, audit clinico, significant event audit), b) l'obbligo per le Aziende del SSR di elaborare e trasmettere alla Regione, almeno semestralmente, un piano di miglioramento da sottoporre all'esame del Tavolo Permanente dei Risk Manager.

Indicatori di risultato

- Riduzione dei risarcimenti da responsabilità degli operatori sanitari

Cronoprogramma di attuazione

- Entro la fine del 2013.

Impatto economico

Responsabile del procedimento attuativo

- AREA GIURIDICO NORMATIVA ISTITUZIONALE

Intervento 18.3: Monitoraggio sistematico dell'uso della check list in Sala Operatoria

La chirurgia, per l'elevata complessità che la contraddistingue, è uno dei contesti ambientali nei quali è necessario assicurare elevati livelli di sicurezza. In ambito internazionale viene data sempre più attenzione alle problematiche relative alla sicurezza in sala operatoria, in quanto gli eventi avversi in chirurgia costituiscono una percentuale rilevante sia nel nostro Paese che negli altri paesi europei ed extra-europei.

In questo senso, l'impiego delle checklist di sala operatoria è uno degli strumenti introdotti nei diversi sistemi sanitari con l'intento di garantire adeguati livelli di qualità e di sicurezza. Anche in Italia sono state promosse attività per la diffusione dell'uso della checklist di sala operatoria, e nel 2010 il Ministero ha prodotto il Manuale con le 16 Raccomandazioni, corredato da una checklist adattata al contesto del nostro Paese ed è stata condotta una prima indagine (anno 2010) per verificare lo stato di implementazione della checklist. Nel corso del 2011, la Regione ha compilato lo specifico questionario predisposto dal Ministero della Salute ed ha sollecitato le Aziende del SSR ad adottare opportune misure per garantire l'uso della check list in Sala Operatoria.

Risultati Programmati

- Individuazione di responsabili aziendali dell'uso della check list in Sala Operatoria;
- Monitoraggio costante sul relativo utilizzo attraverso la compilazione periodica di uno specifico questionario e la conseguente elaborazione di interventi correttivi da parte del Tavolo Permanente dei Risk Manager;
- Configurazione dell'uso della check list in Sala Operatoria quale requisito per la conservazione del titolo di autorizzazione all'esercizio per le strutture private;
- Configurazione dell'uso della check list in Sala Operatoria quale obiettivo da assegnare ai Direttori Generali delle Aziende del SSR.

Indicatori di risultato

- Uso della check list in Sala Operatoria.

Cronoprogramma di attuazione

- Misure da attuarsi entro la fine del 2013 e da reiterare negli anni successivi.

Impatto economico

- Riduzione dei risarcimenti da responsabilità degli operatori sanitari

Responsabile del procedimento attuativo

- AREA GIURIDICO NORMATIVA ISTITUZIONALE

Intervento 18.4: Implementazione e monitoraggio della Raccomandazione per la sicurezza nella terapia oncologica

A causa della elevata tossicità dei farmaci antineoplastici e del loro basso indice terapeutico, gli errori in corso di terapia oncologica determinano danni molto gravi anche alle dosi approvate. Pertanto, è necessario avere a disposizione indicazioni, condivise ed uniformi su tutto il territorio nazionale, mirate alla prevenzione di tali errori.

La presente Raccomandazione è un riferimento per gli operatori sanitari coinvolti nella gestione dei farmaci antineoplastici e nell'informazione al paziente circa gli obiettivi di salute e i benefici

attesi dai trattamenti. Un'informazione corretta e completa rappresenta lo strumento cardine di un'alleanza terapeutica strategica al fine di garantire la qualità e la sicurezza delle cure.

Risultati Programmati

Al fine di implementare al meglio la raccomandazione in questione, si prevede di:

- assegnare ai Direttori Generali delle Aziende del SSR un obiettivo specifico legato all'implementazione della raccomandazione in questione;
- istituire un Gruppo di Lavoro (composto da alcuni risk manager delle Aziende del SSR) per adottare uniformi direttive circa l'implementazione della raccomandazione in questione ed assicurare il monitoraggio sull'effettiva e puntuale osservanza della stessa da parte di tutte le Aziende del SSR;
- introdurre specifici percorsi formativi rivolti agli operatori del SSR, secondo le modalità individuate *sub* intervento 1.8.4.
- configurazione del rispetto della raccomandazione quale condizione necessaria per la conservazione del titolo autorizzativo e di accreditamento per i privati autorizzati all'esercizio e per quelli accreditati;

Indicatori di risultato

- Drastica riduzione degli errori in corso di terapia oncologica

Cronoprogramma di attuazione

- 1 anno

Impatto economico

- Riduzione dei risarcimenti legati a casi di errore in corso di terapia oncologica

Responsabile del procedimento attuativo

- AREA GIURIDICO NORMATIVA ISTITUZIONALE

Proposta PC

Intervento 18.5: Previsione dell'inserimento dell'implementazione dei documenti ministeriali sulla qualità e sicurezza dei pazienti (Raccomandazioni, Manuale per la sicurezza in Sala Operatoria) tra i criteri di valutazione dei D.G.

cfr. interventi sub 4.18.1, 4.18.2, 4.18.3, 4.18.4.

Risultati Programmati

- Inserire quale obiettivo dei Direttori Generali delle Aziende del SSR la puntuale osservanza dei documenti ministeriali sulla qualità e sicurezza dei pazienti.
- Indicatori di risultato Drastica riduzione degli errori in corso di terapia oncologica
- Assegnazione ai DG del relativo obiettivo

Cronoprogramma di attuazione

- Tempo di adozione del provvedimento di assegnazione degli obiettivi

Impatto economico

- Riduzione dei risarcimenti derivanti da responsabilità degli operatori sanitari

Responsabile del procedimento attuativo

- Area Giuridico Normativa Istituzionale

Proposta PO 2012

5. Area ulteriori manovre regionali

Programma 19: Governo della Mobilità Sanitaria Interregionale

Con il finanziamento dei Servizi Sanitari Regionali basato su un modello di allocazione territoriale delle risorse e l'attribuzione di quote pro-capite per ciascun cittadino residente e con il finanziamento delle strutture erogatrici con corrispettivi unitari per ciascuna prestazione, si è posta la necessità di compensare i costi sostenuti per prestazioni rese a cittadini in ambiti regionali diversi da quelli che hanno ottenuto il finanziamento pro-capite.

La compensazione interregionale della mobilità sanitaria è stata inizialmente regolata dalle note del Ministero della Salute 100/scps/4.4583 del 23 marzo 1994, 100/scps/4.6593 del 9 maggio 1996 e 100/scps/4.344spec. del 28 gennaio 1997. La Conferenza delle Regioni e delle Province autonome e la Commissione Salute hanno approvato in tempi successivi documenti che hanno integrato e modificato le citate note ministeriali.

Le Regioni e Province Autonome assumono annualmente un documento identificato come "Accordo per la disciplina della compensazione interregionale della mobilità sanitaria".

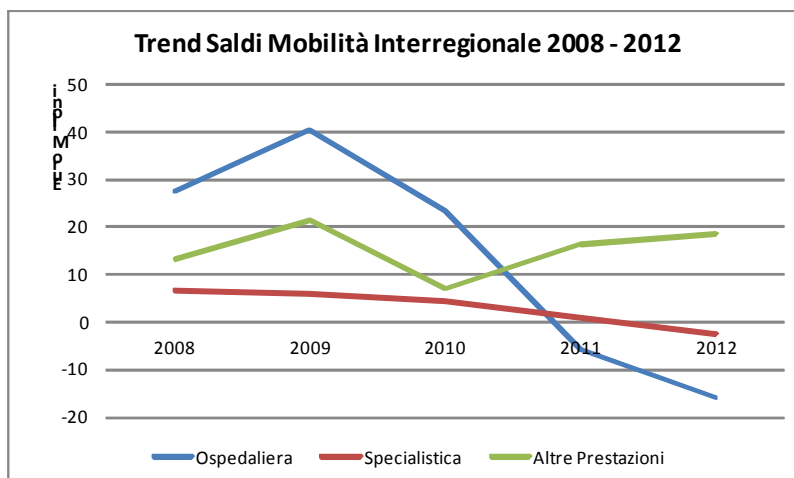
Questo documento, al fine di porre in essere una procedura uniforme, definisce in maniera univoca le prestazioni da porre in compensazione e che devono essere documentate tramite modelli riassuntivi dei dati analitici in formato elettronico delle prestazioni erogate.

Le Prestazioni poste in compensazione interregionale sono le seguenti:

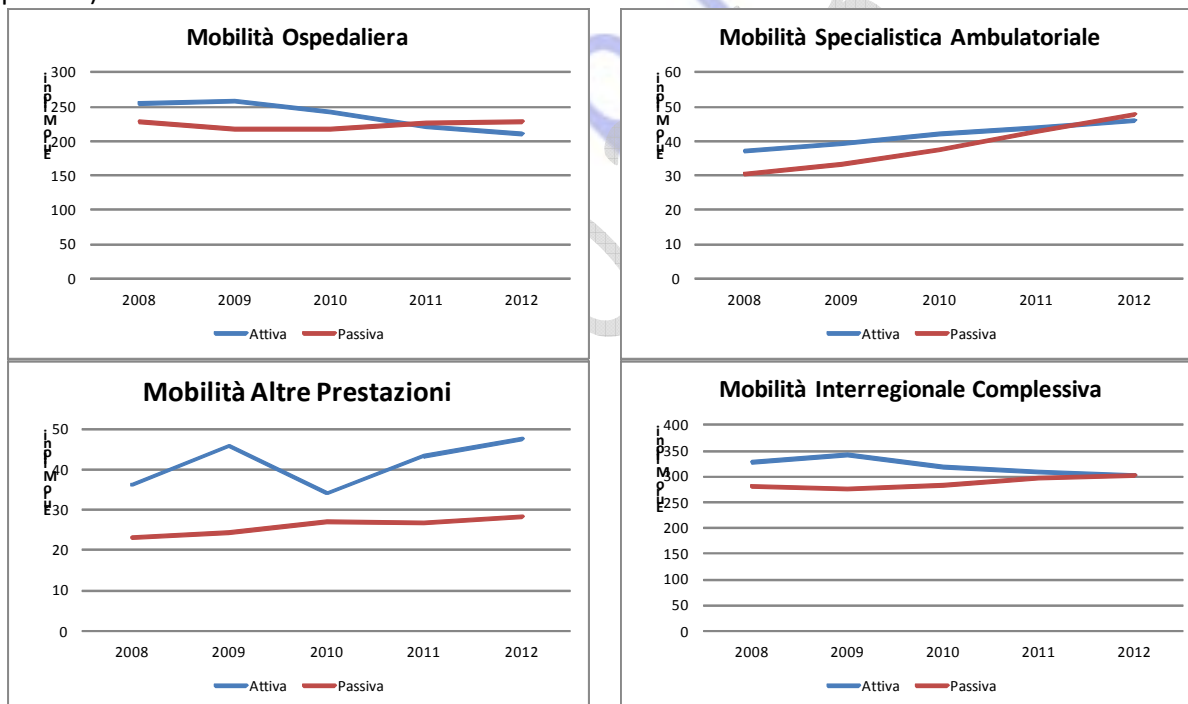
- Ricoveri ospedalieri e day hospital (flusso A)
- Medicina generale (flusso B)
- Specialistica ambulatoriale (flusso C)
- Farmaceutica (flusso D)
- Cure termali (flusso E)
- Somministrazione diretta di farmaci (flusso F)
- Trasporti con ambulanza ed elisoccorso (flusso G)

Intervento 19.1: Accordi di Confine

Gli impegni di contenimento della spesa sanitaria adottati dalla Regione Lazio in adempimento del Piano di Rientro dal debito sanitario hanno determinato nell'arco temporale 2008 – 2012 una progressiva riduzione delle attività assistenziali ospedaliera e specialistico ambulatoriale. Inevitabilmente la contrazione generale di produzione ha inciso sul saldo di mobilità interregionale, che al netto della remunerazione riconoscibile all'Ospedale Bambino Gesù, è passata da un valore complessivo positivo, ad un valore negativo.



In particolare dall'esame di dettaglio dei dati di attività resa e ricevuta in mobilità si evidenzia che ad un trend sostanzialmente in decremento delle prestazioni esportate (mobilità attiva), si affianca un andamento sostanzialmente invariato di quelle ricevute in addebito dalle altre regioni (mobilità passiva).

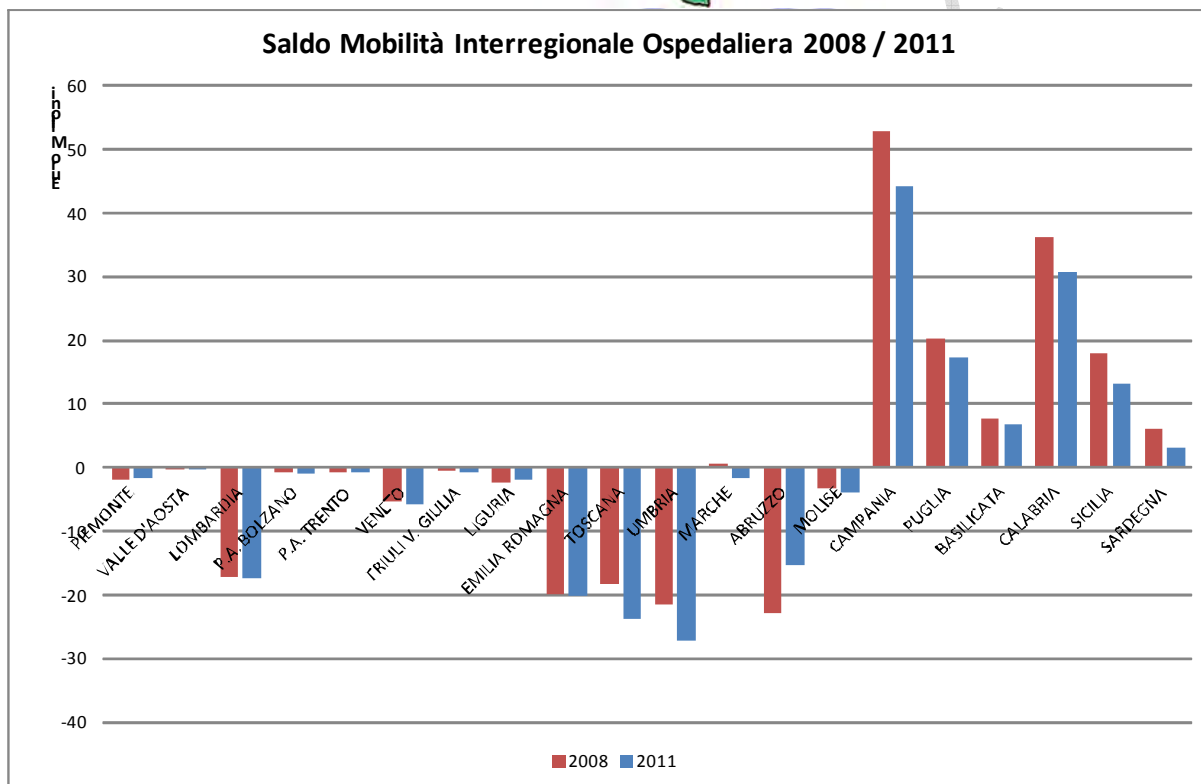


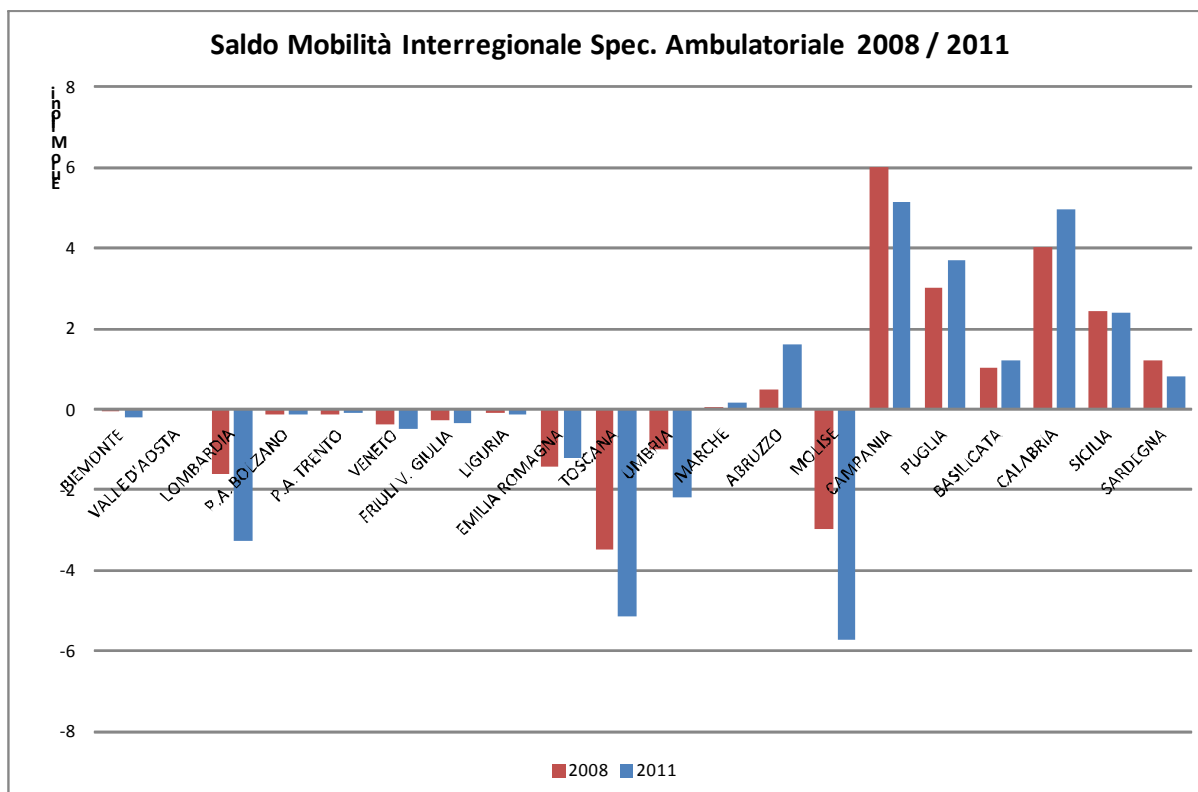
L'attuale andamento del saldo di mobilità interregionale impone pertanto un più stringente governo delle dinamiche collegate al fenomeno della mobilità passiva, e delle prestazioni sanitarie, in particolare per attività ospedaliera e specialistico ambulatoriale, rese dalle altre regioni a cittadini residenti del Lazio.

