

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

DECRETO n. 400480 del 06 DIC. 2013

Definitiva Adozione dei 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 di 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. U00480/13
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 stato 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 della 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. *U00480/13*
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.*";

VISTI i verbali delle riunioni svoltesi rispettivamente in data 14 novembre 2012, 17 aprile 2013, e 30 luglio 2013, nei quali 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 precedente Commissario, Dott. 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;

VISTO il DCA n. U00314 del 28 giugno 2013 con il quale si provvedeva:

- ad adottare la suddetta 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 precedente Commissario, Dott. Palumbo;
- a dare atto che era all'epoca in corso da parte della Regione la complessiva revisione delle Reti dei servizi territoriali e ospedalieri, così come definite dal documento proposto;
- a rinviare l'approvazione della versione definitiva dei Programmi Operativi 2013-2015, da elaborare anche alla luce dei rilievi formulati dal Tavolo di Verifica sulla Proposta di cui sopra, all'esito degli opportuni approfondimenti da effettuare comunque entro il 30 settembre 2013;
- a 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.

CONSIDERATO che, pertanto, alla luce di quanto sopra, il procedimento di definitiva approvazione dei Programmi Operativi veniva articolato in due fasi:

- Fase 1: adozione proposta;
- Fase 2: adozione definitiva;

così da permettere ogni opportuno approfondimento ed aggiornamento della versione adottata con il citato DCA U00314;

Segue decreto n. 400480/13
IL PRESIDENTE
IN QUALITA' DI COMMISSARIO AD ACTA
(delibera del Consiglio dei Ministri del 21 marzo 2013)

VISTO che, nell'ambito della programmazione strategica della Regione, si è provveduto alla ristrutturazione dell'organizzazione aziendale pubblica dei servizi territoriali e ospedalieri, nonché della rete dei servizi sanitari privati (autorizzati, accrediti e a contratto) del Servizio Sanitario Regionale;

CONSIDERATO che la Regione ha completato la revisione delle Reti dei servizi territoriali e ospedalieri, così come definite dal documento allegato;

VISTO il documento relativo ai Programmi Operativi 2013 – 2015 rivisitato alla luce di quanto sopra rappresentato;

RITENUTO necessario procedere a questo punto, in prosecuzione degli interventi attuativi del Piano di Rientro, alla Fase 2 – adozione definitiva dei Programmi Operativi 2013 - 2015;

DECRETA

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

- di procedere alla definitiva adozione dei Programmi Operativi per 2013 – 2015 a salvaguardia degli obiettivi strategici di Rientro dai disavanzi sanitari della Regione Lazio, di cui al documento allegato;

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.

NICOLA ZINGARETTI



PROGRAMMI OPERATIVI 2013-2015

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



REGIONE
LAZIO

www.regione.lazio.it

1. AREA: ANALISI DI CONTESTO E DEFINIZIONE DELLO SCENARIO REGIONALE	7
Indicatori demografici, socio-sanitari e struttura della popolazione	7
Sintesi dei principali risultati	7
Introduzione	8
1. Indicatori demografici	9
2. Indicatori dello stato di salute	11
Mortalità proporzionale	11
Mortalità per causa	12
Tutte le cause	13
Tumori maligni	13
Malattie del sistema circolatorio	13
Malattie dell'apparato respiratorio	13
Ospedalizzazione	13
Popolazione adulta (età 15+)	14
Popolazione in età pediatrica (età 0-14)	15
3. Tendenziali e programmatici 2013-2015	18
RICA VI	19
COSTI	23
2. AREA: GOVERNO DEL SISTEMA	31
Programma 1: Governance dei PO	31
Intervento 1.1: Ufficio del Commissario ad acta per l'attuazione del Piano di Rientro.	31
Intervento 1.2: Soppressione dell'Agencia di Sanità pubblica Regionale ASP Lazio Sanità e trasferimento delle sue funzioni	34
Intervento 1.3: Governance delle aziende sanitarie del Lazio	35
intervento 1.4: adempimenti LEA	37
Intervento 1.5: gestione del contenzioso sanitario	38
Intervento 1.6: provvedimenti di nomina e di risoluzione dei Direttori Generali, quando ne ricorrano i presupposti di legge	39
Intervento 1.7: Programmazione Economico –Finanziaria	40
Programma 2: attuazione del Decreto Legislativo n. 118/2011	42
Intervento 2.1: Attuazione delle disposizioni del Decreto Legislativo 118/2011	42
Programma 3: certificabilità dei bilanci del SSR	45
Intervento 3.1: Certificabilità dei bilanci del SSR	45
Azione 3.1.1: Attuazione art. 79 L. 133/2008	45
Programma 4: Flussi informativi	47
Intervento 4.1: potenziamento e miglioramento dei flussi informativi gestionali e contabili. implementazione nuovi flussi	47
Azione 4.1.1	47
Intervento 4.2 Tessera Sanitaria	50
Programma 5: Accreditemento	53
Intervento 5.2: definizione/aggiornamento dei requisiti autorizzativi	55
Intervento 5.3: definizione/aggiornamento e attivazione procedure per autorizzazione sanitaria	56
Intervento 5.4: definizione/aggiornamento e attivazione procedure per l'accreditemento definitivo (in caso di accreditemento istituzionale definitivo attuato)	57
Intervento 5.5: recepimento di ulteriori requisiti, anche derivanti da atti e intese adottati in conferenza Stato-Regioni	61
Intervento 5.6: modalità di verifica di allineamento dei requisiti richiesti per l'accreditemento, in coerenza con la normativa vigente	62
Intervento 5.7: modalità di verifica periodica della sussistenza dei requisiti	62
Intervento 5.8: Modalità di verifica di allineamento dei requisiti richiesti per l'accreditemento, in coerenza con la normativa vigente per le strutture pubbliche	63
Intervento 5.9: Procreazione Medicalmente Assistita (PMA). Definizione/aggiornamento dei requisiti autorizzativi e avvio procedure per il rilascio dell'autorizzazione all'esercizio.	64
Programma 6: contabilità analitica	66
Intervento 6.1: Contabilità analitica	66
Programma 7: Rapporti con gli erogatori	67