Volendo analizzare in dettaglio la provenienza delle prestazioni rese a cittadini laziali da altre regioni, si evidenzia che esistono 8 Regioni (sfumature di arancio) che erogano prestazioni sanitarie ai residenti del Lazio, 4 delle quali sono regioni di confine limitrofo.



Saldo Mobilità Interregionale Ospedaliera 2008 / 2011





Con queste regioni, e con le regioni anche non di confine limitrofo, che erogano prestazioni a cittadini non residenti del Lazio, è necessario sottoscrivere degli Accordi di Confine, tesi a contenere le dinamiche di fuoriuscita delle prestazioni sanitarie, operando prioritariamente ed in via preventiva sul governo dell'appropriatezza delle prestazioni rese. Al riguardo la Regione Lazio ha già intrapreso un percorso di confronto con le Regioni di confine, al fine di addivenire alla sottoscrizione di accordi che regolino l'erogazioni delle prestazioni sanitarie in mobilità.

Risulta inoltre opportuno immaginare meccanismi di contenimento delle prestazioni rese in mobilità dalle altre Regioni a cittadini residenti del Lazio, anche mediante la previsione di accordi preventivi sui volumi, sulla tipologia, e sul valore di rimborso delle prestazioni riconoscibile a consuntivo.

Si prevede pertanto, già a partire dall'addebito delle prestazioni dell'anno 2013, di riproporre alle regioni interessate (Abruzzo, Molise, Umbria e Campania) le bozze di accordo di confine predisposto, ottenendone la sottoscrizione.

Si ritiene inoltre necessario predisporre un lavoro simile con le Regioni Lombardia, Veneto, Toscana e Emilia Romagna, che pur non essendo geograficamente limitrofe assumono un ruolo determinante nelle dinamiche delle prestazioni rese in mobilità passiva ai cittadini residenti del Lazio.

Attraverso la sottoscrizione degli accordi di confine, e la definizione di ulteriori regole per il controllo dell'appropriatezza organizzativa e assistenziale delle prestazioni rese in addebito, si ritiene di poter conseguire una riduzione del valore della mobilità passiva dell'anno 2011 del 30% entro gli addebiti dell'anno 2015 (maggio 2016) portando il valore della mobilità passiva a circa 236 mln di Euro annui dal valore dei 296 mln di Euro dell'anno 2011.

Un decremento del valore della mobilità passiva annuale teso al contenimento del saldo di mobilità interregionale a 0, implica un effetto di salvaguardia sul valore del Fondo Sanitario Regionale annualmente assegnato, e quindi un miglioramento delle dinamiche di conseguimento del pareggio di bilancio sanitario.

Risultati Programmati

- Sottoscrizione degli Accordi di confine con le Regioni maggiori erogatrici di prestazioni sanitarie a cittadini residenti del Lazio

Indicatori di risultato

- Sottoscrizione degli Accordi
- Riduzione del valore in addebito della mobilità passiva interregionale del 20% nel triennio 2013-2015.

Cronoprogramma di attuazione

- Rappresentazione per la sottoscrizione delle bozze di Accordo di Confine alle Regioni Abruzzo, Molise, Campania e Umbria entro il 30 marzo 2013;
- Rappresentazione per la sottoscrizione delle bozze di Accordo di Confine alle Regioni: Lombardia, Veneto, Emilia Romagna e Toscana entro il 30 aprile 2013.
- Rappresentazione al Coordinamento della Mobilità Interregionale, in sede di approvazione del Testo Unico per gli addebiti di mobilità interregionale dell'anno 2013, di ulteriori meccanismi di controllo e verifica dell'appropriatezza organizzativa e assistenziale delle prestazioni rese in mobilità.

Responsabile del procedimento attuativo

- Area Programmazione Strategica – Referente Regionale della Mobilità Interregionale.

Programma 20: Misure di compartecipazione alla spesa sanitaria regionale.

Intervento 20.1 – Compartecipazione sulle prestazioni di specialistica ambulatoriale.

Con l'art. 17, comma 6 della legge 15 luglio 2011, n. 111 (Legge di stabilità) è stato riattivato il disposto dell'art. 1, comma 796, lettera p), primo periodo, della legge 27 dicembre 2006, n. 296 concernente l'applicazione di una quota fissa per ricetta pari a 10 euro per le prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale, aggiuntiva rispetto a quelle eventualmente in vigore presso le singole regioni, e alla quota di ticket nazionale pari a 36,15 Euro sulle ricette aventi valore complessivo superiore a 36 Euro.

La Regione Lazio si è adeguata al disposto della normativa nazionale riattivando la suddetta compartecipazione nelle modalità previste dalla legge di stabilità.

La riattivazione del detto contributo a ricetta si è sovrapposta alla forma di compartecipazione regionale pre-esistente, di 4,00 5,00 e 15,00 Euro per ricetta, già introdotta sulle prestazioni di specialistica ambulatoriale con Decreto del Commissario ad acta n. 42 del 2008.

La lettera p-bis) punti 1 e 2 dell'art. 1, comma 796, della legge 27 dicembre 2006, n. 296, pure riattivata dalla sopracitata legge 111/2011, prevede tuttavia che le Regioni possano procedere ad una rimodulazione della manovra di compartecipazione previo concordamento con il Ministero delle Finanze, ovvero previa approvazione da parte del Tavolo di Verifica per gli adempimenti, ed a patto che la stessa risulti equivalente in termini di gettito garantito alla manovra nazionale.

A tale riguardo, i Ministeri della Salute e delle Finanze, hanno emanato un Decreto Interministeriale, nel quale, attraverso i dati di attività in possesso dell'archivio Tessera Sanitaria, hanno calcolato i livelli attesi di gettito per singola regione.

Il vigente assetto compartecipativo della Regione, derivato dalla sovrapposizione della manovra nazionale del 2011 al DCA 42/2008, potrebbe pertanto essere rimodulato al fine di renderlo maggiormente equo ed efficace all'ottenimento del gettito atteso e preventivato.

Con il presente intervento si propone pertanto una completa ridefinizione del sistema di compartecipazione alla spesa specialistica ambulatoriale, basata sull'individuazione di un contributo articolato per fasce progressive di rimborso tariffario, mediante l'attivazione della procedura di cui alla lettera p-bis) punti 1 e 2 dell'art. 1, comma 796, della legge 27 dicembre 2006, n. 296.

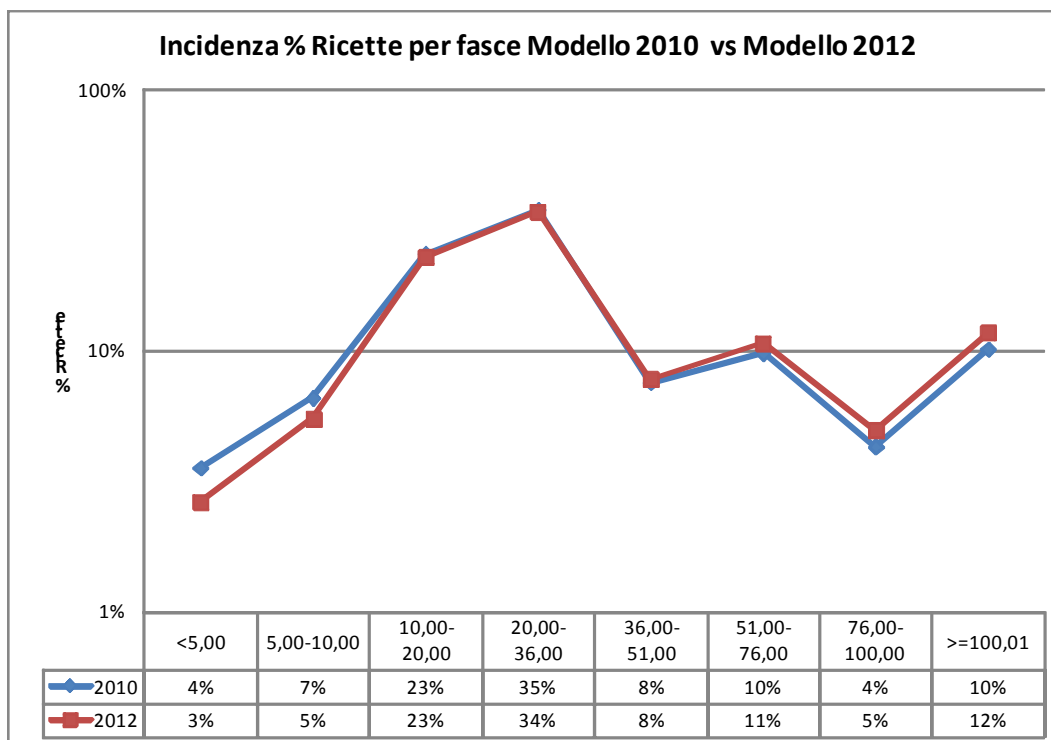
In base all'osservazione dei dati di attività degli anni 2010 e 2011 è stato possibile formulare la seguente struttura alternativa di compartecipazione:

Classe importo	Quota fissa modello (35% media pond. fascia)
<5	-
5-10	€ 3,00
11-20	€ 5,00
20-36	€ 10,00
36-51	€ 15,00
51-76	€ 25,00
76-100	€ 30,00
>=100,01	€ 35,00

Applicando il suddetto modello compartecipativo ai dati di attività del 2010 (vigendo solo la quota prevista dal DCA 42/2008) e ai dati di attività dell'anno 2012 (vigendo sia il contributo di cui al DCA 42/2008 che la quota fissa dei 10 Euro) si evidenziano gli effetti distorsivi sull'offerta di prestazioni di specialistica ambulatoriale indotta dal modello di compartecipazione attualmente vigente.

Classe Importo	Quota fissa modello (35% media pond. fascia)	N. di Ricette 2010	N. di Ricette 2012	Δ N. Ricette	% Riduzione Ricette
<5,00	0	258.714	146.435	- 112.279	-43%
5,00-10,00	€ 3,00	479.045	304.984	- 174.061	-36%
10,00-20,00	€ 5,00	1.710.005	1.273.168	- 436.837	-26%
20,00-36,00	€ 10,00	2.528.689	1.900.454	- 628.235	-25%
36,00-51,00	€ 15,00	547.894	434.191	- 113.703	-21%
51,00-76,00	€ 25,00	711.387	593.992	- 117.395	-17%
76,00-100,00	€ 30,00	311.947	275.912	- 36.035	-12%
>=100,01	€ 35,00	736.878	650.761	- 86.117	-12%
Totale		7.284.559	5.579.897	- 1.704.662	-23%

Valutando, per gli stessi anni, le percentuali di incidenza delle prestazioni rese per fasce di valore tariffario, risulta evidente che tra il 2010 e il 2012 si è ridotto fortemente il numero delle prestazioni rese a più basso valore di rimborso tariffario, mentre sono incrementate le prestazioni a più alto valore di rimborso. Complessivamente dal confronto fra i due esercizi, si evidenzia una riduzione del numero di ricette pari a c.a 1,7 mln, con una contrazione percentuale del 23%. Nel grafico che segue si evidenziano i fenomeni discorsivi dell'offerta sopra descritti.



Prendendo invece a riferimento i valori delle ricette contenuti nel decreto interministeriale 26 luglio 2011 di applicazione della lettera p)bis, derivanti dal valore osservato dal sistema tessera sanitaria si ha la seguente previsione di gettito.

Classe importo	VOLUME TOTALE RICETTE Decreto 26 luglio 2011	Quota fissa modello (35% media pond. fascia)	Gerrito Annuo
<5	338.179	0	-
5-10	626.186	€ 3,00	1.878.558,00
11-20	2.235.241	€ 5,00	11.176.205,00
20-36	3.305.388	€ 10,00	33.053.880,00
36-51	716.182	€ 15,00	10.742.730,00
51-76	929.893	€ 25,00	23.247.325,00
76-100	407.763	€ 30,00	12.232.890,00
>=100,01	963.214	€ 35,00	33.712.490,00
	9.522.046		126.044.078,00

Al riguardo si precisa che il numero delle ricette stimate nella valorizzazione del gettito contenuta nel decreto interministeriale del 26 luglio 2011, pari per il Lazio a 9.522.046, comprende anche una stima delle ricette prescritte per prestazioni di specialistica interna ospedaliera, per le prestazioni erogate in pronto soccorso e per le prestazioni erogate in accesso diretto (per la Regione Lazio è stimato il valore di queste ricette in 2.586.155).

Come evidenziato, il sistema attuale di compartecipazione ha provocato una riduzione significativa delle prestazioni rese in regime di convenzionamento, in quanto il costo della prestazione resa fuori dal SSR, poteva risultare al cittadino più conveniente rispetto al valore della compartecipazione richiesta in regime di convenzionamento per effetto della semplice sovrapposizione della manovra regionale di cui al DCA 42/2008 e della compartecipazione re-introdotta a livello nazionale dalla legge 111/2011.

Un sistema di compartecipazione basato invece su una rimodulazione per fasce progressive di contributo, con abolizione del DCA 42/2008, può recuperare prestazioni al regime di convenzionamento, aumentando il numero di ricette esitate, risultando contemporaneamente più equo e sostenibile per il cittadino, e più efficace per il Sistema Sanitario regionale in termini di effettiva contribuzione alla spesa.

Considerando che il gettito richiesto dal Decreto Interministeriale del 26 luglio 2011, risulta per la Regione Lazio pari a 95,2 mln e che il gettito reale assicurato dall'attuale modello di compartecipazione alla spesa per le prestazioni di specialistica ambulatoriale per l'anno 2012 è risultato pari a 80,4 mln, la rimodulazione proposta risulta più che sufficiente a garantire il gettito preventivato. Si stima pertanto che la presente manovra potrà comportare almeno il conseguimento del gettito preventivato dal Decreto Interministeriale del 26 luglio 2011, con un incremento rispetto al gettito 2012 di circa 16 mln di Euro, con un numero di ricette esitate almeno pari a quelle dell'anno 2010, ossia prima che fosse riattivato l'ulteriore contributo dei 10 rispetto a quello previsto dal DCA 42/2008. La manovra prevede per il 2013 un risparmio quantificato in 12 mln di euro (partenza manovra da aprile 2013).

Classe importo	VOLUME TOTALE RICETTE 2010	Quota fissa modello (35% media pond. fascia)	Gettito Annuo
<5	258.714	0	-
5-10	479.045	€ 3,00	1.437.135,00
11-20	1.710.005	€ 5,00	8.550.025,00
20-36	2.528.689	€ 10,00	25.286.890,00
36-51	547.894	€ 15,00	8.218.410,00
51-76	711.387	€ 25,00	17.784.675,00
76-100	311.947	€ 30,00	9.358.410,00
>=100,01	736.878	€ 35,00	25.790.730,00
	7.284.559		96.426.275,00

Risultati Programmati

- Rimodulazione della compartecipazione alla spesa per prestazioni di specialistica ambulatoriale attraverso l'adozione di un modello compartecipativo più equo ed efficace, basato su una modulazione del contributo per fasce progressive di rimborso. Ottenimento del livello del gettito atteso dal Decreto Interministeriale 26 luglio 2011, applicativo della procedura prevista alla lettera p-bis) punti 1 e 2 dell'art. 1, comma 796, della legge 27 dicembre 2006, n. 296.

Indicatori di risultato

- Adozione del Provvedimento di rimodulazione del sistema di compartecipazione alle prestazioni di specialisti ambulatoriale.

Cronoprogramma di attuazione

- Predisposizione di una proposta di provvedimento di rimodulazione da adottarsi in base a quanto previsto dalla lettera p-bis) punti 1 e 2 dell'art. 1, comma 796, della legge 27 dicembre 2006, n. 296, entro il 15 marzo 2013.
- Attivazione della procedura prevista dalla lettera p-bis) punti 1 e 2 dell'art. 1, comma 796, della legge 27 dicembre 2006, n. 296, per la valutazione della manovra proposta dalla Regione da parte del Ministero della Salute e dal Tavolo di Verifica per gli adempimenti di Piano di Rientro entro il 15 aprile 2013.
- Adozione del provvedimento di rimodulazione della compartecipazione in esito alla valutazione della proposta di provvedimento entro il 30 aprile 2013.

Responsabile del procedimento attuativo

- Area Programmazione Strategica – Referente Regionale della Mobilità Interregionale.

Intervento 20.2 – Ulteriori Manovre nazionali di compartecipazione alla spesa sanitaria.

L'art. 17 del DL 98/2011 convertito con legge di modificazione 111/2011, prevede a partire dall'anno 2014, l'introduzione, a livello nazionale, di nuove manovre di compartecipazione alla spesa sanitaria per prestazioni farmaceutiche e per altre prestazioni, stimando un gettito complessivo pari ad 2,18 miliardi di Euro.

Ai fini di una corretta valutazione del tendenziale economico della Regione Lazio, per gli anni 2014 e 2015, è opportuno quindi formulare una previsione di maggior gettito da compartecipazione alla spesa sanitaria. La previsione, come nel caso delle manovre di contenimento della spesa, è formulata utilizzando a riferimento la percentuale di quota d'accesso al Fondo Sanitario nazionale della Regione, pari, prudentemente al 9,2%.