Intervento 7.1: Ricognizione e ridefinizione delle tariffe delle prestazioni territoriali	67
Intervento 7.2: Individuazione delle funzioni assistenziali di cui al d.lgs. 502/92, con indicazione dei criteri di calcolo della relativa assegnazione economica e dei finanziamenti per i maggiori costi indotti sull'attività assistenziale dalle funzioni di didattica e di ricerca di cui all'art. 7 comma 2 del D.Lgs. 517/99	67
Intervento 7.3: Programma dei controlli di appropriatezza	72
Intervento 7.4: Programma dei controlli di congruenza tra cartella clinica e SDO	74
Intervento 7.5: Piano delle prestazioni e relativa tempistica	75
Intervento 7.6.1: Stipula intese e contratti	76
Azione 7.6.2 Modalità di controllo delle prestazioni erogate	86
Azione 7.6.3 Stipula di accordi e contratti.	87
Intervento 7.7 sperimentazioni gestionali: ove presenti, individuazione di percorsi di stabilizzazione o conclusione delle stesse	95
Intervento 7.8 rapporti con le università pubbliche: sottoscrizione dei protocolli che definiscano i vari aspetti economico-organizzativi e gestionali	97
Intervento 7.9 rapporti con le università private: sottoscrizione dei protocolli che definiscano gli aspetti assistenziali e di didattica e ricerca.	98
<i>Programma 8: Formazione e comunicazione ai cittadini</i>	100
Intervento 8.1 formazione del personale con particolare riguardo alla gestione del cambiamento e dello sviluppo organizzativo, alla promozione di modelli organizzativo-gestionali innovativi, ivi compreso sistemi di job evaluation, performance measurement e sistemi premianti (Tabelle 18, 19, 20)	100
Intervento 8.2 promozione della carta dei servizi nelle Aziende sanitarie	105
Intervento 8.3 attivazione di azioni finalizzate alla rilevazione sistematica della qualità percepita dagli utenti/cittadini.	108
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 pubblica amministrazione	110
Intervento 8.5 Formazione aziendale per la sicurezza dei pazienti	111

3. AREA: RAZIONALIZZAZIONE DEI FATTORI PRODUTTIVI **115**

Programma 9: Razionalizzazione spesa	115
Intervento 9.1: Pianificazione poliennale sugli acquisti — Analisi e governo dei fabbisogni	116
9.1.1 - Analisi e governo dei fabbisogni di acquisto – Orientamento delle richieste di autorizzazione (DCA U00191/2012 e DCA 308/2013)	116
9.1.2 - Analisi e governo dei fabbisogni di acquisto. Utilizzo di uno strumento di analisi della spesa "Spending Analysis"	119
Intervento 9.2: Aspetti organizzativi e logistici dei processi di acquisto	120
Intervento 9.3: Attivazione di sistemi di e-procurement regionali - Ottimizzazione e razionalizzazione degli acquisti — Collaborazione con Consip	122
Intervento 9.3.1 Attivazione di sistemi di e-procurement regionali	122
Intervento 9.3.2 Ottimizzazione e razionalizzazione degli acquisti	122
Intervento 9.3.3. Collaborazione con Consip	124
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.)	127
Intervento 9.4.1. Riorganizzazione e potenziamento dei sistemi di controllo	127
Intervento 9.4.2 Definizione prezzi di riferimento	128
Intervento 9.5: Attuazione della normativa nazionale in materia di beni e servizi (DL 98/2011 e DL 95/2012)	131
Intervento 9.6: Distribuzione Diretta e per Conto	132
Intervento 9.6.1: dispositivi medici	133
Intervento 9.7: modello di approvvigionamento farmaci	136
Intervento 9.8: health technology assessment	136
Intervento 9.9: monitoraggio dei tempi di pagamento	137
Azione 9.9.1 Ricognizione del debito commerciale	140
Azione 9.9.2 Definizione delle modalità di estinzione del Credito iscritto nel Bilancio Consolidato SSR al 31/12/2011 nei confronti della Regione	141
Valorizzazione Programma 9: Razionalizzazione spesa	144

4. AREA "LIVELLI ESSENZIALI DI ASSISTENZA" **146**

Programma 10: gestione del personale	146
Intervento 10.1: Contenimento della spesa per il personale – Azione di macro contenimento della spesa	148
Azione 10.1.1: Sblocco parziale del turn over e politiche di reclutamento del personale del SSR per gli anni 2013-2015	148
Intervento 10.2: Azioni di governance	151
Azione 10.2.1 Tempo Indeterminato - Ricollocazione del Personale inidoneo alla mansione specifica.	151
Azione 10.2.2: Personale a tempo determinato	152
Azione 10.2.3: Determinazione dei fondi della contrattazione integrativa	155
Azione 10.2.4: Prestazioni aggiuntive	157
Azione 10.2.5: Attività libero professionale intramuraria e monitoraggio sui volumi di attività intra-moenia in rapporto con i volumi di attività istituzionale;	159
Azione 10.2.6: Ridefinizione atti aziendali: stato su emanazione linee guida regionali e loro attuazione.	162
Azione 10.2.7 Analisi costo medio del personale	163
Azione 10.2.8 Dirigenza sanitaria e governo clinico:	164
Azione 10.2.09 Contenimento costi apparati amministrativi (art. 6 DL 78/2010, come convertito dalla L. 30 luglio 2010, n. 122) e accentramento delle funzioni amministrative di supporto	166
Azione 10.2.10 Personale con contratti atipici e personale convenzionato	167
Azione 10.2.11 Consulenze (sanitarie e non sanitarie);	168
Azione 10.2.12 Gestione del servizio mensa e/o dell'esercizio del diritto alla mensa con modalità sostitutiva (buoni pasto)	170
Azione 10.2.13 razionalizzare i servizi di pagamento delle retribuzioni	170
Azione 10.2.14 Compilazione tabelle allegate (Allegati 4 e 5).	172
Valorizzazione Programma 10: Gestione del personale	172
Programma 11 – Sanità pubblica	176
intervento 11.1: azioni coerenti con il programma nazionale di prevenzione	176
Intervento 11.1: azioni coerenti con il Programma nazionale di Prevenzione	176
Intervento 11.2: qualificazione dei programmi di screening oncologici e adeguamento agli standard nazionali	179
Intervento 11.3 prevenzione della salute e sicurezza negli ambienti di lavoro	183
Programma 12 - Sanità Veterinaria e Sicurezza Alimentare	186
Intervento 12.1 Riqualficazione e riorganizzazione del nodo regionale	189
Intervento 12.2: coerenza delle linee di attività programmate a livello regionale con quelle riportate nel Piano Nazionale Integrato 2011-2014	190
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	191
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	191
Intervento 12.5: assegnazione di obiettivi ai Direttori Generali delle Aziende Sanitarie Locali, con ribaltamento a cascata su tutta la struttura operativa	191
Intervento 12.6: 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	192
Programma 13: Riequilibrio Ospedale-Territorio	197
Azione 13.1.1: Ridefinizione della rete ospedaliera acuti, con individuazione analitica del numero dei posti letto suddivisi per disciplina, DH e ordinari (nel rispetto delle indicazioni degli standard nazionali e dell'emanando regolamento)	197
Azione 13.1.2: 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 – Casa della Salute.	213
Intervento 13.2.1: Rete di terapia del dolore e cure palliative per il paziente adulto e pediatrico	219
Intervento 13.3 Assistenza primaria	223
Azione 13.3.1 Riorganizzazione dell'Assistenza primaria secondo le indicazioni della Legge 189/2012	223
Azione 13.3.2 Accordi con MMG/PLS Individuazione o rimodulazione delle forme di associazionismo: Adesione al Governo Clinico e sviluppo del Sistema Informativo Regionale	223
Azione 13.3.3 Riorganizzazione dei Laboratori	225
Azione 13.3.4 Medicina Trasmfusionale	231
Azione 13.3.5: 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.	237

Intervento 13.4 Rete territoriale - Sub intervento 13.4.1.a: Piano di riorganizzazione, riqualificazione ed implementazione dell'assistenza territoriale e distrettuale, con indicazione delle aree con maggiori criticità (anziani, disabili, pazienti psichiatrici, tossicodipendenti, minori ...)	242
Sub intervento 13.4.1.b riconversione delle Case di Cura neuropsichiatriche Accreditamento istituzionale definitivo delle Case di Cura neuropsichiatriche(CdCNP)	247
Sub intervento 13.4.1.c Ridefinizione del modello organizzativo del DSM	250
Sub intervento 13.4.1.d. Rete Territoriale - Minori	252
Sub intervento 13.4.1.e – Piano di riorganizzazione ed implementazione dell'assistenza territoriale e distrettuale in riferimento all'area delle dipendenze	255
Azione 13.4.2: 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).	259
Programma 14 – reti assistenziali per intensità di cure	261
Intervento 14.1.: individuazione dei presidi secondo il modello hub&spoke secondo la logica dell'intensità delle cure	261
Rete cardiologica	261
Rete trauma grave e neuro-trauma	268
Rete ictus	273
Rete perinatale	278
Rete trapianti	283
Rete oncologica	289
Programma 15 - rete emergenza-urgenza	293
Intervento 15.1: ridefinizione della rete nelle sue componenti territoriale ed ospedaliera	293
Programma 16 - Sanità penitenziaria	304
Intervento 16.1: ricognizione procedure di trasferimento delle competenze dal Dipartimento Amministrazione penitenziaria al SSR - tutela della salute in carcere	304
Intervento 16.2 : Disattivazione Ospedali psichiatrici giudiziari (OPG) e individuazione dei percorsi di presa in carico dei relativi pazienti	307
Intervento 16.3 – Tutela della salute in carcere	312
Programma 17: Assistenza farmaceutica	315
Intervento 17.1: revisione del Prontuario Terapeutico ospedaliero	315
Intervento 17.2: definizione specifica di percorsi per categorie di farmaci altospendenti	315
Intervento 17.3: monitoraggio dell'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, lett.b) del DL 78/2010	316
Intervento 17.4: razionalizzazione dell'uso del farmaco in ospedale	317
VALORIZZAZIONE ECONOMICA dei programmi 9.6, 17.3, 17.4, 17.5	318
Programma 18 – sicurezza e rischio clinico	322
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	322
Intervento 18.2: Monitoraggio dei piani di miglioramento attuati dalle aziende a seguito dell'occorrenza di eventi sentinella	323
Intervento 18.3: Monitoraggio sistematico dell'uso della check list in Sala Operatoria	324
Intervento 18.4: Implementazione e monitoraggio della Raccomandazione per la sicurezza nella terapia oncologica	324
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.	325
Intervento 18.6: Coordinamento regionale delle strategie di gestione del rischio assicurativo	326
5. AREA ULTERIORI MANOVRE REGIONALI	327
Programma 19: governo della mobilità sanitaria interregionale	327
Intervento 19.1: accordi di confine	327
Programma 20: misure di compartecipazione alla spesa sanitaria regionale vive	332
Intervento 20.1 – compartecipazione sulle prestazioni di specialistica ambulatoriale	332
Programma 21: investimenti sanitari	336

6. ALLEGATI	340
1. Tabelle statistiche/epidemiologiche	341
2. Modello di rilevazione dei costi dei livelli di assistenza delle aziende unita' 3. sanitarie locali e delle aziende ospedaliere	350
3. Modello di Conto Economico NSIS	368

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

Indicatori demografici, socio-sanitari e struttura della popolazione

Sintesi dei principali risultati

Popolazione

Al 2011 il Lazio mostra un tasso di crescita totale positivo in linea con il resto d'Italia. Rispetto al decennio precedente, la speranza di vita alla nascita continua ad aumentare in entrambi i generi e questo stesso andamento si osserva in tutte le Province. Gli anziani costituiscono pertanto un'importante componente della popolazione (pari al 20% in tutta la Regione), specialmente nelle Province di Rieti e di Viterbo, dove rappresentano quasi il doppio della popolazione di età 0-14 anni.

Mortalità per causa

Nel 2011 si sono verificati 52.962 decessi per tutte le cause tra i residenti nella Regione Lazio, con una mortalità generale maggiore nei maschi rispetto alle femmine (596,0 rispetto a 378,4 per 100.000 residenti rispettivamente).

I tumori maligni rappresentano la prima causa di decesso nei maschi e i tassi risultano essere quasi il doppio rispetto alle femmine (211,3 e 125,8 per 100.000 residenti, rispettivamente). I tumori rappresentano inoltre la terza causa di morte nei bambini e nelle bambine di 0-14 anni.

Le malattie del sistema circolatorio sono invece la prima causa di morte tra le femmine e la seconda tra i maschi. In termini assoluti i decessi per questa causa sono maggiori nelle femmine rispetto ai maschi, ma i tassi standardizzati sono rispettivamente 197,3 (per 100.000 residenti) nei maschi e 133,1 (per 100.000 residenti) nelle femmine. I tassi standardizzati presentano eterogeneità nelle ASL e Province, con tassi di mortalità più elevati rispetto alla media regionale in alcune ASL della Provincia di Roma e nella Provincia di Frosinone.

Ospedalizzazioni

Adulti 15+ anni

Le malattie del sistema circolatorio e i tumori maligni rappresentano i grandi gruppi di cause di ricovero più frequenti (rispettivamente il 20% e il 10% circa dei ricoveri ordinari totali). I tassi di ospedalizzazione per malattie del sistema circolatorio nei maschi sono quasi il doppio di quelli delle femmine (19,0 per 1.000 maschi rispetto a 9,8 per 1.000 femmine), con tassi più elevati in alcune ASL della Provincia di Roma e nelle Province di Rieti e Latina. Nel 2011 vi sono stati circa 64.000 ricoveri per tumori maligni, in ugual numero nei maschi e nelle femmine, con tassi più elevati in alcune ASL del Comune e della Provincia di Roma.

Rispetto ai dati precedenti riferiti al quinquennio 2001-2005, disponibili solo per il Comune di Roma, (http://www.asplazio.it/salute_popolazione_roma_01/), si evidenzia una sostanziale riduzione nelle dimissioni in regime ordinario per tutte le cause, per le malattie del sistema circolatorio e per i tumori maligni. Si evidenzia anche una riduzione del numero di day hospital per tutte le cause, in controtendenza con l'incremento osservato negli anni precedenti.

Bambini 0-14 anni

Nel 2011 vi sono stati circa 35.000 ricoveri ordinari e 58.000 day hospital per tutte le cause, con tassi di ospedalizzazione maggiori nei bambini rispetto alle bambine. I tassi di ospedalizzazione per tumori maligni sono invece simili nei due generi. Per questa patologia, il numero di day hospital totali è tre volte maggiore del numero di ricoveri ordinari (2.718 e 864, rispettivamente).