Si ritiene pertanto, che ove sia confermata a livello nazionale l'introduzione di nuove forme di compartecipazione alla spesa sanitaria, la Regione Lazio, debba attendersi a partire dall'annualità 2014 un maggior introito pari ad Euro **200 mln** circa. Si ritiene inoltre che lo stesso sia destinato a ridursi a partire dagli esercizi successivi per effetto delle dinamiche di contrazione della domanda potenziale indotte dalla presenza di una compartecipazione al consumo.

Risultati Programmati

- Attuazione della norma nazionale prevista all'art. 17 del DL 98/2011, così come convertito dalla Legge 111/2011, concernente l'introduzione di nuove forme nazionali di compartecipazione alla spesa sanitaria a partire dall'anno 2014.

Indicatori di risultato

- Adozione degli atti richiesti dalla normativa nazionale di dettaglio.
- Monitoraggio del maggior introito assicurato.

Cronoprogramma di attuazione

- Adozione degli atti necessari alla piena attuazione della normativa nazionale di dettaglio entro il 31 dicembre 2013.

Responsabile del procedimento attuativo

- Area Programmazione Strategica – Referente Regionale della Mobilità Interregionale.

Programma 21: Investimenti sanitari.

Come previsto dall'art. 25 del D.Lgs 118/2011, la Regione Lazio ha provveduto a richiedere alle Aziende Sanitarie il piano degli investimenti triennali nell'ambito della procedura di adozione dei bilanci di previsione per l'anno 2013. I piani presentati dalle Aziende saranno valutati dagli uffici regionali, al fine di approvare la programmazione degli investimenti attesa per il prossimo triennio. Nella costruzione dei tendenziali economici del prossimo triennio, si è ipotizzato di affrontare investimenti per una quota pari a 60 mln di Euro annui, in riduzione rispetto al dato 2012 ricognito di circa 20 mln annui.

Dall'esercizio 2010, la Regione provvede alla copertura finanziaria integrale degli ammortamenti annuali, finanziando pertanto anche le quote di ammortamento relative ad investimenti fatti con finanziamento diverso da quello specifico (finanziamento mediante risorse correnti).

Si ritiene pertanto che il fondo di ammortamento costituito dal 2010 in poi, alimentato da una copertura annua non inferiore ai 60 mln, abbia la consistenza finanziaria adeguata ad affrontare un triennio di ricostituzione del capitale in autofinanziamento.

La presente impostazione sembra inoltre trovare conforto nella recente modifica apportata dalla Legge 228/2012 alle modalità di contabilizzazione degli ammortamenti derivanti da investimenti effettuati con risorse correnti. La norma infatti prevede che fino all'esercizio 2016, i suddetti ammortamenti partecipino al risultato di esercizio delle aziende secondo specifiche aliquote annuali, e che pertanto agli stessi venga assicurata la consueta copertura finanziaria.

Si ipotizza pertanto che in ragione di una quota di 35 mln di Euro annui sino al 2015, si possa prevedere uno specifico finanziamento regionale agli investimenti programmati (pari a 60 mln di euro annui), riducendo di conseguenza, secondo il piano di sviluppo, l'entità degli ammortamenti portati a costo tendenziale nei singoli esercizi, ed aumentando la valorizzazione dei costi capitalizzati.

Si riporta di seguito la tabella relativa alla valorizzazione prospettica dell'impatto degli ammortamenti secondo le modalità di contabilizzazione così come riviste a seguito della legge 228/2012, con riferimento ad un investimento annuo di 60 mln, secondo le ipotesi fatte nella costruzione del tendenziale (assenza di uno specifico finanziamento regionale).

		Anno 2013	Anno 2014	Anno 2015
A= a1+a2	Ammortamenti e costi capitalizzati rilevati nel CE Consuntivo 2011:	61.296	50.479	28.845
a1	Ammortamenti e Costi Capitalizzati - Valore CE Consuntivo 2011	72.113	72.113	72.113
a2	Riduzione per immobilizzazioni il cui periodo di ammortamento è terminato*	-10.816	-21.633	-43.267
B= b1+b2+b3+b4	Incremento degli ammortamenti per cespiti finanziati con risorse correnti 2012-2013-2014-2015:	40.000	76.000	100.000
b1	Ammortamento al 20% per Cespiti acquistati con contributi c/esercizio 2012 (valore totale ca 80 €/mln) **	16.000	16.000	16.000
b2	Ammortamento al 40% per Cespiti acquistati con contributi c/esercizio 2013 (valore totale ca 60 €/mln) **	24.000	24.000	12.000
b3	Ammortamento al 60% per Cespiti acquistati con contributi c/esercizio 2014 (valore totale ca 60 €/mln) **		36.000	24.000
b4	Ammortamento al 80% per Cespiti acquistati con contributi c/esercizio 2015 (valore totale ca 60 €/mln) **			48.000
A+B	Ammortamenti e Costi Capitalizzati - Stima tendenziale	101.296	126.479	128.845

Si riporta inoltre la tabella prevede con la previsione di una contribuzione Regionale al livello degli investimenti programmati, di 35 mln di Euro annui, al fine di valorizzare l'effetto indotto sugli oneri di ammortamento.

		Anno 2013	Anno 2014	Anno 2015
A= a1+a2	Ammortamenti e costi capitalizzati rilevati nel CE Consuntivo 2011:	61.297	50.480	28.846
a1	Ammortamenti e Costi Capitalizzati - Valore CE Consuntivo 2011	72.113	72.113	72.113
a2	Riduzione per immobilizzazioni il cui periodo di ammortamento è terminato*		-10.816	-43.267
B= b1+b2+b3+b4	Incremento degli ammortamenti per cespiti finanziati con risorse correnti 2012-2013-2014-2015:	Investimenti	Fin. Regione	Fin. FSR
b1	Ammortamento al 20% per Cespiti acquistati con contributi c/esercizio 2012 (valore totale ca 80 €/mln) **	16.000	16.000	16.000
b2	Ammortamento al 40% per Cespiti acquistati con contributi c/esercizio 2013 (valore totale ca 60 €/mln) **	60.000	35.000	25.000
b3	Ammortamento al 60% per Cespiti acquistati con contributi c/esercizio 2014 (valore totale ca 60 €/mln) **	60.000	35.000	25.000
b4	Ammortamento al 80% per Cespiti acquistati con contributi c/esercizio 2015 (valore totale ca 60 €/mln) **	60.000	35.000	25.000
A+B	Ammortamenti e Costi Capitalizzati - Stima tendenziale	87.297	85.480	85.846

Come si evince dal confronto delle tabelle, la previsione di un finanziamento regionale specifico, riduce l'impatto economico annuo degli ammortamenti, secondo la seguente progressione.

Riduzione degli oneri da Amm.to	2013	2014	2015
	-13.999	-40.999	-42.999

L'intervento determinerebbe un effetto di contenimento dei costi, e quindi una manovra di riduzione del disavanzo rispettivamente di circa 14, 41 e 43 mln di Euro rispettivamente nel 2013 nel 2014 e nel 2015.

A supporto della manovra individuata vi è inoltre da rilevare che la Regione con propria nota prot. 217121 del 22.11.2012, ha dato precise indicazioni alle Aziende del SSR per l'immediata l'interruzione di ogni investimento non specificamente finanziato e imputato su spesa corrente, al fine di contenere al massimo il sostenimento di investimenti non finanziati. Peraltro, le modalità di ammortamento previste dalla norma, così come modificata dalla Legge 228/2012, perseguono comunque una finalità di dissuasione dal ricorso al finanziamento corrente per gli investimenti, prevedendo modalità comunque accelerate e più onerose di ammortamento annuo.

Pertanto accanto alla previsione di uno specifico finanziamento regionale annuale minimo, da dedicare agli investimenti, dovrà permanere un'azione di controllo e contenimento Regionale sulle attività d'investimento attuate dalle aziende sanitarie mediante il ricorso a finanziamento corrente.

Per il presente intervento, essendo la sua attuazione subordinata alla previsione di uno specifico finanziamento da parte del Bilancio Regionale, pur essendo individuata una valorizzazione economia di riduzione delle spesa, la stessa non è considerata tra le manovre di contenimento del disavanzo programmatico nel triennio prospettico.

RISULTATI PROGRAMMATI

- Contenimento degli investimenti sanitari finanziati mediante risorse correnti, in considerazione del maggior impatto economico da questi indotti sui risultati di esercizio, in virtù dell'innovata modalità di contabilizzazione degli ammortamenti introdotta a seguito della legge 228/2012.
- Previsione di uno specifico fondo Regionale di finanziamento degli investimenti da sostenersi nel triennio, pari a 35 mln di Euro annui.

INDICATORI DI RISULTATO

- Riduzione della quota di investimento annualmente operata dalle aziende con risorse correnti.
- Conseguenziale riduzione delle quote di ammortamento, rispetto al valore tendenziale.

CRONOPROGRAMMA DI ATTUAZIONE

- Adozione di specifiche direttive contabili e gestionali rivolte alle aziende sanitarie, per il controllo e il contenimento degli investimenti operati con risorse correnti.
- Adozione del Programma degli investimenti triennale, proposto con il Bilancio di Previsione 2013, previa verifica di coerenza con la programmazione regionale individuata nei presenti programmi operativi.
- Stanziamento di un fondo regionale destinato al finanziamento degli investimenti, dell'ammontare di 35 mln di Euro annui.
- Attivazione di una procedura di monitoraggio standard per la valutazione in corso e a consuntivo del valore annuo degli investimenti operati dalle aziende sia mediante il ricorso a finanziamenti specifici che utilizzando fondi correnti.

RESPONSABILE DEL PROCEDIMENTO ATTUATIVO

- Direzione Programmazione e Risorse del Sistema Sanitario Regionale – Area Investimenti.

6. Allegati

Allegato 1: Risultati della ricognizione sui posti letto per acuti attivi all'1-1-2013.

Nel mese di febbraio 2013, su richiesta della Direzione Programmazione e Risorse del SSR, i Direttori Generali delle Aziende Sanitarie Locali, delle Aziende Ospedaliere pubbliche, degli Ospedali Classificati e dei Policlinici universitari pubblici e privati hanno comunicato, per ciascun presidio ospedaliero, il numero di posti letto per acuti attivi al 1.1.2013, distinti per disciplina e regime (ordinario e DH).

Le tabelle seguenti riportano i risultati dell'indagine stratificati per macroarea e per disciplina; ai presidi ospedalieri privati sono stati attribuiti i posti letto previsti dal DCA 80/2010 e ss.mm.ii. e come tali accreditati.

Nella tabella 1 sono presentati i posti letto (PL) per acuti per Macroarea, inclusa la stima del rapporto PL per 1.000 abitanti.

Tabella 1. Distribuzione dei PL per Macroarea: confronto DCA 80/2010 vs. ricognizione 2013

Macroarea	DCA 80/2010 e ss.mm.ii.				Ricognizione PL attivi 1.1.2013				Differenza Attivi 2013 - DCA 80/2010			
	PL ORD	PL DH	Total e PL	PL per 1.000 res.	PL ORD	PL DH	Totale PL	PL per 1.000 res.	PL OR D	PL DH	Totale PL	PL per 1.000 res.
1	3.111	391	3.502	2,44	2.990	447	3.437	2,40	- 121	56	-65	-0,04
2	4.236	600	4.836	3,13	3.976	665	4.641	3,01	- 260	65	-195	-0,12
3	3.461	479	3.940	3,05	3.258	479	3.737	2,89	- 203	0	-203	-0,16
4	5.137	657	5.794	4,50	4.870	625	5.495	4,27	- 267	-32	-299	-0,23
Totale	15.945	2.127	18.072	3,25	15.094	2.216	17.310	3,12	- 851	89	-762	-0,13

La dotazione dichiarata dai DD.GG. è pari 17.310 con un rapporto per la regione di 3,12 per 1.000. Per quanto riguarda le macroaree, la Macroarea 1 e 3 si collocano sotto lo standard previsto dalla L. 135/2012, la Macroarea 2 è sostanzialmente in linea allo standard, mentre la Macroarea 4 mostra un valore del 37% superiore a quello medio regionale.

Rispetto ai dati dei posti letto programmati dal DCA/80 e ss.mm.ii., si osserva un numero inferiore di posti letto per acuti (- 851) ed un aumento di quelli in regime diurno (+89).

Se si confrontano i rapporti per 1.000 ab., la Macroarea 3 passa da un valore sensibilmente superiore (DCA 80/2010) ad uno sensibilmente inferiore allo standard, mentre la Macroarea 4

riduce il suo eccesso di offerta (-0,23 PL/1000 ab.) in misura maggiore rispetto alle altre macroaree, in particolare rispetto alla Macroarea 1 che ha la dotazione più bassa di posti letto (-0,04 PL /1000 ab.).

Nella Tabella 2 sono mostrati i posti letto dichiarati dai DD.GG per disciplina.

Copia
Proposta PO 2013-2015

Tabella 2 - Posti letto per acuti attivi al 1-1-2013 da comunicazione dei DD.GG. per disciplina

Descrizione disciplina	DCA 80/2010 e ss.mm.ii.			PL attivi 1.1.2013			Differenza attivi 2013-DCA 80		
	PL ORD	PL DH	Totale	ORD	DH	Totale	ORD	DH	Totale
Allergologia	0	8	8	0	7	7	0	-1	-1
Day Hospital	0	88	88	12	95	107	12	7	19
Angiologia	18	27	45	20	27	47	2	0	2
Cardiochirurgia	170	0	170	194	0	194	24	0	24
Cardiologia	754	34	788	731	35	766	-23	1	-22
Chirurgia Generale	2326	178	2504	2.197	183	2.380	-129	5	-124
Chirurgia Maxillo Facciale	54	4	58	61	6	67	7	2	9
Chirurgia Pediatrica	36	6	42	36	6	42	0	0	0
Chirurgia Plastica	100	22	122	101	23	124	1	1	2
Chirurgia Toracica	85	0	85	124	0	124	39	0	39
Chirurgia Vascolare	236	14	250	214	13	227	-22	-1	-23
Ematologia	176	71	247	200	94	294	24	23	47
M. Endocrine del Ricambio e Nutriz	92	39	131	67	37	104	-25	-2	-27
Immunologia	16	11	27	16	11	27	0	0	0
Geriatria	267	44	311	242	30	272	-25	-14	-39
Malattie Infettive e Tropicali	367	49	416	356	49	405	-11	0	-11
Medicina Del Lavoro	0	1	1	0	0	0	0	-1	-1
Medicina Generale	3176	238	3414	2.862	242	3.104	-314	4	-310
Nefrologia	172	33	205	162	28	190	-10	-5	-15
Neurochirurgia	232	1	233	247	1	248	15	0	15
Neurologia	238	39	277	274	38	312	36	-1	35
Neuropsichiatria Infantile	20	24	44	32	32	64	12	8	20
Oculistica	116	88	204	121	86	207	5	-2	3
Odontoiatria e Stomatologia	21	13	34	12	10	22	-9	-3	-12
Ortopedia e Traumatologia	1739	164	1903	1.644	161	1.805	-95	-3	-98
Ostetricia e Ginecologia	1299	144	1443	1.264	138	1.402	-35	-6	-41
Otorinolaringoiatria	330	64	394	309	58	367	-21	-6	-27
Pediatria	295	35	330	283	40	323	-12	5	-7
Psichiatria	369	44	413	279	32	311	-90	-12	-102
Urologia	507	56	563	473	50	523	-34	-6	-40
Grandi Ustionati	24	0	24	14	0	14	-10	0	-10
Nefrologia (Trapianto Rene)	57	1	58	43	1	44	-14	0	-14
Terapia Intensiva	533	0	533	496	0	496	-37	0	-37
Unita` Coronarica	252	0	252	248	0	248	-4	0	-4
Astanteria/Breve Oss./Med. d'Urgenza	321	0	321	369	0	369	48	0	48

Dermatologia	137	52	189	132	51	183	-5	-1	-6
Gastroenterologia	156	33	189	159	25	184	3	-8	-5
Medicina Nucleare	0	0	0	3	0	3	3	0	3
Neonatologia	236	0	236	254	0	254	18	0	18
Oncologia	366	314	680	376	341	717	10	27	37
Oncoematologia Pediatrica	10	4	14	11	5	16	1	1	2
Oncoematologia	52	8	60	20	9	29	-32	1	-31
Pneumologia	254	38	292	234	34	268	-20	-4	-24
Reumatologia	47	11	58	42	9	51	-5	-2	-7
Terapia Intensiva Neonatale	142	0	142	91	0	91	-51	0	-51
Neurochirurgia Pediatrica	14	0	14	14	0	14	0	0	0
Nefrologia Pediatrica	2	0	2	2	0	2	0	0	0
Detenuti	35	1	36	35	1	36	0	0	0
Day Surgery	0	126	126	0	205	205	0	79	79
Stroke Unit	96	0	96	18	0	18	-78	0	-78
Cure Palliative	0	0	0	0	3	3	0	3	3
TOTALE	15.945	2.127	18.072	15.094	2.216	17.310	-851	89	-762

Per la gran parte delle discipline i posti letto per acuti attivi dichiarati risultano inferiori a quelli programmati dal DCA 80/2010, a volte in misura considerevole e per reparti che hanno un ruolo significativo – a valle dei Pronto Soccorso – nella recettività al ricovero per pazienti provenienti dalle aree d'emergenza/urgenza, in particolare: medicina generale (-314), chirurgia generale (-129), psichiatria (-102), ortopedia (-98) e le aree di intensiva (es. TIN -51, Rianimazione -37, Stroke Unit -78).

Per altre specialità, invece, i PL attivi risultano superiori a quelli previsti, anche se in misura minore e complessivamente contenuta (es. ematologia +47, chirurgia toracica +39, cardiocirurgia +24).