Anche in questa categoria di popolazione si osserva un trend in diminuzione delle dimissioni sia in regime ordinario che di day hospital rispetto ai dati precedenti riferiti al quinquennio 2001-2005 per il Comune di Roma.

Prevalenza di BPCO e diabete

Nel Lazio la prevalenza di BPCO stimata (dati 2008) per 1.000 residenti è pari a 100,9 nei maschi e 71,9 nelle femmine e il tasso è eterogeneo tra le diverse ASL e Province; la prevalenza è più elevata nelle ASL della Provincia di Roma. Anche la prevalenza di diabete è maggiore nei maschi (87,2 rispetto a 67,6 nelle femmine per 1.000 residenti) e si evidenzia una notevole eterogeneità tra le ASL del Lazio; la prevalenza maggiore si osserva tra le ASL della Provincia di Roma. La prevalenza di diabete stimata nel Lazio è in linea con il dato nazionale stimato (periodo 1998-2002) e lievemente inferiore al dato stimato per il Centro Italia (il 12% dei maschi e il 9% delle femmine) (dati Progetto Cuore, <http://www.cuore.iss.it/>).

Incidenza di primi eventi coronarici e cerebrovascolari

L'incidenza annuale di eventi coronarici acuti (dati 2006-2009) è tre volte maggiore nei maschi rispetto alle femmine (331,1 e 109,7 per 1.000 residenti, rispettivamente); in entrambi i generi si osservano i tassi di incidenza più elevati nelle ASL della Provincia di Roma. I dati indicano un incremento nell'incidenza di questa patologia nei maschi rispetto al dato stimato nel 2000 per il Centro Italia (228 ogni 100.000 maschi e 100,2 ogni 100.000 femmine) (<http://www.cuore.iss.it/indicatori/incidenza.asp>). L'incidenza di eventi cerebrovascolari nello stesso periodo è pari a 182,8 nei maschi e 115,3 nelle femmine (per 100.000 residenti); i tassi più elevati si registrano nella Provincia di Viterbo.

Introduzione

La disponibilità di indicatori epidemiologici dello stato di salute della popolazione è fondamentale per la programmazione sanitaria, la quale deve garantire la "tutela" della salute dei cittadini sulla base di principi di universalità ed equità. L'analisi dei "bisogni" di salute e la valutazione delle caratteristiche dell'"offerta" sono strumenti indispensabili alla base di qualsiasi strategia o intervento programmatico. I dati dei sistemi informativi sanitari (SIS), attivi nella Regione da molti anni, sono uno strumento prezioso per la documentazione dello stato di salute e dell'uso dei servizi sanitari. Da molti anni nel Lazio essi raccolgono molte informazioni sanitarie con copertura su tutto il territorio Regionale e con sempre maggiore completezza e qualità.

Il documento contiene un quadro epidemiologico relativo alla popolazione residente nel Lazio. Sono descritte le caratteristiche demografiche della popolazione e l'epidemiologia delle malattie per grandi gruppi di cause nel Lazio. L'intento è di fornire elementi di conoscenza per l'identificazione dei "bisogni" di salute della popolazione. Per "bisogni" di salute si intendono le condizioni di salute misurabili per le quali il sistema sanitario ha disponibili interventi efficaci misurabili. La misura dei "bisogni" di salute può essere fatta attraverso la stima dell'occorrenza di eventi/condizioni/malattie e della sua variabilità nella popolazione. La stima dell'occorrenza di una condizione patologica prevede la misura di diversi parametri epidemiologici che hanno significati diversi (*mortalità, ospedalizzazione, prevalenza, incidenza*). I dati sulla *mortalità* possono essere interpretati come il risultato della frequenza della malattia nella popolazione e della sua sopravvivenza, condizionata anche dall'esito della assistenza sanitaria erogata. I dati sulla *ospedalizzazione* descrivono un quadro la cui interpretazione differisce a seconda delle condizioni;

essi forniscono informazioni sull'impatto delle diverse condizioni sull'assistenza ospedaliera e riflettono sia l'occorrenza della condizione, sia le modalità organizzative dall'offerta sanitaria (prevalenza di assistenza ospedaliera o di base). La *prevalenza* fornisce una sorta di "fotografia istantanea" dello stato di salute della popolazione in un dato momento, misurando il numero di casi di patologia presenti in una popolazione ad un determinato tempo. Ai fini della determinazione del fabbisogno, la prevalenza è una misura di occorrenza particolarmente indicata per le patologie croniche. L'*incidenza* misura quanti nuovi casi di una specifica condizione patologica si verificano in una determinata popolazione in un definito periodo temporale, ed è, ai fini delle stime di bisogno, una misura appropriata per le condizioni patologiche ad insorgenza acuta.

Le fonti dei dati sono le statistiche ISTAT per i dati demografici ed i dati dei sistemi informativi sanitari Regionali (*Registro Nominativo delle Cause di Morte ReNCaM, Sistema Informativo Ospedaliero*) per l'epidemiologia delle malattie. Il confronto territoriale dell'occorrenza dei problemi di salute e del ricorso all'assistenza ospedaliera tra diverse aree del Lazio è lo strumento base per la valutazione di possibili disomogeneità nel territorio Regionale ed offre spunti interessanti per la programmazione sanitaria Regionale.

1. Indicatori demografici

La Regione Lazio (5 Province e 378 Comuni) ha raggiunto nel 2011 i 5.728.688 residenti (di cui 52% femmine) rispetto ai 5.140.371 residenti del 1991. La quota di popolazione straniera è pari a 542.688, corrispondenti al 9,5% della popolazione totale, a fronte del 7,5% di stranieri residenti su tutto il territorio nazionale (Fonte: demo.istat.it).

Gli indicatori demografici stimati dall'ISTAT (Tab.1) non mostrano sostanziali differenze tra il Lazio e l'Italia: il tasso di natalità è in diminuzione, il tasso di mortalità in aumento, la speranza di vita alla nascita (79,1 anni nei maschi e 84,5 anni nelle femmine nel Lazio) e a 65 anni (18,3 anni nei maschi e 21,9 anni nelle femmine nel Lazio) è in aumento per entrambi i generi (Fig.1). Solo nel Lazio si nota un forte decremento del saldo migratorio totale (attribuibile alle variazioni avvenute nella Provincia di Roma) e un indice di crescita naturale che seppur in diminuzione rimane positivo. Quest'ultimo indicatore è comunque eterogeneo tra le Province del Lazio con valori positivi solo nelle Province di Latina e di Roma.

Per gli indici di dipendenza e di vecchiaia non si osservano differenze tra il Lazio e l'Italia né nei valori assoluti né nei trend. Nelle Province del Lazio i valori più bassi si stimano nella Provincia di Latina e i più alti nella Provincia di Rieti; l'indice di vecchiaia, nel 2010, è 121% e 186% rispettivamente.