E' necessario un approfondimento dei risultati di questa ricognizione con le singole Direzioni aziendali, attraverso una serie di incontri mirati che – oltre a confermare i dati – dovranno accertare le motivazioni alla base degli scostamenti più significativi (criticità strutturali, organizzative, di personale, etc.) e la loro possibilità di risoluzione nell'ottica delle azioni di rimodulazione della rete ospedaliera previste o in itinere.

Allegato 2: Linee di indirizzo per la qualificazione della rete ospedaliera e territoriale nella Regione Lazio

Premessa

Nel documento sono presentate le linee di indirizzo per la qualificazione della rete ospedaliera e territoriale da svilupparsi nel triennio 2013-2015, ai sensi dell'art. 5 della Legge n.135/2012 e tenuto conto delle indicazioni contenute nella Bozza di Decreto di Regolamento recante "Definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera".

Gli obiettivi fissati dalla Legge 135/2012 (*spending review*), da raggiungere nel triennio 2013-2015, sono:

tasso di ospedalizzazione 160 per 1.000 abitanti con il 25% di ricoveri in DH;
numero di posti letto per 1.000 residenti pari a 3,7 (di cui 0,7 per la riabilitazione e lungodegenza);
riduzione di posti letto "esclusivamente attraverso la soppressione di unità operative complesse";
riduzione dell'offerta di posti letto almeno per il 50% nelle strutture di ricovero pubbliche;
verifica, sotto il profilo assistenziale e gestionale, della funzionalità delle piccole strutture ospedaliere pubbliche;
passaggio dal ricovero ordinario al ricovero diurno e dal ricovero diurno all'assistenza in regime ambulatoriale, favorendo l'assistenza residenziale e domiciliare;
rispondenza fra offerta e fabbisogno in ambito di riabilitazione e lungodegenza;
qualificazione dell'offerta territoriale.

Accanto agli obiettivi fissati dalla L. 135/2012 nella Bozza di Decreto vengono indicati ulteriori requisiti da soddisfare:

- aderenza da parte delle strutture pubbliche agli standard sulle UOS e UOC approvati nella seduta del 26 marzo 2012 dal Comitato ex art.9 dell'Intesa Stato Regioni del 23 marzo 2005;
- organizzazione del Sistema dell'emergenza secondo livelli gerarchici di complessità delle strutture ospedaliere (presidi di base, DEA I e DEA II);
- adeguamento dell'offerta, a partire da parametri di efficienza operativa standard, distribuita per specialità secondo la tabella di cui al punto 3.1 della Bozza di regolamento.

Per quanto riguarda l'offerta ospedaliera, nel documento vengono proposti per il triennio 2013-2015 interventi di rimodulazione limitati esclusivamente all'acuzie e basati su di un ambito territoriale di Macroarea come definite, nel numero di quattro, dal DCA 48/2010. Non si prevede alcun tipo di intervento per la riabilitazione post-acuzie e la lungodegenza medica, in quanto i posti letto presenti, pari a 707 in lungodegenza e 3146 in riabilitazione, sono comunque inferiori allo standard di 0,7 per 1.000 abitanti previsti dalla Legge 135/2012.

Per la rimodulazione dell'offerta territoriale, sono sviluppate le linee di indirizzo relative alla programmazione dei servizi territoriali, sempre per il triennio 2013 – 2015. Si precisa che per quanto attiene ai servizi territoriali non sono state prese in considerazione le aggregazioni per macroarea, in quanto per gli specifici ambiti di attività il riferimento territoriale è costituito dalle

Aziende	Sanitarie	Locali.
---------	-----------	---------

1. RIMODULAZIONE DELL'OFFERTA OSPEDALIERA

1.1 Offerta di posti letto e rete dell'emergenza

Il numero di ricoveri tra i residenti nel 2011 è stato pari a 985.845 (di cui 33% in DH), corrispondente a un tasso di ospedalizzazione di 172,1 per 1.000.

La popolazione di riferimento per il calcolo del tasso di posti letto è quella da riparto 2012, pari a 5.711.216 persone, comunicata per le vie brevi dall'Ufficio IV della Direzione generale della programmazione sanitaria del Ministero della Salute. Tale popolazione di riferimento va poi corretta per il 65% del saldo della mobilità regionale rapportato al valore nazionale dei flussi dei ricoveri, come da indicazioni dello Bozza di regolamento: per il Lazio si tratterebbe di una variazione pari al -2,5%, che porta la popolazione di riferimento a 5.556.917. L'offerta di posti letto per 1.000 abitanti, facendo riferimento ai posti letto previsti dal decreto 80/2010 e ss.mm.ii., rapportata alla popolazione di 5.556.917 sarebbe complessivamente pari a 3,9. Tali valori eccedono il parametro di 3,7 indicato dalla Legge 135/2012, esclusivamente dovuto alla quota di posti letto per acuti.

Nella tabella 1 è riportata la dotazione attuale di posti letto per acuti, per macroarea, così come è stata programmata dal DCA n. 80/2010.

Tabella 1- Numero di posti letto programmati dal DCA 80/2010 e rapporto posti letto per 1.000 abitanti , per macroarea

Macroarea	Popolazione pesata (1)	DCA 80/2010 e ss.mm.ii			
		PL ORD	PL DH	Totale PL	PL per 1.000 residenti
1	1.432.676	3.111	391	3.502	2,44
2	1.543.802	4.236	600	4.836	3,13
3	1.293.577	3.461	479	3.940	3,05
4	1.286.862	5.137	657	5.794	4,50
Totale	5.556.917	15.945	2.127	18.072	3,25

(1) La popolazione pesata per macroarea è stata stimata riproporzionando la popolazione pesata (5.556.917) in base a quella presente al 1-1-2012 (5.711.216)

La **Macroarea 1** comprende il territorio delle ASL Roma A, Roma G e Frosinone; nella macroarea è presente il Policlinico Universitario Umberto I (sede di DEA di II livello).

La **Macroarea 2** comprende il territorio delle ASL Roma B, Roma C e i distretti 1,2,3,5 della ASL Roma H; nella macroarea sono presenti l'Azienda Ospedaliera San Giovanni-Addolorata (sede di DEA di II livello), il Policlinico Universitario di Tor Vergata, il Campus Universitario Biomedico e l'IRCSS I.F.O. struttura di riferimento regionale per le patologie oncologiche.

La **Macroarea 3** comprende il territorio delle ASL Roma D e i distretti 4,6 della ASL Roma H; nella macroarea è presente l'Azienda Ospedaliera San Camillo-Forlanini (sede di DEA di II livello).

La **Macroarea 4** comprende il territorio delle ASL Roma E, Roma F, Viterbo, Rieti; nella macroarea sono presenti il Policlinico Universitario Gemelli (sede di DEA di II livello), l'Azienda Universitaria Sant'Andrea, l'Azienda Ospedaliera San Filippo Neri, e l'IRCSS I.D.I. struttura di riferimento regionale per le patologie dermatologiche.

In tutte e quattro le macroaree è garantita la presenza di DEA di II livello e la presenza di aziende universitarie e/o ospedaliere in grado di assicurare l'offerta dell'alta specialità.

Si osserva una variabilità del rapporto posti letto per abitanti con il valore più basso nella Macroarea 1 (2,44) ed il più alto nella Macroarea 4 (4,50). Tale distribuzione dell'offerta risulta non equilibrata per una carenza "storica" dell'offerta nelle ASL al di fuori della città di Roma e viceversa per una concentrazione esclusiva nella città di Policlinici universitari, Aziende ospedaliere ed IRCCS.

Le tabelle seguenti descrivono l'assetto attuale della rete dell'emergenza sulla base del DPCA 73/2010, precisando che risulta ancora in corso il processo di riclassificazione da Pronto Soccorso a Punto di Primo Intervento delle strutture con meno di 25 mila accessi di Pronto Soccorso all'anno e che il Campus Biomedico non è stato ancora attivato come Pronto Soccorso.

Tabella 1.2. Distribuzione dei PS per tipologia nelle aziende regionali, escluse le strutture con in corso il processo di riclassificazione in Punti di Primo Intervento.

Azienda	DEA I	DEA II	DEA II Ped	PS	PS specialistico	Totale
101-RMA	1				1	2
102-RMB	2					2
103-RMC	2				1	3
104-RMD	1					1
105-RME	3			1	2	6
106-RMF	1					1
107-RMG	1			2		3
108-RMH	1			4		5
109-VT	1			2		3
110-RI	1					1
111-LT	2			3	1	6
112-FR	2			2		4
901-S.CAMILLO		1				1
902-S.GIOVANNI		1				1
903-S.FILIPPO NERI	1					1
904-BAMBIN GESU			1			1
905-POL. GEMELLI		1				1
906-POL.UMBERTO I		1				1
919-S.ANDREA	1					1
920-POL. TOR VERGATA	1					1
Totale complessivo	21	4	1	15	5	45

Tabella 1.3. Distribuzione dei PS per tipologia, livello di emergenza e livello superiore di riferimento per Macroarea, escluse le strutture con in corso il processo di riclassificazione in Punti di Primo Intervento

Macroarea 1				
ASL	ISTITUTO	COMUNE	Livello di Emergenza	Livello superiore di riferimento
RMA	San Giovanni Calibita - FBF	Roma	DEA I	Pol. Umb. I
RMA	G. Eastman	Roma	PS odontoiatrico	Pol. Umb. I
RMG	Coniugi Bernardini	Palestrina	PS	S.G. Evangelista

RMG	Parodi Delfino	Colleferro	PS	S.G. Evangelista
RMG	San Giovanni Evangelista	Tivoli	DEA I	Pol. Umb. I
FR	Santa Scolastica	Cassino	DEA I	Pol. Umb. I
FR	San Benedetto	Alatri	PS	Umberto I
FR	Santissima Trinità	Sora	PS	Umberto I
FR	Umberto I	Frosinone	DEA I	Pol. Umb. I
906	Policlinico Umberto I	Roma	DEA II	
Macroarea 2				
ASL	ISTITUTO	COMUNE	Livello di Emergenza	Livello superiore di riferimento
RMB	Sandro Pertini	Roma	DEA I	S.Giovanni
RMB	Policlinico Casilino	Roma	DEA I	S.Giovanni
RMC	Campus Biomedico	Roma	PS ²	S.Eugenio
RMC	Madre Giuseppina Vannini	Roma	DEA I	S.Giovanni
RMC	CTO	Roma	PS ortopedico	S.Giovanni
RMC	Sant' Eugenio	Roma	DEA I	S.Giovanni
RMH	San Giuseppe	Albano Laziale	PS	PTV
RMH	San Sebastiano Martire	Frascati	PS	PTV
RMH	Civile di Velletri	Velletri	PS	PTV
920	Pol. Tor Vergata	Roma	DEA I	S.Giovanni
902	San Giovanni	Roma	DEA II	
Macroarea 3				
ASL	ISTITUTO	COMUNE	Livello di Emergenza	Livello superiore di riferimento
RMD	Giovanni Battista Grassi	Roma	DEA I	S.Camillo
RMH	Generale Provinciale	Anzio	DEA I	S.Camillo
RMH	Sant'Anna	Pomezia	PS ³	Generale Provinciale
LT	Città di Aprilia	Aprilia	PS	S. Maria Goretti
LT	A. Fiorini	Terracina	PS	Dono Svizzero
LT	San Giovanni di Dio	Fondi	PS	Dono Svizzero
LT	Dono Svizzero	Formia	DEA I	S.Camillo
LT	ICOT	Latina	PS ortopedico	S. Maria Goretti
LT	S. Maria Goretti	Latina	DEA I	S.Camillo
901	San Camillo- Forlanini	Roma	DEA II	
Macroarea 4				
ASL	ISTITUTO	COMUNE	Livello di Emergenza	Livello superiore di riferimento
VT	Andosilla	Civitacastellana	PS	Belcolle
VT	Civile di Tarquinia	Tarquinia	PS	Belcolle
VT	Belcolle	Viterbo	DEA I	Pol.Gemelli
RI	S.Camillo De Lellis	Rieti	DEA I	Pol.Gemelli
RME	San Carlo di Nancy	Roma	PS	S.Filippo Neri
RME	Cristo Re	Roma	PS ostetrico-ginecologico	S.Filippo Neri
RME	Regionale Oftalmico	Roma	PS oftalmico	Santo Spirito
RME	Santo Spirito	Roma	DEA I	Pol.Gemelli
RME	Aurelia Hospital	Roma	DEA I	Pol.Gemelli
RME	San Pietro - FBF	Roma	DEA I	Pol.Gemelli
RMF	San Paolo	Civitavecchia	DEA I	Pol.Gemelli

² una volta che siano state concluse tutte le formali procedure di autorizzazione ed accreditamento previste dalla normativa vigente

³ nei limiti di quanto stabilito dalla Determina Regionale di autorizzazione D2797 del 12 agosto 2008.

905	San Filippo Neri	Roma	DEA I	Pol. Gemelli
919	S.Andrea	Roma	DEA I	Pol.Gemelli
905	Pol. Gemelli	Roma	DEA II	

1.2 Linee di indirizzo per la rimodulazione della rete ospedaliera e dell'emergenza

La distribuzione dell'offerta, storicamente non equilibrata tra le aree territoriali delle 12 Aziende Sanitarie Locali, determina conseguentemente una disomogeneità dell'offerta anche per le quattro Macroaree. Tale elemento è stato necessariamente preso in considerazione, come vincolo, nella riconfigurazione dell'offerta.

Gli indirizzi di programmazione seguiti per macroarea sono stati diversi, a seconda della tipologia di specialità considerata. Per le specialità di base, richieste per rispettare almeno il profilo di presidio ospedaliero dotato di pronto soccorso, la rimodulazione dell'offerta nel triennio 2013-2015, dovrà essere basata su un criterio territoriale di macroarea. Per alcune delle alta specialità, soprattutto quelle non direttamente legate al sistema dell'emergenza (ad esempio cardiocirurgia) o per quelle con un bacino territoriale superiore alla macroarea (ad esempio chirurgia pediatrica), il fabbisogno dell'offerta sarà invece modulato su base regionale.

Per quanto riguarda la rete dell'emergenza, si è invece considerata una strutturazione rispondente a livelli di complessità (presidi di base, DEA I, DEA II) funzionali a quelle reti specialistiche (perinatale, trauma, ictus, cardiologica) oggetto di Decreti commissariali nel corso degli ultimi anni.

L'intervento proposto intende perseguire gli obiettivi previsti dalla L. 135/2012 attraverso le seguenti linee di indirizzo.

Intervento sui posti letto e sui punti di offerta pubblici, privati (al netto dei Decreti Commissariali riguardanti alcune specialità e tenendo conto degli accordi di autoriduzione dei posti letto delle strutture del gruppo IDI-San Carlo in via di definizione) e universitari (con particolare riferimento ai posti letto clinicizzati del polo universitario pontino). L'intervento sui posti letto necessita di una attenta revisione dell'esistente al fine di tener conto di eventuali differenze fra i PL programmati dal DCA 80/2010 e quelli effettivamente operativi per presenza di spazi adeguati, attrezzature e personale.

Intervento su alcune reti di specialità che richiedono una rimodulazione rispetto a quella definita nei Decreti del 2010: rete perinatale, rete cardiologica, rete oncologica.

Intervento su alcune specialità quali neurochirurgia, cardiocirurgia e chirurgia vascolare, al fine di concentrare i punti d'offerta nel rispetto dei parametri dei bacini di utenza contenuti nella Bozza di regolamento e di valorizzare le eccellenze esistenti.

Intervento per la ridefinizione dell'offerta di specialità con alti livelli di inappropriatezza (ad esempio oculistica e dermatologia).

Intervento per la riduzione dell'offerta ospedaliera in regime di DH medico, per le specialità o fasce di età per le quali l'ambito ospedaliero risulta a rischio di inappropriatezza, e revisione dei criteri generali di appropriatezza del DH medico per acuti riportati nella Tabella C della DGR 143/2006.

Tutela, compatibilmente con i dati di performance, dell'offerta ospedaliera per acuti nelle aree con carenza di posti letto rispetto allo standard.

Adeguamento tendenziale della rete dell'emergenza agli standard previsti dalla Bozza di regolamento.

Riconversione di piccole strutture ospedaliere.

Qualificazione dell'offerta territoriale come logica compensazione alla riduzione dei posti letto.
Adeguamento del numero delle UOC agli standard previsti dal comitato LEA attraverso un atto di indirizzo ai Direttori Generali.

Valutazione di indicatori di performance: indice occupazione; appropriatezza organizzativa e identificazione dei PL non performanti

- Valutazione di indicatori di complessità del ricovero: Indice Case Mix
- Valutazione della tipicità delle prestazioni erogate
- Rispetto degli standard normativi nazionali, laddove presenti

Si sottolinea che accanto alle linee di indirizzo sopra riportate, nella rimodulazione dell'offerta di posti letto si è tenuto conto, per gli Istituti pubblici, degli accordi del Commissario ad Acta con i Direttori Generali delle Aziende Sanitarie del dicembre 2012 – gennaio 2013.

La Tabella 1.4 riporta il numero dei posti letto programmati da Decreto 80/2010 e ss.mm.ii. , quello atteso da raggiungere nel triennio 2013-2015 secondo lo standard imposto dalla Legge 135/2011 (3 PL per 1.000 residenti) e la relativa riduzione per raggiungere l'obiettivo.

Popolazione pesata	5.556.917
PL attesi entro 2015 (L.135/2012)	16.670
PL programmati DCA 80/2010 e ss.mm.ii.	18.072
PL da ridurre in base ai PL programmati DCA 80/2010	-1.402

La rete dell'Emergenza è stata negli ultimi anni oggetto di interventi volti alla sua riorganizzazione con l'obiettivo potenziare la sua dimensione di rete, anche per quanto riguarda l'assistenza specialistica relativa allo Stroke, Sindrome Coronarica Acuta e Trauma Grave. Seguendo un percorso già avviato nel 2007 con la DGR 420/07, gli interventi volti alla riorganizzazione della reti dell'emergenza hanno seguito il modello Hub e Spoke. L'assetto attuale della rete dell'emergenza, definito dal DPCA 73/2010, prevede la suddivisione nelle quattro Macroaree e al suo interno una classificazione delle strutture secondo il relativo livello assistenziale in Dea di II livello, Dea di I livello, Pronto Soccorso e Pronto Soccorso specialistico. L'esperienza del Coordinamento Regionale dell'Emergenza evidenzia che la priorità degli interventi va posta sugli assetti organizzativi che sottendono l'organizzazione di rete, che vanno irrobustiti, rafforzando i coordinamenti all'interno delle singole macroaree al fine di ottimizzare i rapporti tra le strutture specificamente per la gestione dei trasferimenti dei pazienti critici in continuità di soccorso.

Per ciò che concerne l'adeguamento della rete dell'emergenza agli standard previsti dalla Bozza di Decreto, si evidenzia che la normativa regionale risulta più stringente per le strutture di Pronto Soccorso per i seguenti parametri:

requisiti strutturali;

requisiti impiantistici;

risorse tecnologiche e strumentali;

requisiti organizzativi specificamente per quanto riguarda la dotazione di personale.

Viceversa la Bozza di Decreto risulta più stringente della normativa regionale per i seguenti parametri:

definizione di un bacino d'utenza minimo per i Pronto Soccorso, Dea di I livello e Dea di II livello, con la sola eccezione di Pronto Soccorso di ospedali situati in zone definite particolarmente disagiate;

dotazione di specialità previste per i Pronto Soccorso (Medicina Generale, Chirurgia Generale, Ortopedia, Anestesia, Osservazione Breve Intensiva). Non è prevista l'esistenza di Pronto Soccorso Specialistici. Solamente i Pronto Soccorso di ospedali situati in zone definite particolarmente disagiate possono avere un dotazione di specialità ridotta;

dotazione di specialità aggiuntive previste per i Dea di I livello (Es. pediatria, neurologia, psichiatria, oculistica, otorinolaringoiatria), con servizio medico di guardia attiva o di reperibilità oppure in rete per le patologie che la prevedono;

definizione di Dea di II livello quale Hub, sede di riferimento per le reti delle patologie complesse.

Di seguito si riporta il dettaglio della verifica della dotazione delle strutture prevista dal DPCA 80/2010 rispetto ai requisiti previsti dalla bozza di regolamento.

Proposta PO 2013-2015
Copia

Tabella 1.5 - Verifica della dotazione delle specialità presenti per livello dell'ospedale (PS, DEA I e DEA II) rispetto ai requisiti fissati nella bozza di regolamento. PRONTO SOCCORSO

CODICE	Denominazione	Comune	ASL	Macroarea	LIVELLO	MEDICINA INTERNA	CHIRURGIA GENERALE	ORTOPEDIA	ANESTESIA*	NOTE
120003	PO CIVITACASTELLANA	CIVITA CASTELLANA	VT	4	PS	si	si	si	no	
120007	PO TARQUINIA	TARQUINIA	VT	4	PS	si	si	si	no	
120030	OFTALMICO	ROMA	RM E	4	PS	no	no	no	no	spec oftalmico
120034	IST ODON G EASTMAN	ROMA	RM A	1	PS	no	no	no	no	spec odontoiatrico
120044	PO RIU ALBANO-GENZANO	ALBANO-GENZANO	RM H	2	PS	si	si	si	si	
120046	PO L PARODI DELFINO	COLLEFERRO	RM G	1	PS	si	si	si	si	
120047	PO S SEBASTIANO	FRASCATI	RM H	2	PS	si	si	si	no	
120051	PO CONIUGI BERNARDINI	PALESTRINA	RM G	1	PS	si	si	si	no	
120054	PO P COLOMBO	VELLETRI	RM H	2	PS	si	si	si	si	
120059	PO PADRE PIO	BRACCIANO	RM F	4	PS	no	no	no	no	Bracciano 0 pl
120073	S C DI NANCY	ROMA	RM E	4	PS	si	si	si	no	
120074	CRISTO RE	ROMA	RM E	4	PS	si	si	si	si	
120134	Cdc S ANNA	POMEZIA	RM H	3	PS	si	si	si	no	
120204	PO CENTRO-A FIORINI	TERRACINA-FONDI	LT	3	PS	si	si	si	no	
120212	ICOT	LATINA	LT	3	PS	no	no	si	si	spec traumatologico
120215	Cdc CITTA` APRILIA	APRILIA	LT	3	PS	si	si	si	no	
120217	PO S BENEDETTO	ALATRI	FR	1	PS	si	si	si	no	
120226	PO CIV SS TRINITA`	SORA	FR	1	PS	si	si	si	si	

* verificato sulla base della presenza di terapia intensiva

Tabella 1.5 - Verifica della dotazione delle specialità presenti per livello dell'ospedale (PS, DEA I e DEA II) rispetto ai requisiti fissati nella bozza di regolamento. DEA I

CODICE	Denominazione	Comune	ASL	M	Rete cardiologia	Rete ictus	Rete trauma	MEDICINA INTERNA	CHIRURGIA GENERALE	ANESTESIA*	ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA	OSTETRICIA E GINECOLOGIA	PEDIATRIA	CARDIOLOGIA CON UTIC	NEUROLOGIA	PSICHIATRIA	OCULISTICA	OTORINOLARINGOIATRIA	UROLOGIA	
120019	S CAMILLO DE LELLIS	RIETI	RI	4	Spoke 2	Spoke	PST	si	si	si	si	si	si	si	si	si	si	si	si	
120026	PO S SPIRITO - VILLA BETANIA	ROMA	RM E	4	Spoke 2	TNV/Pse	PST	si	si	si	si	si	no	si	no	si	no	no	no	si
120043	PO ANZIO-NETTUNO	ANZIO	RM H	3	Spoke 1	TNV/Pse	PST	si	si	si	si	si	si	si	no	no	no	no	si	no
120045	PO S PAOLO	CIVITAVECCHIA	RM F	4	Spoke 1	TNV/Pse	PST	si	si	si	si	si	si	si	no	si	no	no	no	no
120053	PO S G EVANGELISTA	TIVOLI	RM G	1	Spoke 1	TNV/Pse	PST	si	si	si	si	si	si	si	no	si	si	si	si	no
120061	PO GB GRASSI	ROMA	RM D	3	Spoke 2	Spoke	PST	si	si	si	si	si	si	si	si	si	no	si	si	no
120066	PO S EUGENIO-OTO A ALESINI	ROMA	RM C	2	Spoke 1	Spoke	CTZ	si	si	si	si	si	si	si	si	si	si	si	no	si
120071	S PIETRO FBF	ROMA	RM E	4	Spoke 2	TNV/Pse		si	si	si	si	si	si	si	si	no	si	si	si	si
120072	S G CALIBITA FBF	ROMA	RM A	1	Spoke 1	Spoke		si	si	si	si	si	no	si	si	si	si	si	si	si
120076	MADRE G VANNINI	ROMA	RM C	2	Spoke 2	Spoke		si	si	si	si	si	no	si	no	no	no	no	no	no
120165	PO CASILINO	ROMA	RM B	2	Spoke 2	TNV/Pse	PST	si	si	si	si	si	no	si	no	si	si	no	no	si
120180	AURELIA HOSPITAL	ROMA	RM E	4	Spoke 2	TNV/Pse	PST	si	si	si	si	si	no	si	no	no	no	no	no	si
120200	PO NORD-SM GORETTI	LATINA	LT	3	Spoke 2	Spoke	CTZ	si	si	si	si	si	si	si	si	si	si	si	si	si
120206	PO SUD-DONO SVIZZERO	FORMIA	LT	3	Spoke 2	TNV/Pse	PST	si	si	si	si	si	si	si	no	si	si	si	no	no
120216	PO UMB I / F SPAZIANI	FROSINONE	FR	1	Spoke 2	Spoke	CTZ	si	si	si	si	si	si	si	no	si	si	si	si	si
120228	PO CIV G DE BOSIS	CASSINO	FR	1	Spoke 1	TNV/Pse	PST	si	si	si	si	si	si	si	no	si	no	si	si	si
120267	PO S PERTINI	ROMA	RM B	2	Spoke 2	Spoke	PST	si	si	si	si	si	si	si	no	si	no	no	no	no
120271	PO BELCOLLE	VITERBO	VT	4	Spoke 2	Spoke	CTZ	si	si	si	si	si	si	si	si	si	si	si	si	si
120903	AO S F NERI	ROMA	RM E	4	Spoke 2	Spoke	PST	si	si	si	si	si	no	si	si	si	no	si	si	si
120919	AO S ANDREA	ROMA	RM E	4	Spoke 2	Spoke	PST	si	si	si	si	si	si	si	si	si	si	si	si	si
120920	PU T VERGATA	ROMA	RM B	2	Hub	Hub	CTZ	si	si	si	si	si	no	si	si	si	si	si	si	si

Tabella 1.5 - Verifica della dotazione delle specialità presenti per livello dell'ospedale (PS, DEA I e DEA II) rispetto ai requisiti fissati nella bozza di regolamento. DEA II

CODICE	Denominazione	Comune	ASL	Macroarea	Rete cardiologia	Rete ictus	Rete trauma	CARDIOLOGIA EMO-DINAMICA INTERVENTISTICA	CON NEUROCHIRURGIA	CARDIOCHIRURGIA RIANIMAZIONE CARDIOCHIRURGICA	CHIRURGIA VASCOLARE	CHIRURGIA TORACICA	CHIRURGIA MAXILLO-FACCIALE	CHIRURGIA PLASTICA	RIANIMAZIONE PEDIATRICA NEONATALE*
120901	AO S CAMILLO-FORLANINI	ROMA	RM D	3	Hub	Hub	CTS	si	si	si	si	si	si	si	si
120902	AO S GIOVANNI ADD	ROMA	RM C	2	Spoke 2	Spoke	PST	si	si	no	si	no	si	no	si
120905	PU A GEMELLI	ROMA	RM E	4	Hub	Hub	CTS	si	si	si	si	si	no	si	si
120906	PU UMBERTO I	ROMA	RM A	1	Hub	Hub	CTS	si	si	si	si	si	si	si	si

1.3 Impatto dell'intervento

Attraverso l'applicazione delle linee di indirizzo contenute nel precedente capitolo è stata effettuata una riconfigurazione dell'offerta che rispondesse all'obiettivo di 3 posti letto per acuti ogni 1.000 abitanti e contemporaneamente qualificasse l'offerta assistenziale. Nella successiva tabella 1.6 è illustrata la riconfigurazione dell'offerta ospedaliera per acuti per macroarea. La riduzione dell'offerta in termini di rapporto posti letto / popolazione residente si determina in tutte le 4 macroaree, con un intervento di riduzione maggiore nella macroarea 4 (-10%), quella con un rapporto pl/abitante più elevata e con un intervento di minore impatto nella macroarea 1 (-7%) che aveva il rapporto più basso. Complessivamente l'intervento riconduce l'offerta ospedaliera regionale per acuti entro i 3 posti letto per 1000 residenti.

Tabella 1.6 – Riconfigurazione dell'offerta ospedaliera per acuti per macroarea				
Macroarea	PL RO	PL DH	Totale	PL x 1.000 residenti
1	2.906	347	3.253	2,27
2	3.813	538	4.351	2,82
3	3.211	415	3.626	2,80
4	4.644	565	5.209	4,05
Totale	14.574	1.865	16.439	2,96

Nella successiva tabella 1.7 è presentato l'impatto dell'intervento per specialità, a partire dalla dotazione di posti letto programmata dal DCA n. 80/2012 e ss.mm.ii.

Tabella 1.7 - Numero di posti letto per acuti per specialità, presenti (DCA 80/2010 e ss. mm. ii.) e previsti dall'intervento e relativa differenza.

Codice	Descrizione disciplina	DCA 80 e SSMII			Proposta			Differenza
		PL ORD	PL DH	Totale	PL ORD	PL DH	Totale	
01	ALLERGOLOGIA	0	8	8	0	7	7	-1
02	DAY HOSPITAL	0	88	88	0	86	86	-2
05	ANGIOLOGIA	18	27	45	6	10	16	-29
07	CARDIOCHIRURGIA	170	0	170	152	0	152	-18
08	CARDIOLOGIA	754	34	788	706	22	728	-60
09	CHIRURGIA GENERALE	2326	178	2504	2028	165	2193	-311
10	CHIRURGIA MAXILLO FACCIALE	54	4	58	46	4	50	-8
11	CHIRURGIA PEDIATRICA	36	6	42	36	6	42	0
12	CHIRURGIA PLASTICA	100	22	122	96	24	120	-2
13	CHIRURGIA TORACICA	85	0	85	107	0	107	22
14	CHIRURGIA VASCOLARE	236	14	250	196	15	211	-39
18	EMATOLOGIA	176	71	247	156	67	223	-24
19	M. ENDOCRINE DEL RICAMBIO E NUTRIZ	92	39	131	90	18	108	-23
20	IMMUNOLOGIA	16	11	27	16	8	24	-3
21	GERIATRIA	267	44	311	249	16	265	-46
24	MALATTIE INFETTIVE E TROPICALI	367	49	416	353	39	392	-24
25	MEDICINA DEL LAVORO	0	1	1	0	1	1	0
26	MEDICINA GENERALE	3176	238	3414	3100	175	3275	-139
29	NEFROLOGIA	172	33	205	174	19	193	-12
30	NEUROCHIRURGIA	232	1	233	229	1	230	-3
32	NEUROLOGIA	238	39	277	240	34	274	-3
33	NEUROPSICHIATRIA INFANTILE	20	24	44	20	21	41	-3
34	OCULISTICA	116	88	204	83	95	178	-26
35	ODONTOIATRIA E STOMATOLOGIA	21	13	34	22	17	39	5
36	ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA	1739	164	1903	1414	114	1528	-375
37	OSTETRICIA E GINECOLOGIA	1299	144	1443	1251	134	1385	-58
38	OTORINOLARINGOIATRIA	330	64	394	318	56	374	-20
39	PEDIATRIA	295	35	330	235	19	254	-76
40	PSICHIATRIA	369	44	413	369	42	411	-2
43	UROLOGIA	507	56	563	366	51	417	-146
47	GRANDI USTIONATI	24	0	24	24	0	24	0
48	NEFROLOGIA (TRAPIANTO RENE)	57	1	58	57	1	58	0
49	TERAPIA INTENSIVA	533	0	533	561	0	561	28
50	UNITA' CORONARICA	252	0	252	215	0	215	-37
51	ASTANTERIA/BREVE OSS./MED D'URGENZA	321	0	321	371	0	371	50
52	DERMATOLOGIA	137	52	189	75	59	134	-55
58	GASTROENTEROLOGIA	156	33	189	138	31	169	-20
61	MEDICINA NUCLEARE	0	0	0	8	0	8	8
62	NEONATOLOGIA	236	0	236	248	0	248	12
64	ONCOLOGIA	366	314	680	240	342	582	-98
65	ONCOEMATOLOGIA PEDIATRICA	10	4	14	11	5	16	2
66	ONCOEMATOLOGIA	52	8	60	52	8	60	0
68	PNEUMOLOGIA	254	38	292	183	6	189	-103
71	REUMATOLOGIA	47	11	58	47	6	53	-5
73	TERAPIA INTENSIVA NEONATALE	142	0	142	148	0	148	6
76	NEUROCHIRURGIA PEDIATRICA	14	0	14	14	0	14	0
77	NEFROLOGIA PEDIATRICA	2	0	2	0	0	0	-2
97	DETENUTI	35	1	36	30	1	31	-5
98	DAY SURGERY	0	126	126	0	140	140	14
UTN	STROKE UNIT	96	0	96	94	0	94	-2
Totale		15945	2127	18072	14574	1865	16439	-1633

La proposta comporta, complessivamente, una riduzione di 1633 posti letto. La riduzione, rispetto alla programmazione del DCA 80/2010, è presente per quasi tutte le specialità, con le maggiori riduzioni per Ortopedia e Traumatologia (-375), Chirurgia Generale (-311), Urologia (-146) e Medicina Generale (-139).

Per le specialità maggiormente collegate all'emergenza è, invece, previsto un incremento della dotazione di posti letto: astanteria/breve osservazione/medicina d'urgenza (+50), terapia intensiva (+28), neonatologia/TIN (+18), in linea con l'esigenza di potenziamento di tale area assistenziale.

I risultati dell'intervento proposto per il triennio 2013-2015 sono riportati anche per macroarea (Tabella 1.8). Si conferma, anche a partire dal numero assoluto di posti letto, una riduzione più che doppia nella macroarea 4 (-585 posti letto) rispetto alla macroarea 1 (-249 posti letto).