L'età media della popolazione coincide con il valore medio nazionale (43 anni), sostanzialmente stabile negli anni. L'indicatore varia tra 42 anni a Latina a 45 anni a Rieti.

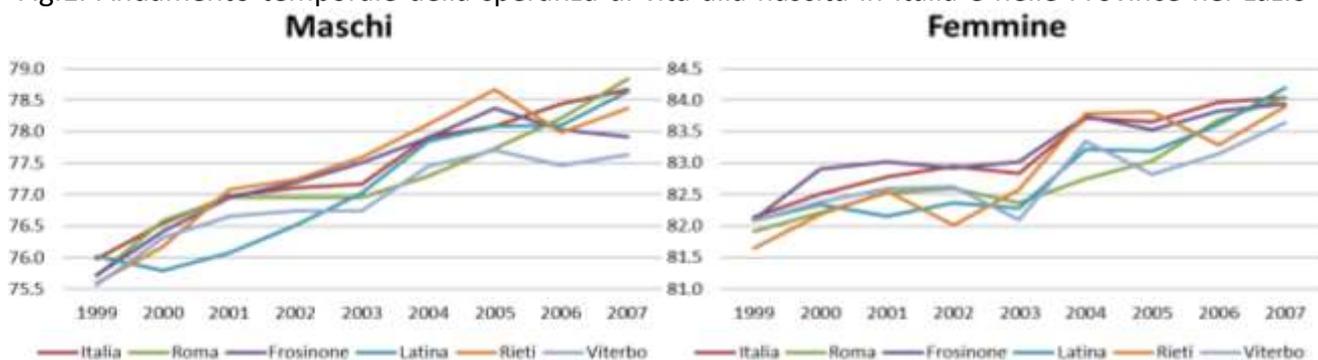
Tab.1. Principali indicatori di crescita e di struttura** della popolazione residente, in Italia e nella Regione Lazio, e nelle Province del Lazio anni 2006 e 2010, Fonte Istat.

Tipo indicatore	Italia		Lazio		Roma		Viterbo		Rieti		Frosinone		Latina	
	2006	2010	2006	2010	2006	2010*	2006	2010*	2006	2010*	2006	2010*	2006	2010*
tasso di natalità (x1000)	9.5	9.3	9.8	9.5	10.2	9.7	8.2	8.3	8.1	7.6	8.5	8.9	9.8	10.1
tasso di mortalità (x1000)	9.5	9.7	9.1	9.4	8.9	9.2	11.1	11.2	11.7	11.7	9.7	10.4	8.1	8.7
saldo migratorio totale (x1000)	6.2	5.2	34.2	8.1	44.8	8.9	11.2	9.6	7.1	7.1	1.6	2.2	6.2	6.6
crescita naturale (x1000)	0.0	-0.4	0.7	0.1	1.3	0.5	-2.9	-2.9	-3.6	-4.1	-1.2	-1.5	1.7	1.4
tasso di crescita totale (x1000)	6.2	4.7	34.9	8.2	46.1	9.4	8.3	6.7	3.5	3.0	0.4	0.7	7.9	8.0
numero medio di figli per donna	1.4	1.4	1.3	1.4	1.4	1.4	1.2	1.2	1.2	1.2	1.2	1.3	1.3	1.4
speranza di vita alla nascita - maschi	78.4	79.4	78.1	79.1	78.2	79.1	77.5	77.8	78.0	79.1	78.0	78.5	78.1	78.8
speranza di vita a 65 anni - maschi	17.8	18.4	17.7	18.3	17.7	18.2	16.9	17.4	17.7	18.3	17.6	18.0	17.5	18.2
speranza di vita alla nascita - femmine	84.0	84.5	83.6	84.5	83.7	83.9	83.2	83.7	83.3	83.6	83.8	84.0	83.6	84.5
speranza di vita a 65 anni - femmine	21.6	21.9	21.3	22.0	21.3	21.5	20.9	21.2	21.2	21.3	21.6	21.4	21.3	21.9
indice di dipendenza strutturale (%) - al 1/1	51	52	49	51	49	52	51	51	55	54	50	49	46	47
indice di dipendenza degli anziani (%) - al 1/1	30	31	29	30	28	30	32	32	36	35	29	30	25	26
indice di vecchiaia (%) - al 1/1	140	144	138	142	136	140	172	169	184	186	145	153	114	121
età media della popolazione - al 1/1	43	43	43	43	43	43	44	44	45	45	42	43	41	42

*dati riferiti al 2009

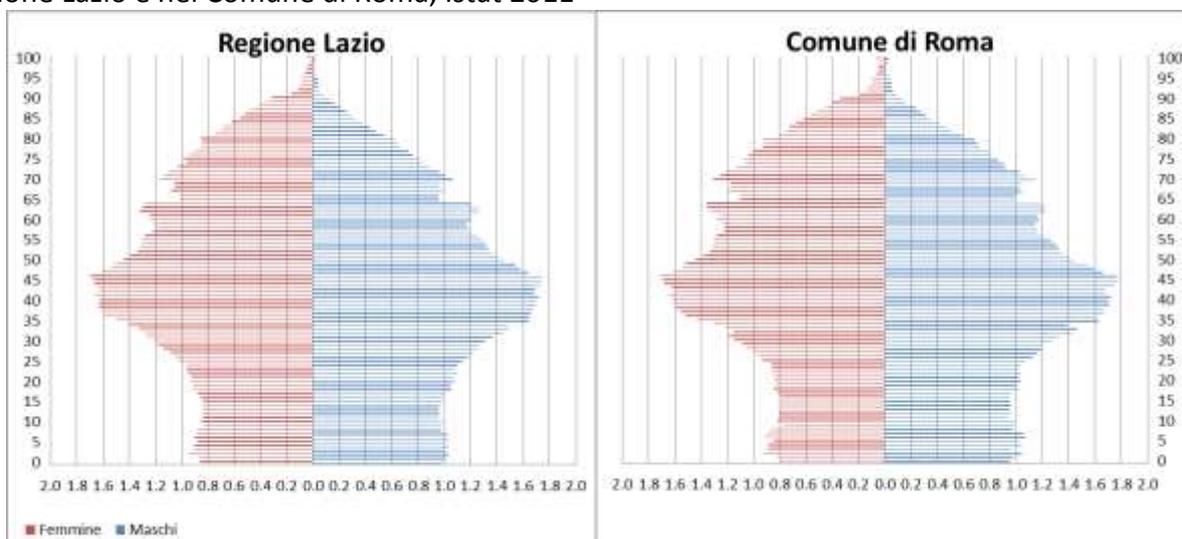
** La definizione degli indicatori è disponibile sul sito <http://demo.istat.it/altridati/indicatori/index.html>

Fig.1. Andamento temporale della speranza di vita alla nascita in Italia e nelle Province nel Lazio



La struttura per età della popolazione della Regione Lazio (Fig.2), stimata dall'Istat al 1/1/2011, mostra una proporzione di maschi maggiore rispetto alle femmine dalla nascita fino a circa 34 anni di età, nelle età successive tale differenziale si inverte fino a raggiungere il suo massimo dopo gli 80 anni. Non si evidenziano differenze sostanziali tra la popolazione della Regione Lazio e del Comune di Roma.