Proposta PO 2013-2015

Tabella 1.8 - Numero di posti letto per acuti per specialità, presenti (DCA80 e smi) e previsti dall'intervento e relativa differenza, per MACROAREA

MACROAREA 1								
Cod disc	Descrizione disciplina	DCA 80 e SSMMII			Proposta			Differenza
		PL ORD	PL DH	Totale	PL ORD	PL DH	Totale	
02	DAY HOSPITAL	0	7	7	0	5	5	-2
05	ANGIOLOGIA	6	0	6	6	0	6	0
07	CARDIOCHIRURGIA	24	0	24	13	0	13	-11
08	CARDIOLOGIA	123	5	128	123	5	128	0
09	CHIRURGIA GENERALE	574	47	621	488	43	531	-90
10	CHIRURGIA MAXILLO FACCIALE	13	1	14	13	1	14	0
11	CHIRURGIA PEDIATRICA	9	1	10	9	1	10	0
12	CHIRURGIA PLASTICA	18	2	20	18	2	20	0
13	CHIRURGIA TORACICA	16	0	16	16	0	16	0
14	CHIRURGIA VASCOLARE	24	0	24	24	0	24	0
18	EMATOLOGIA	50	4	54	50	13	63	9
19	MALATTIE ENDOCRINE DEL RICAMBIO E NUTRIZ	9	7	16	9	2	11	-5
20	IMMUNOLOGIA	12	10	22	12	8	20	-2
21	GERIATRIA	54	1	55	52	1	53	-2
24	MALATTIE INFETTIVE E TROPICALI	75	11	86	75	10	85	-1
26	MEDICINA GENERALE	666	45	711	628	31	659	-52
29	NEFROLOGIA	42	6	48	44	2	46	-2
30	NEUROCHIRURGIA	36	0	36	38	0	38	2
32	NEUROLOGIA	39	10	49	39	9	48	-1
33	NEUROPSICHIATRIA INFANTILE	10	2	12	10	2	12	0
34	OCULISTICA	21	15	36	22	23	45	9
35	ODONTOIATRIA E STOMATOLOGIA	12	7	19	13	11	24	5
36	ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA	239	19	258	214	14	228	-30
37	OSTETRICIA E GINECOLOGIA	242	17	259	242	12	254	-5
38	OTORINOLARINGOIATRIA	87	17	104	85	17	102	-2
39	PEDIATRIA	80	13	93	64	6	70	-23
40	PSICHIATRIA	103	10	113	103	10	113	0
43	UROLOGIA	77	16	93	69	13	82	-11
48	NEFROLOGIA (ABILITATO AL TRAPIANTO RENE)	17	1	18	17	1	18	0
49	TERAPIA INTENSIVA	88	0	88	88	0	88	0
50	UNITA` CORONARICA	46	0	46	37	0	37	-9
51	ASTANTERIA/BREVE OSS./MEDICINA D'URGENZA	59	0	59	61	0	61	2
52	DERMATOLOGIA	4	2	6	2	2	4	-2
54	EMODIALISI	0	0	0	0	0	0	0
58	GASTROENTEROLOGIA	37	7	44	31	8	39	-5
62	NEONATOLOGIA	57	0	57	62	0	62	5
64	ONCOLOGIA	45	66	111	38	72	110	-1
65	ONCOEMATOLOGIA PEDIATRICA	10	4	14	11	5	16	2
68	PNEUMOLOGIA	20	4	24	15	1	16	-8
71	REUMATOLOGIA	7	1	8	7	1	8	0
73	TERAPIA INTENSIVA NEONATALE	38	0	38	38	0	38	0
77	NEFROLOGIA PEDIATRICA	2	0	2	0	0	0	-2
98	DAY SURGERY	0	33	33	0	16	16	-17
98	DS MULTISPECIALISTICO	0	0	0	0	0	0	0
UTN	UTN	20	0	20	20	0	20	0
Totale		3111	391	3502	2906	347	3253	-249

MACROAREA 2								
Cod disc	Descrizione disciplina	DCA 80 e SSMMII			Proposta			Differenza
		PL ORD	PL DH	Totale	PL ORD	PL DH	Totale	
02	DAY HOSPITAL	0	51	51	0	48	48	-3
05	ANGIOLOGIA	0	22	22	0	10	10	-12
07	CARDIOCHIRURGIA	30	0	30	39	0	39	9
08	CARDIOLOGIA	195	11	206	193	7	200	-6
09	CHIRURGIA GENERALE	580	29	609	506	26	532	-77
10	CHIRURGIA MAXILLO FACCIALE	17	1	18	11	1	12	-6
12	CHIRURGIA PLASTICA	36	12	48	34	10	44	-4
13	CHIRURGIA TORACICA	6	0	6	26	0	26	20
14	CHIRURGIA VASCOLARE	41	3	44	39	3	42	-2
18	EMATOLOGIA	71	32	103	53	19	72	-31
19	MALATTIE ENDOCRINE DEL RICAMBIO E NUTRIZ	39	16	55	37	4	41	-14
20	IMMUNOLOGIA	0	1	1	0	0	0	-1
21	GERIATRIA	55	15	70	51	8	59	-11
24	MALATTIE INFETTIVE E TROPICALI	10	0	10	10	0	10	0
26	MEDICINA GENERALE	878	52	930	899	51	950	20
29	NEFROLOGIA	38	7	45	38	5	43	-2
30	NEUROCHIRURGIA	89	0	89	81	0	81	-8
32	NEUROLOGIA	76	5	81	76	5	81	0
33	NEUROPSICHIATRIA INFANTILE	0	5	5	0	5	5	0
34	OCULISTICA	27	29	56	13	17	30	-26
35	ODONTOIATRIA E STOMATOLOGIA	0	3	3	0	3	3	0
36	ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA	503	52	555	364	34	398	-157
37	OSTETRICIA E GINECOLOGIA	327	36	363	283	36	319	-44
38	OTORINOLARINGOIATRIA	78	13	91	66	11	77	-14
39	PEDIATRIA	76	7	83	52	4	56	-27
40	PSICHIATRIA	112	10	122	112	10	122	0
43	UROLOGIA	170	11	181	113	16	129	-52
47	GRANDI USTIONATI	24	0	24	24	0	24	0
49	TERAPIA INTENSIVA	143	0	143	154	0	154	11
50	UNITA` CORONARICA	64	0	64	58	0	58	-6
51	ASTANTERIA/BREVE OSS./MEDICINA D'URGENZA	98	0	98	122	0	122	24
52	DERMATOLOGIA	16	12	28	8	12	20	-8
58	GASTROENTEROLOGIA	39	8	47	28	5	33	-14
61	MEDICINA NUCLEARE	0	0	0	8	0	8	8
62	NEONATOLOGIA	52	0	52	48	0	48	-4
64	ONCOLOGIA	129	88	217	78	119	197	-20
66	ONCOEMATOLOGIA	32	0	32	32	0	32	0
68	PNEUMOLOGIA	102	16	118	73	2	75	-43
71	REUMATOLOGIA	4	0	4	4	0	4	0
73	TERAPIA INTENSIVA NEONATALE	32	0	32	38	0	38	6
97	DETENUTI	21	1	22	16	1	17	-5
98	DAY SURGERY	0	43	43	0	57	57	14
98	DAY SURGERY MULTISPECIALISTICO	0	9	9	0	9	9	0
UTN	UTN	26	0	26	26	0	26	0
Totale		4236	600	4836	3813	538	4351	-485

MACROAREA 3								
Cod disc	Descrizione disciplina	DCA 80 e SSMMII			Proposta			Differenza
		PL ORD	PL DH	Totale	PL ORD	PL DH	Totale	
05	ANGIOLOGIA	12	5	17	0	0	0	-17
07	CARDIOCHIRURGIA	63	0	63	61	0	61	-2
08	CARDIOLOGIA	208	8	216	151	4	155	-61
09	CHIRURGIA GENERALE	445	59	504	402	54	456	-48
10	CHIRURGIA MAXILLO FACCIALE	12	1	13	16	1	17	4
11	CHIRURGIA PEDIATRICA	13	5	18	13	5	18	0
12	CHIRURGIA PLASTICA	12	5	17	12	5	17	0
13	CHIRURGIA TORACICA	26	0	26	32	0	32	6
14	CHIRURGIA VASCOLARE	36	1	37	42	3	45	8
18	EMATOLOGIA	8	6	14	8	6	14	0
19	MALATTIE ENDOCRINE DEL RICAMBIO E NUTRIZ	0	11	11	0	12	12	1
21	GERIATRIA	67	6	73	67	5	72	-1
24	MALATTIE INFETTIVE E TROPICALI	194	34	228	196	26	222	-6
26	MEDICINA GENERALE	682	60	742	688	52	740	-2
29	NEFROLOGIA	47	10	57	47	6	53	-4
30	NEUROCHIRURGIA	30	0	30	36	0	36	6
32	NEUROLOGIA	29	8	37	29	8	37	0
33	NEUROPSICHIATRIA INFANTILE	0	12	12	0	12	12	0
34	OCULISTICA	27	20	47	20	24	44	-3
36	ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA	499	49	548	391	31	422	-126
37	OSTETRICIA E GINECOLOGIA	238	46	284	244	47	291	7
38	OTORINOLARINGOIATRIA	48	21	69	54	15	69	0
39	PEDIATRIA	58	5	63	52	4	56	-7
40	PSICHIATRIA	64	10	74	64	10	74	0
43	UROLOGIA	66	13	79	41	8	49	-30
49	TERAPIA INTENSIVA	137	0	137	147	0	147	10
50	UNITA` CORONARICA	59	0	59	42	0	42	-17
51	ASTANTERIA/BREVE OSS./MEDICINA D'URGENZA	63	0	63	81	0	81	18
52	DERMATOLOGIA	0	0	0	0	4	4	4
58	GASTROENTEROLOGIA	36	7	43	36	8	44	1
62	NEONATOLOGIA	54	0	54	61	0	61	7
64	ONCOLOGIA	61	52	113	43	47	90	-23
66	ONCOEMATOLOGIA	20	8	28	20	8	28	0
68	PNEUMOLOGIA	91	12	103	59	1	60	-43
71	REUMATOLOGIA	8	5	13	8	5	13	0
73	TERAPIA INTENSIVA NEONATALE	24	0	24	24	0	24	0
97	DETENUTI	4	0	4	4	0	4	0
98	DS MULTISPECIALISTICO	0	0	0	0	4	4	4
UTN	UTN	20	0	20	20	0	20	0
Totale		3461	479	3940	3211	415	3626	-314

MACROAREA 4								
Cod disc	Descrizione disciplina	DCA 80 e SSMMII			Proposta			Differenza
		PL ORD	PL DH	Totale	PL ORD	PL DH	Totale	
01	ALLERGOLOGIA	0	8	8	0	7	7	-1
02	DAY HOSPITAL	0	30	30	0	30	30	0
02	DAY HOSPITAL MULTIDISCIPLINARE	0	0	0	0	3	3	3
05	ANGIOLOGIA	0	0	0	0	0	0	0
07	CARDIOCHIRURGIA	53	0	53	39	0	39	-14
08	CARDIOLOGIA	228	10	238	239	6	245	7
09	CHIRURGIA GENERALE	727	43	770	632	42	674	-96
10	CHIRURGIA MAXILLO FACCIALE	12	1	13	6	1	7	-6
11	CHIRURGIA PEDIATRICA	14	0	14	14	0	14	0
12	CHIRURGIA PLASTICA	34	3	37	32	7	39	2
13	CHIRURGIA TORACICA	37	0	37	33	0	33	-4
14	CHIRURGIA VASCOLARE	135	10	145	91	9	100	-45
18	EMATOLOGIA	47	29	76	45	29	74	-2
19	MALATTIE ENDOCRINE DEL RICAMBIO E NUTRIZ	44	5	49	44	0	44	-5
20	IMMUNOLOGIA	4	0	4	4	0	4	0
21	GERIATRIA	91	22	113	79	2	81	-32
24	MALATTIE INFETTIVE E TROPICALI	88	4	92	72	3	75	-17
25	MEDICINA DEL LAVORO	0	1	1	0	1	1	0
26	MEDICINA GENERALE	950	81	1031	885	41	926	-105
29	NEFROLOGIA	45	10	55	45	6	51	-4
30	NEUROCHIRURGIA	77	1	78	74	1	75	-3
32	NEUROLOGIA	94	16	110	96	12	108	-2
33	NEUROPSICHIATRIA INFANTILE	10	5	15	10	2	12	-3
34	OCULISTICA	41	24	65	28	31	59	-6
35	ODONTOIATRIA E STOMATOLOGIA	9	3	12	9	3	12	0
36	ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA	498	44	542	445	35	480	-62
37	OSTETRICIA E GINECOLOGIA	492	45	537	482	39	521	-16
38	OTORINOLARINGOIATRIA	117	13	130	113	13	126	-4
39	PEDIATRIA	81	10	91	67	5	72	-19
40	PSICHIATRIA	90	14	104	90	12	102	-2
43	UROLOGIA	194	16	210	143	14	157	-53
48	NEFROLOGIA (ABILITATO AL TRAPIANTO RENE)	40	0	40	40	0	40	0
49	TERAPIA INTENSIVA	165	0	165	172	0	172	7
50	UNITA` CORONARICA	83	0	83	78	0	78	-5
51	ASTANTERIA/BREVE OSS./MEDICINA D'URGENZA	101	0	101	107	0	107	6
52	DERMATOLOGIA	117	38	155	65	41	106	-49
58	GASTROENTEROLOGIA	44	11	55	43	10	53	-2
62	NEONATOLOGIA	73	0	73	77	0	77	4
64	ONCOLOGIA	131	108	239	81	104	185	-54
68	PNEUMOLOGIA	41	6	47	36	2	38	-9
71	REUMATOLOGIA	28	5	33	28	0	28	-5
73	TERAPIA INTENSIVA NEONATALE	48	0	48	48	0	48	0
76	NEUROCHIRURGIA PEDIATRICA	14	0	14	14	0	14	0
97	DETENUTI	10	0	10	10	0	10	0
98	DAY SURGERY	0	41	41	0	41	41	0
98	DAY SURGERY MULTIDICIPLINARE	0	0	0	0	13	13	13
UTN	UTN	30	0	30	28	0	28	-2
Totale		5137	657	5794	4644	565	5209	-585

Nella successiva tabella 1.9 è riassunta la distribuzione dei punti d'offerta per specialità, previsti dalla Bozza di Decreto, presenti in base al DCA n. 80 e ss.mm.ii. e proposti dall'intervento di rimodulazione dell'offerta.

Rispetto all'offerta attuale complessiva, già compresa nel range previsto dalla Bozza di Decreto, la nuova riconfigurazione prevede una riduzione di 60 punti di offerta, attestando la configurazione a - 249 punti d'offerta rispetto al livello massimo dello standard proposto dalla Bozza di Decreto.

Tabella 1.9 - Punti di offerta per specialità, attuali, previsti dalla bozza di regolamento e dall'intervento

	Specialità	Codspec	Proiezione UOC previste nel Lazio con metodo A (bacino d'utenza)		Punti d'offerta presenti Pubblico + privato	Delta presenti vs Max standard	Punti d'offerta proposti con rimodulazione Pubblico + privato	Delta proposti vs Max standard
			Minimo	Massimo				
1	ALLERGOLOGIA	1	0	0	1	1	1	1
2	DH Multispecialistico	2	0	0	7	7	8	8
5	ANGIOLOGIA	5	0	0	5	5	2	2
6	CARDIOCHIRURGIA PEDIATRICA	6	1	1		-1		-1
7	CARDIOCHIRURGIA	7	5	10	8	-2	8	-2
8	CARDIOLOGIA	8	19	38	40	2	34	-4
9	CHIRURGIA GENERALE	9	29	57	60	3	59	2
10	CHIRURGIA MAXILLO FACCIALE	10	3	6	6	0	7	1
11	CHIRURGIA PEDIATRICA	11	2	4	4	0	4	0
12	CHIRURGIA PLASTICA	12	3	6	10	4	10	4
13	CHIRURGIA TORACICA	13	4	7	6	-1	7	0
14	CHIRURGIA VASCOLARE	14	7	14	17	3	14	0
18	EMATOLOGIA	18	5	10	12	2	10	0
19	MALATTIE ENDOCRINE, DEL RICAMBIO E DELL	19	5	10	12	2	8	-2
20	IMMUNOLOGIA	20			3	3	2	2
21	GERIATRIA	21	7	14	16	2	14	0
24	MALATTIE INFETTIVE E TROPICALI	24	5	10	9	-1	8	-2
25	MEDICINA DEL LAVORO	25	3	6	1	-5	1	-5
26	MEDICINA GENERALE	26	38	71	67	-4	64	-7
28	UNITA' SPINALE	28	1	3	1	-2	2	-1
29	NEFROLOGIA	29	5	10	27	17	20	10
30	NEUROCHIRURGIA	30	5	10	15	5	13	3
32	NEUROLOGIA	32	19	38	16	-22	16	-22
33	NEUROPSICHIATRIA INFANTILE	33	1	3	6	3	6	3
34	OCULISTICA	34	19	38	28	-10	24	-14
35	ODONTOIATRIA E STOMATOLOGIA	35	7	14	4	-10	5	-9
36	ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA	36	29	57	57	0	54	-3
37	OSTETRICIA E GINECOLOGIA	37	19	38	48	10	42	4
38	OTORINOLARINGOIATRIA	38	19	38	29	-9	28	-10
39	PEDIATRIA	39	19	38	27	-11	23	-15
40	PSICHIATRIA	40	19	38	25	-13	25	-13
43	UROLOGIA	43	19	38	32	-6	25	-13
47	GRANDI USTIONI	47	1	1	1	0	1	0
48	NEFROLOGIA (ABILITAZIONE TRAPIANTO RENE	48	1	3	2	-1	2	-1
49	TERAPIA INTENSIVA	49	19	38	37	-1	39	1
50	UNITA' CORONARICA	50	19	38	34	-4	33	-5
51	BREVE OSSERVAZIONE	51	19	38	27	-11	27	-11
52	DERMATOLOGIA	52	5	10	6	-4	5	-5
54	EMODIALISI	54	10	19		-19		-19
56	RECUPERO E RIABILITAZIONE FUNZIONALE	56	81	143	44	-99	43	-100
58	GASTROENTEROLOGIA	58	7	14	16	2	13	-1
60	LUNGODEGENTI	60	38	71	16	-55	16	-55
61	MEDICINA NUCLEARE	61			0	0	1	1
62	NEONATOLOGIA	62	5	10	21	11	25	15
64	ONCOLOGIA	64	10	19	28	9	25	6
65	ONCOEMATOLOGIA PEDIATRICA	65	1	3	1	-2	1	-2
66	ONCOEMATOLOGIA	66			2	2	2	2
68	PNEUMOLOGIA	68	7	14	19	5	15	1
71	REUMATOLOGIA	71	5	10	4	-6	4	-6
73	TERAPIA INTENSIVA NEONATALE	73	5	10	8	-2	9	-1
74	RADIOTERAPIA ONCOLOGICA	74	5	10		-10		-10
75	NEURO-RIABILITAZIONE (presso HUB)	75	5	10	3	-7	3	-7
76	NEUROCHIRURGIA PEDIATRICA	76	1	1	1	0	1	0
77	NEFROLOGIA PEDIATRICA	77	1	1	1	0	0	-1
78	UROLOGIA PEDIATRICA	78	1	1		-1		-1
97	Detenuti				3	3	3	3
98	DAY SURGERY	98			14	14	15	15
	Unità Trattamento Neurovascolare				15	15	15	15
	Totale		563	1091	902	-189	842	-249

Assumendo raggiunto l'obiettivo di ricondurre nel triennio 2013-2015 il numero di posti letto a 3,7, il tasso di ospedalizzazione atteso sarà inferiore a 160 per 1.000, applicando la degenza osservata a livello regionale. Anche l'obiettivo del 25% di ricoveri in DH può essere tendenzialmente raggiunto sommando all'intervento sui DH medici quello su reti e specialità. Inoltre, la riduzione dell'offerta di ricovero ordinario e diurno di alcune specialità sia mediche che chirurgiche si ritiene favorirà una migliore appropriatezza organizzativa dell'assistenza con il passaggio dal ricovero ordinario al ricovero diurno e dal ricovero diurno all'assistenza in regime ambulatoriale.