Fig.2 Distribuzione percentuale della struttura per età e genere della popolazione residente nelle Regione Lazio e nel Comune di Roma, Istat 2011



Il Lazio si caratterizza per una percentuale di popolazione di età 0–14 anni pari al 14%, tra i 15–64 anni pari al 66% e oltre i 65 anni pari al 20% (Tab.2), in linea con la distribuzione per età a livello

nazionale. Sia nei maschi che nelle femmine le Province con più giovani sono Roma e Latina mentre quella con popolazione più anziana è Rieti.

Tab.2 Distribuzione della popolazione residente per grandi gruppi di età e aree di residenza, Regione Lazio, Istat 2011

Area di residenza	Totale						
	0-14		15-64		65+		Totale
	N	%	N	%	N	%	N
Lazio	799740	14	3792926	66	1136022	20	5728688
ASL RM A	57720	12	315414	65	115557	24	488691
ASL RM B	102651	15	468318	67	132981	19	703950
ASL RM C	70883	13	342645	63	126288	23	539816
ASL RM D	84956	15	370080	65	118001	21	573037
ASL RM E	72649	14	338442	64	115877	22	526968
Comune di Roma	377350	14	1785782	65	598345	22	2761477
ASL RM F	48096	15	217371	68	53437	17	318904
ASL RM G	73783	15	333515	68	81788	17	489086
ASL RM H	84602	15	376984	68	92030	17	553616
Provincia di Roma	595340	14	2762769	66	835959	20	4194068
Provincia di Viterbo	40199	13	212313	66	67782	21	320294
Provincia di Rieti	19449	12	104616	65	36402	23	160467
Provincia di Frosinone	64633	13	335047	67	98487	20	498167
Provincia di Latina	80119	14	378181	68	97392	18	555692

2. Indicatori dello stato di salute

Mortalità proporzionale

L'analisi della mortalità proporzionale per grandi gruppi di cause nel Lazio nel 2011 (Fonte: Registro Nominativo Cause di Morte ReNcAm, Lazio), espressa come proporzione tra le morti dovute ad una specifica causa rispetto alle morti totali, non mostra sostanziali differenze rispetto al dato nazionale (ISTAT, anno 2009) (Fig.3a). I tumori sono la causa più frequente nei maschi, a seguire le malattie del sistema circolatorio entrambe con frequenza intorno al 36%. Nelle femmine le malattie del sistema circolatorio sono la prima causa di decesso (42%) seguite dai tumori (27%).

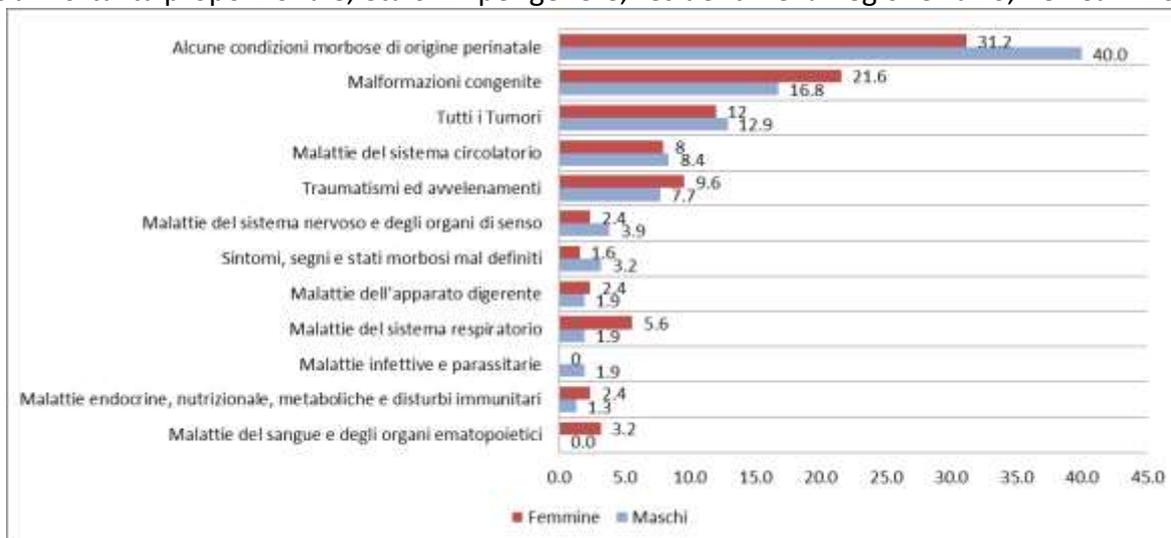
Fig.3a Mortalità proporzionale, tutte le età per genere, residenti nella Regione Lazio, ReNcAm 2011



Non si osservano differenze tra il dato regionale e quello delle singole Province eccetto nella Provincia di Viterbo e di Frosinone dove le malattie del sistema circolatorio nei maschi sono presenti in proporzione maggiore (35,9% e 41,0% rispettivamente, dati non in figura).

Nella popolazione in età pediatrica (Fig.3b), più del 70% dei decessi è attribuibile a condizioni morbose di origine perinatale (40,0% nei maschi e 31,2% nelle femmine), alle malformazioni congenite (16,8% nei maschi e 21,6% nelle femmine) e ai tumori (circa 12,5%).

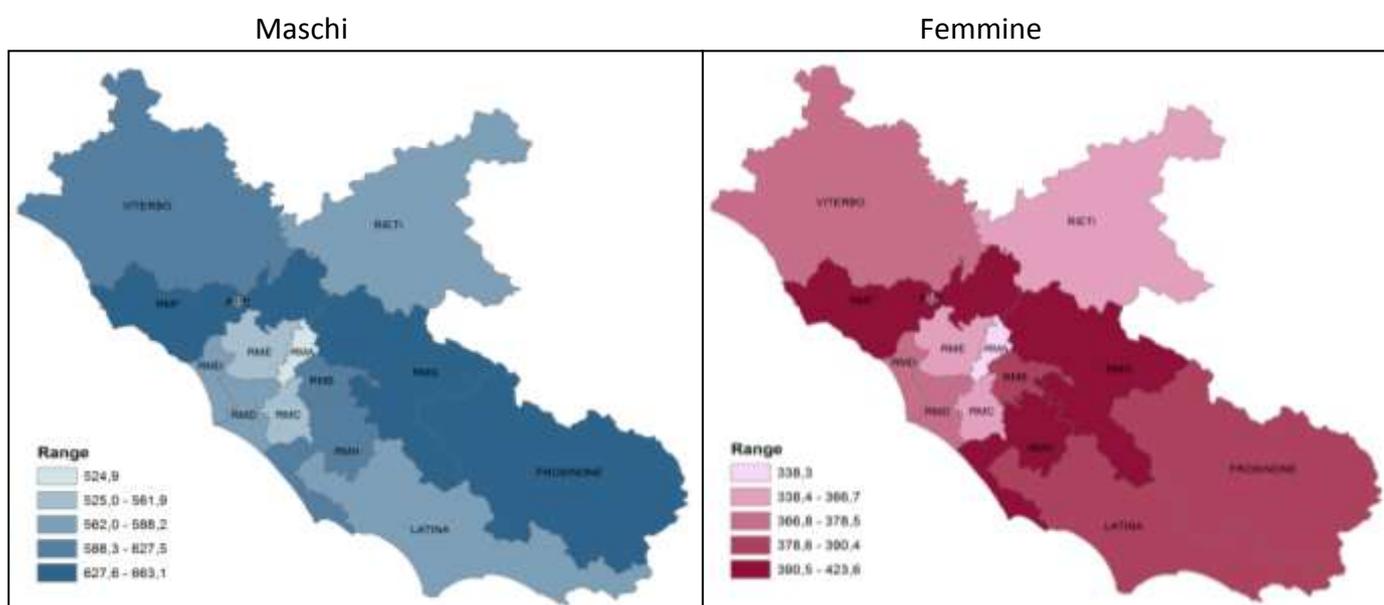
Fig.3b Mortalità proporzionale, età 0-14 per genere, residenti nella Regione Lazio, ReNCaM 2011



Mortalità per causa

La Fig.4 mostra i tassi di mortalità per tutte le cause per 100.000 residenti nelle ASL della Regione Lazio per genere. È evidente un'eterogeneità tra le ASL e tra i due generi, con i tassi di mortalità più elevati nelle ASL RM F, RM G e nella Provincia di Frosinone nei maschi, e nelle ASL RM F, RM G e RM H nelle femmine.

Fig.4. Tasso (per 100.000 residenti) standardizzato di mortalità per tutte le cause (001-999) per genere e ASL e Provincia di residenza nella Regione Lazio. Anno 2011



Nelle Tab.4a-d (in allegato) vengono riportati i seguenti indicatori: numero di decessi osservati nel 2011 (fonte: ReNCaM 2011), tasso grezzo di mortalità e tasso standardizzato per età per 100.000 residenti (riferimento: popolazione europea) e limiti di confidenza al 95% (IC 95%), Rischio Relativo (RR, rapporto tra il tasso standardizzato dell'area di interesse ed il tasso regionale), limiti di confidenza del RR al 95%. Tutte le misure sono stratificate per genere e area di residenza (Lazio, Province, ASL e Comune di Roma). Nelle tabelle i RR significativi sono evidenziati in grassetto.

Tutte le cause

Il numero di decessi nel 2011 è di 52.962 di cui il 48,8% nei maschi (Tab.4a in allegato). Il tasso standardizzato per 100.000 residenti è 596,0 nei maschi e 378,4 nelle femmine. Rispetto al tasso regionale si osservano tassi più elevati nei maschi nella ASL RM B, RM F, RM G e nella Provincia di Frosinone; nelle femmine i RR sono maggiori di 1 nelle ASL RM F, RM G, RM H.

Tumori maligni

Il numero di decessi nel 2011 è di 15.937 di cui il 56,1% nei maschi (Tab.4b in allegato). Il tasso standardizzato per 100.000 residenti è 211,3 nei maschi e 125,8 nelle femmine. Rispetto al tasso regionale si osservano i tassi più elevati nei maschi nella ASL RM F, RM G, e nelle femmine nella ASL RM D e nella Provincia di Roma.

Malattie del sistema circolatorio

Il numero di decessi nel 2011 è di 20.275 di cui il 44,3% nei maschi (Tab.4c in allegato). Il tasso standardizzato per 100.000 residenti è 197,3 nei Maschi e 133,1 nelle femmine. Rispetto al tasso regionale si osservano tassi più elevati nei maschi nella ASL RM B, RM G e nella Provincia di Frosinone, e per le femmine nelle ASL RM F, RM G, RM H e nella Province di Frosinone e Latina.

Malattie dell'apparato respiratorio

Il numero di decessi nel 2011 è di 3.158 di cui il 53,2% nei maschi (Tab.4d in allegato). Il tasso standardizzato per 100.000 residenti è 35,4 nei Maschi e 18,1 nelle femmine. Rispetto al tasso regionale si osservano tassi più elevati nei maschi nella RM H e nella Provincia di Frosinone, e nelle femmine nella ASL RM H.

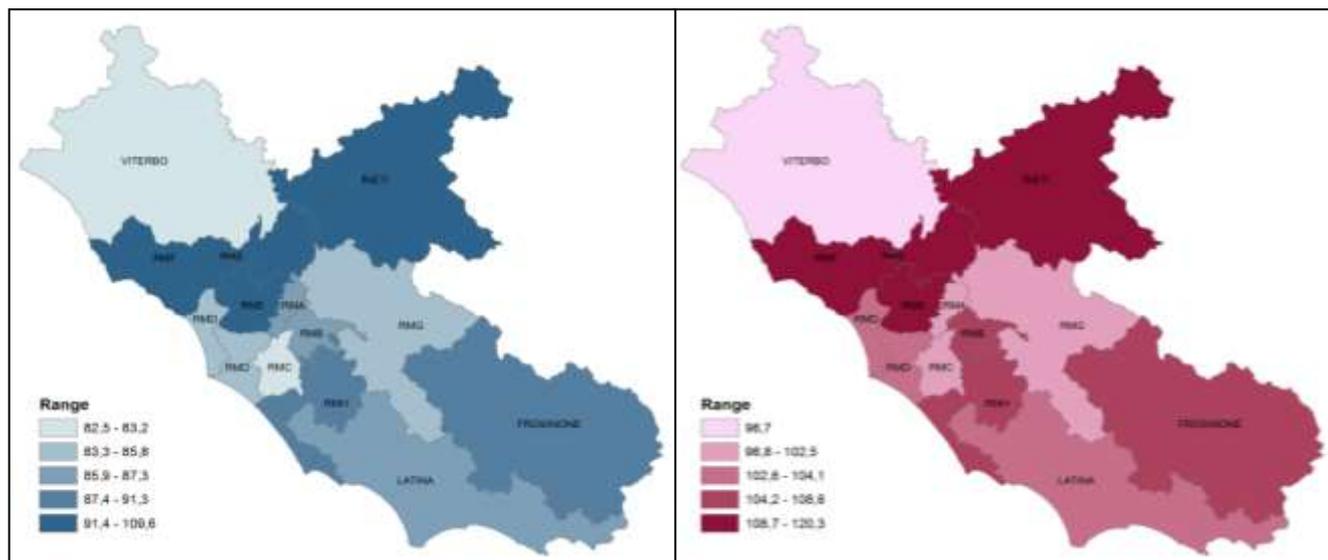
Ospedalizzazione

La Fig.5 mostra i tassi di ospedalizzazione per tutte le cause per 1.000 residenti nelle ASL della Regione Lazio per genere. È evidente un'eterogeneità tra le ASL con i tassi di ospedalizzazione più elevati nelle ASL RM E, RM F e nella Provincia di Rieti sia nei maschi che nelle femmine.