Tuttavia all'interno di tale standard di 0,7 per 1.000 ab. si provvederà ad una rimodulazione del rapporto tra posti letto con cod. 56 e posti letto con cod. 60 a favore di questi ultimi e alla parallela previsione della riduzione dei posti letto cod. 75 in coerenza con le più stringenti indicazioni contenute nel Decreto Ministeriale di rideterminazione della tariffe massime relative a tale codice.

Riguardo alle UOC, saranno date indicazioni prescrittive ai Direttori Generali, di rispettare, attraverso l'emanazione di Atti aziendali, i parametri fissati per l'ambito ospedaliero di una UOC ogni 17,5 posti letto, ivi incluse quelle senza posti letto di supporto all'attività di ricovero dell'Ospedale.

Proposta PO 2013-2015
Copia

RIMODULAZIONE OFFERTA TERRITORIALE

2.1 Offerta dei servizi territoriali

Nell'ambito del riequilibrio tra offerta ospedaliera e territoriale la Regione Lazio ha, negli ultimi anni, intrapreso un percorso di riorganizzazione e qualificazione dei servizi territoriali, coinvolgendo gli operatori del settore in Tavoli Tecnici finalizzati alla predisposizione dei relativi provvedimenti normativi, come peraltro previsto dai Programmi Operativi 2011-2012 (DPCA 113/2010).

Nella tabella seguente (2.1) si rappresenta lo stato dell'offerta di alcuni tra i principali servizi territoriali, ad esclusione dell'offerta residenziale e domiciliare che viene presentata nelle tabelle 2.3 e 2.4.

Per la qualificazione dell'Assistenza Territoriale sono stati emessi alcuni provvedimenti che hanno delineato le linee strategiche e organizzative.

DPCA 18/2008 Approvazione della 'Programmazione per l'integrazione sociosanitaria nella Regione Lazio' e delle 'Linee Guida per la stesura del Piano Attuativo Locale triennale 2008-2010'

DPCA 1/2010 "Appropriatezza organizzativa e qualificazione dell'assistenza ambulatoriale: introduzione di ulteriori pacchetti ambulatoriali complessi (PAC) e Accorpamenti di prestazioni Ambulatoriali (APA)"

DPCA 84/2010 "La rete assistenziale delle cure palliative nella Regione Lazio"

DPCA 111/2010 "Approvazione Piano Sanitario Regionale (PSR) 2010/2012"

DGR 315/2011 "Il Punto Unico di Accesso sociosanitario integrato nella Regione Lazio – Linee d'Indirizzo"

DGR 313/2012 "Riqualificazione dell'Assistenza Territoriale e valorizzazione del ruolo del Distretto. Approvazione del documento "Interventi prioritari per lo sviluppo delle funzioni del Distretto"

DPCA 39/2012 "Assistenza Territoriale. Ridefinizione e riordino dell'offerta assistenziale residenziale e semiresidenziale a persone non autosufficienti, anche anziane, e a persone con disabilità fisica, psichica e sensoriale"

DPCA 99/2012 "Assistenza territoriale residenziale a persone non autosufficienti anche anziane. DPCA n. U0039/2012 e DPCA n. U0008/2011. Corrispondenza tra tipologie di trattamento e nuclei assistenziali e relativi requisiti minimi autorizzativi. Approvazione documenti tecnici comparativi."

DPCA 429/2012 "Decreto del Commissario ad Acta n. U0113 del 31.12.2010 "Programmi Operativi 2011-2012" - Assistenza Domiciliare - Approvazione dei documenti "Stima di prevalenza della popolazione eleggibile e dei posti per l'Assistenza Domiciliare Integrata nella Regione Lazio, per persone non autosufficienti, anche anziane" e "Omogeneizzazione delle Procedure e degli strumenti per l'ADI per persone non autosufficienti, anche anziane";

DPCA 431/2012 "La Valutazione Multidimensionale per le persone non autosufficienti, anche anziane e per le persone con disabilità fisica, psichica e sensoriale: dimensioni e sottodimensioni. Elementi minimi di organizzazione e di attività dell'Unità di Valutazione Multidimensionale Distrettuale nella Regione Lazio".

Il DPCA 80/2010 ha avviato il processo di riconversione dei presidi ospedalieri pubblici di piccole dimensioni, portando ad una riorganizzazione dell'offerta in alcuni dei territori interessati con l'attivazione di servizi sanitari alternativi all'attività di ricovero per acuti. Permangono, nell'ambito di tale processo, alcune criticità, originate anche dall'avvio di contenziosi relativi ai provvedimenti di riconversione. Il dettaglio della situazione di tutte le strutture coinvolte nel processo di riconversione prevista dal DCA 80/2010 è riportato nella tabella 2.2.

Il completamento del processo di riconversione delle strutture sopracitate, come indicato dal DPCA 80/2010, consentirà l'attivazione a livello territoriale, con varie modulazioni, delle funzioni proprie del Centro Clinico Assistenziale Distrettuale (CeCAD) previste dal summenzionato DPCA, funzioni che di seguito sinteticamente si richiamano.

- Funzioni Core: Punto Unico di Accesso Integrato Sociosanitario, Specialistica ambulatoriale, Ambulatori infermieristici, Diagnostica di base, Continuità assistenziale, Assistenza domiciliare integrata.
- Moduli funzionali aggiuntivi: Distribuzione farmaci e presidi, Forme aggregate MMG e PLS, Accorpamenti di prestazioni ambulatoriali (APA) e Pacchetti ambulatoriali complessi (PAC), Ambulatorio per il trattamento del dolore cronico, Telemedicina.
- Moduli funzionali caratterizzanti: Degenza infermieristica, Modulo emergenza tipo A (Punto di primo intervento).

Proposta PO 2013-2015
Copia

2.2 Linee di indirizzo per la rimodulazione della rete territoriale

Le principali linee di indirizzo per la programmazione 2013 – 2015 sono di seguito riassunte:

- Favorire l'accessibilità ai servizi territoriali sanitari, sociosanitari e sociali attraverso il completamento della realizzazione in tutti i distretti del Punto Unico di Accesso Integrato Sociosanitario e il consolidamento delle attività di valutazione multidimensionale a livello distrettuale;
- Rafforzare la funzione di governance distrettuale nell'ambito dell'assistenza primaria e intermedia, al fine di favorire la deospedalizzazione e la gestione a livello territoriale dei soggetti affetti da patologia cronica degenerativa;
- Valorizzare il ruolo della medicina generale e della pediatria di libera scelta, favorendo l'attività in forme associate e adottando l'approccio previsto dal Chronic Care Model , che devono evolvere in organizzazioni sempre più integrate con i servizi distrettuali e in grado di offrire anche prestazioni di diagnostica strumentale e specialistiche in una fascia oraria ampia (H 12); l'attività deve essere strutturata su definiti percorsi diagnostico terapeutico assistenziali (PDTA), da formalizzare nell'accordo Accordo Integrativo Regionale;
- Qualificare e potenziare l'assistenza domiciliare ampliando gli ambiti di intervento nei livelli assistenziali intensivo ed estensivo, anche attraverso forme di integrazione con l'offerta residenziale;
- Aumentare l'offerta di posti residenziali per persone non autosufficienti, anche anziane e per persone con disabilità fisica, psichica e sensoriale;
- Rafforzare l'integrazione sociosanitaria al fine di gestire adeguatamente condizioni morbose caratterizzate dall'intreccio di pluripatologie, comorbidità e problematiche socio-economiche, che si manifestano con particolare rilevanza nei soggetti anziani e fragili. In questa visione organizzativa il Distretto sanitario svolge un ruolo rilevante, quale luogo di governo della rete territoriale e di raccordo tra l'assistenza sanitaria primaria, intermedia e quella sociale;
- Sviluppare le reti assistenziali integrate ospedale territorio, con particolare riferimento alla rete delle cure palliative e a quella della terapia del dolore cronico non oncologico.

2.3 Impatto dell'intervento

Gli elementi di sintesi relativi all'offerta di servizi territoriali e agli indirizzi programmatori per il triennio 2013 – 2015 sono riportati nelle tabelle 2.2 , 2.3 e 2.4 .

In particolare la manovra di riconversione interessa 24 presidi ospedalieri per acuti (DPCA 80/2010, DPCA 113/2010), di cui 15 sono trasformati in CeCAD, 8 in Poliambulatori specialistici e 1 in struttura con finalità sociali, e l'ex P.O. di Veroli (ASL FR) con l'assegnazione di posti residenziali estensivi per non autosufficienti. Gli interventi consentiranno complessivamente l'attivazione di 642 posti residenziali per non autosufficienti coinvolgenti otto ASL, nonché 40 posti di Hospice e 59 posti di degenza infermieristica. (tabella 2.2).

Tabella 2.1: Sintesi offerta territoriale per ASL									
ASL	N. Consultori familiari	N. SeRT	Salute mentale					PUA attivi N.	Poliambulatori pubblici attivi N.
			N. CSM	N. Ambulatorio CSM	N. Centro diurno	N. Strutture a gestione diretta	N. Strutture private		
RMA	9	5	7	2	7	8	3	4	19
RMB	14	5	4	1	5	12	5	4	14
RMC	11	4	4	0	4	3	1	4	14
RMD	9	3	4	2	6	3	2	4	18
RME	12	3	9	0	7	13	4	4	22
RMF	12	3	4	2	4	1	4	4	10
RMG	16	5	7	2	5	2	20	1	9
RMH	17	5	7	1	5	1	13	4	11
VT	16	4	5	11	4	2	1	4	14
RI	12	1	4	8	3	2	0	n.d.	6
LT	14	5	9	0	4	4	14	5	21
FR*	19	4	8	3	5	3	0	4	13
TOTALE	161	47	72	32	59	54	67	42	171

* È prevista l'attivazione di 20 posti di Struttura Residenziale Terapeutico Riabilitativa presso l'ex P.O. di Ceperano

Tabella 2.2 - Sintesi relativa ai 24 Presidi Ospedalieri oggetto di riconversione DPCA 80/2010

ASL	Denominazione struttura	PL RO DPCA 80/10	Impatto	PL DH DPCA 80/10	Impatto	Totale PL residui da riconvers.	Posti assistenza residenziale da attivare				
							Intensiva per non autosuffic.	Estensiva per non autosuffic.	Estensiva per disturbi cognitivo- comportament.	Hospice	Degenza Infermierist.
RMA	NUOVO REGINA MARGHERITA*	0	0	4	-4	0		20			
RMF	PO PADRE PIO BRACCIANO	0	10	0	0	10		30	20	8	15
RMG	PO SS GONFALONE MONTEROTONDO	0	0	0	0	0	10	30	20	14	
	PO SS SALVATORE PALOMBARA	0	0	0	0	0					
	PO A ANGELUCCI SUBIACO	8	-8	0	0	0	8	30	26		
	PO S G BATTISTA ZAGAROLO	0	0	0	0	0					
RMH	PO CARTONI ROCCA PRIORA	0	0	0	0	0					
	PO L SPOLVERINI ARICCIA	25	-25	3	-3	0		30			
	PO VILLA ALBANI ANZIO	35	-35	4	-4	0	9 ^s	30			
VT	PO ACQUAPENDENTE	8	-8	0	0	0		30			14
	PO MONTEFIASCONE	0	0	0	0	0	7	30	20		
	PO RONCIGLIONE	0	0	0	0	0					
RI	PO M MARINI MAGLIANO SABINA	0	0	0	0	0		20			
	PO F GRIFONI AMATRICE	8	-8	0	0	0		20			
LT	PO SEZZE	0	0	0	0	0	10	30	20		15
	PO GAETA	0	0	0	0	0	10 + 9 ^s	20			15
FR	PO CIVILE ANAGNI	0	0	0	0	0					
	PO CIVILE CECCANO	0	0	0	0	0		20			
	PO CIV P DEL PRETE PONTECORVO	0	0	0	0	0		40			
	PO FERRARI CEPRANO	0	0	0	0	0					
	PO CIVICO FERENTINO	0	0	0	0	0					

Tabella 2.2 - Sintesi relativa ai 24 Presidi Ospedalieri oggetto di riconversione DPCA 80/2010

ASL	Denominazione struttura	PL RO DPCA 80/10	Impatto	PL DH DPCA 80/10	Impatto	Totale PL residui da riconvers.	Posti assistenza residenziale da attivare				
							Intensiva per non autosuffic.	Estensiva per non autosuffic.	Estensiva per disturbi cognitivo- comportament.	Hospice	Degenza Infermierist.
	PO CIV S CROCE ARPINO	0	0	0	0	0					
	PO CIV DELLA CROCE ATINA	0	0	0	0	0			63		
	PO CIV MEM CADUTI ISOLA LIRI	0	0	0	0	0				18	
	EX PO VEROLI	0	0	0	0	0		20			
	TOTALE	84	-74	7	-7	10	63	400	169	40	59

Legenda:

- * Il Nuovo Regina Margherita dispone anche di 10 posti di assistenza residenziale di mantenimento
§ per persone con disabilità

Tabella 2.3 - Sintesi programmazione offerta territoriale per ASL per ADI e posti residenziali per non autosufficienti

ASL	Stima posti ADI Offerta programmata	Posti residenziali per non autosufficienti (DPCA 39/2012)		
		Fabbisogno	Posti con onere a carico SSR	Posti da attivare
RMA	3760	1261	60	1201
RMB	3121	1338	333	1005
RMC	3610	1357	40	1317
RMD	2816	1128	374	754
RME	3304	1221	500	721
RMF	1261	498	550	-52
RMG	2075	830	744	86
RMH	2174	863	840	23
VT	1848	743	723	20
RI	1124	421	70	351
LT	2473	976	170	806
FR	2860	1130	693	437
TOTALE	30426	11766	5097	6669

Tabella 2.4 - Sintesi programmazione offerta territoriale per ASL per disabilità e Hospice

ASL	Posti residenziali per persone con disabilità (DPCA 39/2012)				Posti residenziali per Hospice (DPCA 84/10, DPCA 91/2012)		
	Fabbisogno	Posti con onere a carico SSR	Posti ulteriore offerta	Delta	Fabbisogno	Offerta attuale	Delta
RMA	190	25	0	165	33	46	13
RMB	272	110	20	142	39	0	-39
RMC	212	166	10	36	37	9	-28
RMD	222	249	30	-57	33	30	-3
RME	203	498	42	-337	34	40	6
RMF	121	213	74	-166	15	0	-15
RMG	189	143	0	46	23	9	-14
RMH	212	142	40	30	29	30	1
VT	124	239	20	-135	18	40	22
RI	64	0	0	64	10	0	-10
LT	215	35	0	180	28	30	2
FR	196	10	0	186	28	0	-28
TOTALE	2220	1830	236	154	327	234	-93

Intervento 9.9: gestione del debito sanitario con monitoraggio successivo dei tempi di pagamento

La Regione Lazio ha pianificato ed attuato un piano per la gestione del debito sanitario al fine di estinguere le posizioni debitorie ancora aperte ed evitare nel futuro la formazione di ulteriore debito, attraverso due componenti principali:

1. Transazione per l'estinzione del debito pregresso
2. Accordi di Pagamento dal giorno successivo alla sottoscrizione della transazione sul debito pregresso

Nonostante l'intensa azione amministrativa ed organizzativa svolta nel tempo per l'estinzione del debito pregresso attraverso numerose operazioni transattive, in attuazione a quanto previsto dall'obiettivo 3.2.4 del Piano di Rientro (*"Misure per la regolarizzazione dei pagamenti e del debito commerciale pregresso"*), alcune posizioni debitorie non sono state ancora oggetto di transazione a causa dell'alto numero di creditori del Sistema Sanitario Regionale, delle differenti tipologie degli stessi e della complessità del sistema.

Nell'ambito degli strumenti finalizzati alla gestione del debito commerciale pregresso, quindi, la Regione Lazio ha approvato la Deliberazione n. 57 del 18 Febbraio 2011 che autorizza alla *"definizione di accordi transattivi tra le Aziende Sanitarie da un lato, e i singoli fornitori di beni e servizi del Sistema Sanitario Regionale e/o i loro cessionari, dall'altro, in relazione a tutte le posizioni debitorie ancora aperte che non siano state oggetto di precedenti transazioni"* quale strumento finalizzato all'estinzione delle posizioni debitorie ancora aperte dei creditori che intrattengono rapporti con il SSR, che consenta un risparmio degli interessi maturati e maturandi, attraverso la definizione di scadenze di pagamento diverse in base al grado di rinuncia a cui è disponibile il creditore stesso, nonché la contestuale adesione all'Accordo Pagamenti per la regolazione delle fatture emesse dal giorno successivo alla sottoscrizione della transazione sul debito pregresso.

Già ad oggi attraverso tale transazione, a cui hanno aderito c.a. 1000 imprese sono stati pagati circa 440 milioni di Euro contribuendo da una parte all'abbattimento della debitoria commerciale pregresse e dell'altra, con l'adesione all'Accordo Pagamenti, alla regolarizzazione dei flussi di cassa corrente con riduzione dei tempi di pagamento.

L'obiettivo della Regione Lazio è quello di proseguire con questa operazione che vede la conclusione contestuale di transazioni sul debito pregresso e l'ottimizzazione dei processi di pagamento sul debito recente. Questo tipo di intervento ha lo scopo di consentire: l'estinzione del debito pregresso, trasparenza ed omogeneità nel pagamento dei fornitori del SSR, il controllo dei tempi di liquidazione e non ultimo evitare che si accumuli nuovo debito sanitario.

Il progetto Accordo Pagamenti si articola all'interno della gestione di debito sanitario attraverso due attività principali:

- introduzione di un *sistema informatico centralizzato* che consente la fatturazione telematica da parte dei fornitori di beni e servizi, la gestione del pagamento centralizzato dei creditori del SSR, la digitalizzazione del processo e il monitoraggio dell'intero ciclo passivo: dall'emissione dell'ordine fino al pagamento delle relative fatture, integrato con i sistemi gestionali delle Aziende Sanitarie
- l'avvio degli *Accordi di Pagamento* con possibilità di adesione da parte di tutti i soggetti che intrattengono rapporti di fornitura con il SSR che prevedono un pagamento a 180 giorni dalla data di immissione delle fatture

In questo ambito, al fine di abbattere i costi per interessi e ridurre i contenziosi in essere, la Regione Lazio ha l'obiettivo di rafforzare il circuito del sistema dei pagamenti centralizzati e di adempiere agli impegni stabiliti con **Decreto n. U00351 del 27 novembre 2012**, dando continuità all'Accordo Pagamenti anche per l'anno 2013.

Attualmente l'Accordo Pagamenti vede coinvolte le seguenti tipologie di fornitori:

- Fornitori di beni e servizi non sanitari
- Case di Cura provvisoriamente/definitivamente accreditate
- Strutture Erogatrici di assistenza specialistica ambulatoriale, risonanza magnetica e dialisi
- Ospedali Classificati e IRCCS Privati
- Policlinici Universitari Privati

Ad oggi hanno sottoscritto gli Accordi di Pagamento circa **4.000** fornitori digitalizzando le proprie fatture per un totale di oltre 1 milione di documenti contabili inseriti sul Sistema Accordo Pagamenti.

L'obiettivo complessivo è quello di consolidare ed implementare i benefici ad oggi ottenuti con le transazioni e gli Accordi di Pagamento sottoscritti:

- Riduzione del debito commerciale del Sistema Sanitario Regionale;
- Risparmio degli oneri per ritardi nei pagamenti di circa il 10% ottenuto sui crediti dovuti alle imprese aderenti alle transazioni e all'Accordo grazie alla rinuncia agli interessi e al contenzioso;
- *Discesa del DSO (Days of Sales Outstanding)*: ad oggi il pagamento avviene tra il 180° e il 204 giorno, l'obiettivo di ridurre ulteriormente tali scadenze grazie agli effetti benefici derivanti dalla anticipazione di liquidità erogata ai sensi del DL 35/2013 perseguendo un percorso mirato ad arrivare a 60 giorni di pagamento previsti dalla normativa nazionale ed europea. Tale discesa del DSO, oltre all'allineamento alla normativa vigente, ha impatti favorevoli sui prezzi di acquisto, attraverso l'opportunità di effettuare negoziazioni a condizioni di vendita più favorevoli a fronte di tempi di pagamento ridotti e minor necessità di ricorrere alla cessione del credito;
- *Riequilibrio economico – finanziario*: scadenze regolari di pagamento consentono al Sistema Sanitario Regionale e alle imprese sue fornitrici di effettuare una programmazione finanziaria. Ciò garantisce un allineamento tra cassa e competenza, regolando quindi i pagamenti in base ai flussi finanziari certi (es. rata mensile corrente FSR).

RISULTATI PROGRAMMATI:

- Conclusione di operazioni di transazione per l'estinzione del debito pregresso
- Completamento delle sottoscrizioni all'Accordo Pagamenti 2013 per tutte le categorie interessate (Fornitori di beni e servizi non sanitari -Case di Cura provvisoriamente/definitivamente accreditate - Strutture Erogatrici di assistenza specialistica ambulatoriale, risonanza magnetica e dialisi)
- Implementazione del Sistema Accordo Pagamenti per una gestione più efficace ed efficiente delle tipologie di attori coinvolti nel processo
- Riduzione dei tempi di pagamento rispetto all'anno 2012
- Attivazione degli ordini elettronici presso tutte le Aziende Sanitarie al fine di ottenere benefici in termini di Digitalizzazione del processo di trasmissione degli ordini e DDT
- Disponibilità delle informazioni ampia e tempestiva
- Implementazione del processo di comunicazione con i fornitori
- Maggiore velocità e sicurezza nel processo di acquisto
- Controllo generazione dei costi per beni e servizi
- Standardizzazione dei processi e delle codifiche
- Riduzione dei carichi di attività delle risorse impiegate alla gestione degli ordini

INDICATORI DI RISULTATO:

- Numero fornitori aderenti alle transazioni
- Numero documenti contabili gestiti nell'ambito di transazioni

- Valore dell'importo gestito nelle transazioni
- Valore degli interessi pagati ai creditori aderenti senza le condizioni previste dalle transazioni
- Numero fornitori aderenti all'Accordo Pagamenti
- Numero documenti contabili gestiti nell'Accordo Pagamenti
- Valore dell'importo gestito nell'Accordo Pagamenti
- Valore degli interessi pagati ai creditori aderenti senza le condizioni previste dall'Accordo Pagamenti
- Numero di fornitori che ricevono ordini elettronici
- Numero di ordini elettronici gestiti
- Valore dell'importo degli ordini elettronici gestiti

IL CRONO PROGRAMMA DELLE SCADENZE INTERMEDIE E FINALITÀ CHE DOVRANNO ESSERE RISPETTATE:

- Sottoscrizione entro aprile 2013 degli Accordi Pagamenti anno 2013
- Implementazione nel Sistema Accordo Pagamenti di nuove funzionalità per il monitoraggio dei budget delle strutture provvisoriamente e definitivamente accreditate entro giugno 2013
- Implementazione nel Sistema Accordo pagamenti di nuove funzionalità per la gestione delle cessioni entro settembre 2013
- Attivazione degli ordini elettronici presso tutte le Aziende Sanitarie del Lazio entro dicembre 2013

IMPATTO ECONOMICO:

- Non è possibile quantificare preventivamente i benefici prodotti dalla gestione del debito e monitoraggio dei tempi di pagamento in termini di risparmi economici in quanto dipende dal volume dei crediti inclusi.

RESPONSABILE DEL PROCEDIMENTO ATTUATIVO: -

- Area Centrale Acquisti e Crediti Sanitari.

Azione 9.9.1 Ricognizione del debito commerciale

Nell'ambito degli strumenti finalizzati alla gestione del debito commerciale pregresso è stata inoltre programmata la costituzione di un gruppo di lavoro con l'obiettivo di effettuare una ricognizione puntuale del debito commerciale pregresso delle Aziende Sanitarie del Lazio. Tale attività prevede un'analisi accurata dei dati contabili presenti nei partitari delle Aziende Sanitarie, precisamente nel conto *debiti vs fornitori*, al fine di accertare le posizioni debitorie effettivamente ancora aperte e dovute.

Parallelamente si prevede l'avvio di una procedura di circolarizzazione in cui venga richiesto ai creditori, attraverso diverse forme di pubblicità (BURL, quotidiani regionali e nazionali, siti istituzionali della Regione Lazio e delle Aziende Sanitarie), di comunicare, entro un termine definito, la presenza di posizioni aperte nei confronti del SSR per la fornitura di beni e servizi attraverso il caricamento dei dati su un apposito sistema regionale.

In particolare, l'attività ricognitiva programmata è finalizzata ad accertare e classificare il debito commerciale nelle seguenti tipologie di partite debitorie:

- A. posizioni debitorie *dovute* e quindi certe, liquide ed esigibili;
- B. posizioni debitorie in avanzato stato di *contenzioso*, non ancora concluso, per cui la Regione ha ragionevole convinzione sulla non esigibilità del credito richiesto (mancanza di un accordo tra Azienda e fornitore sull'importo dovuto);
- C. posizioni debitorie che risulterebbero *prescritte*, rispetto alla decorrenza dei termini di prescrizione del debito standard – 10 anni - ovvero rispetto ai termini abbreviati - 5 anni - per le Regioni sotto Piano di Rientro che abbiano attuato procedure di accertamento e riconciliazione del debito pregresso al 31 dicembre 2005 (art. 4, comma 2 bis D.L. n. 159/07 convertito in Legge n. 222 il 29 novembre 2007);
- D. posizione debitorie *non dovute* in quanto la prestazione non è avvenuta ovvero non è avvenuta correttamente in base alla normativa vigente;

- E. posizioni debitorie *insussistenti* in quanto non risultanti come ancora dovute al titolare del credito;
- F. posizioni debitorie *da regolarizzare* in quanto a seguito del lavoro di accertamento sulla certezza ed esigibilità del credito è risultato necessario effettuare apposite regolarizzazioni contabili.

In relazione al debito afferente alle tipologie contemplate dalla lettera B alla lettera E si prevede la costituzione di un fondo regionale che avochi tali debiti dai singoli bilanci delle Aziende Sanitarie, con la conseguente diminuzione del saldo del debito sanitario pregresso e l'accantonamento in un fondo rischi misurato in percentuale alla probabilità del reale pagamento di ciascuna partita appartenente alle tipologie sopra riportate.

Parallelamente il debito risultante ancora aperto, verrà invece classificato in base alle variabili che influenzeranno le condizioni transattive, al fine di proporre transazioni specifiche che tengano conto delle rispettive peculiarità nelle condizioni proposte: tipologia di creditore (fornitore o factor), l'ammontare delle somme, la titolarità, la durata in essere del credito stesso, l'eventuale presenza di azioni legali ad esso riferite, la presenza o meno di un provvedimento di liquidazione.

RISULTATI PROGRAMMATI:

- Completamento della fase di ricognizione del debito
- Attività di chiusura delle partite ancora aperte e già oggetto di pagamento
- Implementazione del processo di comunicazione con i fornitori
- Controllo generazione dei costi per beni e servizi

INDICATORI DI RISULTATO:

- Importi di debito da chiudere per inesigibilità o regolarizzazioni contabili

IMPATTO ECONOMICO:

- Non è possibile quantificare preventivamente i benefici prodotti dalla ricognizione del debito in termini di risparmi economici in quanto dipende dal volume dei crediti inclusi.

RESPONSABILE DEL PROCEDIMENTO ATTUATIVO: -

- Direzione Regionale Salute e Integrazione Sociosanitaria

Azione 9.9.2 Definizione delle modalità di estinzione del Credito iscritto nel Bilancio Consolidato SSR al 31/12/2011 nei confronti della Regione.

Con riferimento alle modalità di estinzione dei crediti iscritti nel Bilancio Consolidato del SSR Lazio nei confronti della Regione per Euro 4.239 mln al 31/12/2011, ed al fine di dare riscontro ai rilievi al riguardo formalizzati dal Tavolo di Verifica per gli adempimenti da Piano di Rientro nella riunione del 17 aprile 2013, la Regione Lazio intende procedere come segue.

In base a quanto previsto dall'art. 3 comma 1 del D.L 35/2013 recante "Disposizioni urgenti per il pagamento dei debiti scaduti della pubblica amministrazione, per il riequilibrio finanziario degli enti territoriali, nonché in materia di versamento dei tributi degli enti locali", la Regione Lazio può accedere, ad un'anticipazione finanziaria erogata dallo Stato per assicurare la liquidità per i pagamenti dei debiti certi liquidi ed esigibili degli Enti del Servizio Sanitario Regionale in relazione alle seguenti fattispecie:

- Ammortamenti non sterilizzati antecedenti all'applicazione del Decreto Legislativo 118/2011;
- Mancate erogazioni per competenza e/o per cassa (come nel caso della Regione Lazio) delle somme dovute dalle Regioni ai rispettivi servizi sanitari regionali a titolo di finanziamento del SSR, ivi compresi i trasferimenti di somme dai conti di tesoreria e dal Bilancio Statale e le coperture regionali dei disavanzi sanitari, come risultanti nelle voci crediti verso regione per spesa corrente e crediti verso regione per ripiano perdite nelle voci di credito degli enti del SSN verso le rispettive regioni nei modelli SP (al 31/12/2011).

Al riguardo, in base a quanto previsto dal comma 2 del richiamato articolo 3 del D.L. 35/2013, è intervenuto il Decreto Direttoriale del Ministero delle Finanze 16 aprile 2013, che ha autorizzato per il Lazio una prima anticipazione pari ad Euro 786.741,00 a valere sugli importi stanziati nella sezione dedicata agli enti del SSN del "Fondo per assicurare la liquidità per i pagamenti dei debiti certi liquidi ed esigibili" istituito nello Stato di Previsione del Ministero dell'Economia e delle Finanze per gli esercizi 2013 e 2014. Il successivo comma 3 dispone inoltre che con ulteriore Decreto Direttoriale, da emanarsi entro il 30 novembre 2013, il Ministero dell'Economia e delle Finanze stabilisce il riparto definitivo fra le Regioni, comprensivo anche degli importi previsti per l'anno 2014, dell'anticipazione di liquidità fino alla concorrenza massima di 14,00 mld di Euro, in proporzione ai valori derivanti dalle ricognizioni delle somme di cui alle fattispecie sopra riportate (ammortamenti non sterilizzati e mancate erogazioni per cassa/competenza). In ipotesi di applicazione della medesima metodologia di ripartizione utilizzata nel Decreto Direttoriale del 16 aprile 2013, la Regione Lazio dovrebbe accedere ad un'ulteriore liquidità pari a circa Euro 1.961,83 ml.

Tali somme saranno destinante interamente, così come prescritto dalla norma, al pagamento dei debiti certi liquidi ed esigibili cumulati alla data del 31/12/2012 di cui al Piano dei Pagamenti da prodursi da parte della Regione ai sensi di quanto disposto dal comma 5 del richiamato articolo 3 del D.L. 35/2013.

Detti pagamenti, a cui la Regione provvederà nell'immediatezza dei trasferimenti finanziari operati dal Ministero dell'Economia e delle Finanze, costituiranno, a meno di una quota pari a Euro 396.265.000 (iscritta in competenza), contestuale restituzione delle somme dovute dalla Regione al proprio Servizio Sanitario Regionale, ed ammontanti complessivamente ad Euro 4,239 mld.

Inoltre in base a quanto previsto dal D.L. 24 giugno 2013 n. 72 la Regione Lazio ha proceduto, con propria nota prot. 243190 del 26 giugno 2013, a richiedere l'accesso ad un'ulteriore anticipazione di liquidità per l'anno 2013, a valere sulla sezione sanitaria del "Fondo per assicurare la liquidità per i pagamenti dei debiti certi liquidi ed esigibili", nella misura in cui, si stima, si determini per lo stesso un residuo non ulteriormente assegnato.

La suddetta richiesta è stata inoltrata dalla Regione Lazio per un importo pari ad Euro 250.530.000, e accolta da parte del Ministero dell'Economia e delle Finanze con proprio Decreto Direttoriale del 2 luglio 2013, nella misura di Euro 45.311.000. Tale assegnazione costituisce per pari ammontare, ulteriore trasferimento dal Bilancio Regionale al Sistema Sanitario della Regione, sempre attraverso l'estinzione della massa debitoria del SSR (complessivamente Euro 832,05 mln).

Operati i suddetti trasferimenti, come sintetizzati nella tabella che segue, e secondo una tempistica legata alle effettive erogazioni finanziarie da parte del Ministero dell'Economia e delle Finanze, residuerebbe quale credito del Sistema Sanitario Regionale verso la Regione, la somma di Euro 1,841 mld.

Al riguardo la Regione si impegna ad estinguere il suddetto residuo entro il termine del 31 dicembre 2015, ferme restando le seguenti considerazioni:

- ✓ Il definitivo accertamento del valore dei crediti vantati dal sistema sanitario regionale verso la Regione, a seguito delle operazioni di transazione ed estinzione dei debiti pregressi condotte in particolare nell'anno 2012, e non scontate nel valore di saldo al 31/12/2011 considerato nel D.L. 35/2013;
- ✓ La sussistenza di un valore fisiologico dello stock di credito del sistema sanitario regionale verso Regione alla data convenzionale di chiusura dell'esercizio finanziario, fissata al 31.12. dell'anno solare di riferimento, ascrivibile ai trasferimenti finanziari di fine esercizio e stimabile in circa il 10% del valore complessivo degli stessi trasferimenti e quindi per un importo nell'ordine di c.rca 1 mld anno.

Restituzione dei Crediti del SSR verso Regione (dati in milioni di Euro)

Descrizione	Importo		Atto Assegnazione	Termine Pag.to
Crediti SSR verso Regione da SP al 31/12/2011	4.239,00			
Prima anticipazione Liquidità DL 35/2013	- 786,74	-832,05	Decreto MEF 2 luglio 2013	30/09/2013
Ulteriore Accesso al Fondo SSN di cui al DL 35/2013 e al DL 72/2013	- 45,31			
Saldo Erogazione DL 35/2013 (II tranche)	-1.961,83			28/02/2014
Ammortamenti non sterilizzati iscritti in competenza	396,26			
Residuo dopo DL 35/2013	1.841,38			
Credito Fisiologico a fine Esercizio convenzionale	-1.000,00			<i>Fisiologico</i>
Residuo da restituire entro il 31/12/2015	841,38			31/12/2015