Fig.5. Tasso standardizzato di ospedalizzazione (ricoveri ordinari) per tutte le cause (001-999) nella popolazione adulta per genere e ASL e Provincia di residenza nella Regione Lazio. Anno 2011

maschi

femmine



Dalla Tab.5 alla Tab.8 (in allegato) sono presentati i tassi grezzi e standardizzati di ospedalizzazione (Fonte: SIO Regione Lazio, 2011) e i Rischi Relativi (riferimento: Regione Lazio). I tassi sono calcolati sulla popolazione dei residenti assistiti (fonte: Anagrafe Sanitaria Regione Lazio, 2011) ed espressi per 1.000 residenti e assistiti. Per la causa di ospedalizzazione è stata considerata solo la diagnosi principale di dimissione. Sono presentati separatamente i ricoveri ordinari ed i day hospital per la popolazione in età pediatrica e per la popolazione adulta. Tutte le misure sono stratificate per genere ed area di residenza (Lazio, Province, ASL e Comune di Roma).

Popolazione adulta (età 15+)

1. Ricoveri ordinari

Tutte le cause

Il numero di ricoveri ordinari nel 2011 è 539.303 di cui il 44,1% nei maschi (Tab.5a in allegato). I tassi di ospedalizzazione per 1.000 residenti sono maggiori nelle femmine (105,9) rispetto ai maschi (89,0). Si osservano tassi di ospedalizzazione più elevati del tasso regionale nei maschi nella ASL RM E, RM F, RM H e nelle Province di Rieti e Frosinone, e nelle femmine nella ASL RM E, RM F, RM H e nelle Province di Roma e Rieti.

Tumori maligni

Il numero di ricoveri ordinari nel 2011 è 64.158 di cui il 47,9% nei maschi (Tab.5b in allegato). I tassi di ospedalizzazione per 1.000 residenti sono simili nei maschi e nelle femmine (circa 11). Si osservano tassi di ospedalizzazione più elevati del tasso regionale nella ASL RM E, nel Comune di Roma, nella ASL RM F, nelle Province di Roma e di Rieti e, nelle femmine anche nel Comune e in diverse ASL di Roma (ASL RM A, RM C, RM E), nella ASL RM F e nella Provincia di Roma.

Malattie del sistema nervoso, ed organi di senso

Il numero di ricoveri ordinari nel 2011 è di 19.361 di cui il 47,8% nei maschi (Tab.5c in allegato). I tassi di ospedalizzazione per 1.000 residenti sono simili nei maschi (3,5) e nelle femmine (3,3). Si osservano tassi di ospedalizzazione più elevati del tasso regionale nel Comune di Roma, nelle ASL

RM A, RM E e nella Provincia di Roma nei maschi e nelle ASL RM A, RM B, RM E, nel Comune e nella Provincia di Roma e di Rieti nelle femmine.

Malattie del sistema circolatorio

Il numero di ricoveri ordinari nel 2011 è di 98.220 di cui il 57,2% nei maschi (Tab.5d in allegato). I tassi di ospedalizzazione per 1.000 residenti sono maggiori nei maschi (19,0) rispetto alle femmine (9,8). Si osservano tassi di ospedalizzazione più elevati del tasso regionale nelle ASL RM F, RM G, RM H e nelle Province di Rieti e Latina nei maschi, e nelle ASL RM F, RM H, e nelle Province di Rieti, Frosinone e Latina nelle femmine.

Malattie dell'apparato respiratorio

Il numero di ricoveri ordinari nel 2011 è di 34.281 di cui il 56,0% nei maschi (Tab.5e in allegato). I tassi di ospedalizzazione per 1.000 residenti sono maggiori nei maschi (7,0) rispetto alle femmine (4,4). Si osservano tassi di ospedalizzazione più elevati del tasso regionale nella ASL RM E, RM H e nella Provincia di Rieti sia nei maschi che nelle femmine, e nelle femmine anche nella ASL RM B e nella Provincia di Roma.

2. Day hospital

Il numero di day hospital per tutte le cause nel 2011 è di 228.040, di cui 45,3% nei maschi (Tab.6 in allegato). I tassi di ospedalizzazione per 1.000 residenti sono maggiori nelle femmine (49,3) rispetto ai maschi (43,3). Si osservano tassi di ospedalizzazione più elevati del tasso regionale nel Comune e nella Provincia di Roma e nelle rispettive ASL sia nei maschi che nelle femmine.

Popolazione in età pediatrica (età 0-14)

1. Ricoveri ordinari

Tutte le cause

Il numero di ricoveri ordinari nel 2011 è di 34.978 di cui il 57,5% nei maschi (Tab.7a in allegato). I tassi di ospedalizzazione per 1.000 residenti di età 0-14 anni sono maggiori nei maschi (53,8) rispetto alle femmine (42,2). Si osservano tassi di ospedalizzazione più elevati del tasso regionale nelle ASL RM F e RM H e nella Provincia di Rieti e Frosinone e nelle femmine nella ASL RM F e RM H e nelle Province di Rieti, Frosinone e Latina.

Malattie infettive e parassitarie

Il numero di ricoveri ordinari nel 2011 è di 1.994 di cui il 56,6% nei maschi (Tab.7b in allegato). I tassi di ospedalizzazione per 1.000 residenti di età 0-14 anni sono simili nei maschi (3,1) e nelle femmine (2,6). Si osservano tassi di ospedalizzazione più elevati del tasso regionale nella ASL RM H, nelle Province di Frosinone e Latina nei maschi e nella ASL RM H, nelle Province di Rieti, Frosinone e Latina nelle femmine.

Tumori maligni

Il numero di ricoveri ordinari nel 2011 è di 864 di cui il 50% nei maschi (Tab.7c in allegato). I tassi di ospedalizzazione dei residenti per 1.000 residenti di età 0-14 anni sono simili nei maschi e nelle femmine (circa 1). Si osservano tassi di ospedalizzazione più elevati del tasso regionale solo nelle femmine nella ASL RM D, RM F e nella Provincia di Frosinone.

2. Day hospital

Il numero di day hospital per tutte le cause nel 2011 è di 58.309 di cui il 58,6% nei maschi (Tab.8 in allegato). I tassi di ospedalizzazione per 1.000 residenti di età 0-14 anni sono maggiori nei maschi (88,7) rispetto alle femmine (66,6). Si osservano tassi di ospedalizzazione più elevati del tasso regionale solo in alcune ASL del Comune e della Provincia di Roma sia nei maschi che nelle femmine.

Prevalenza e incidenza di alcune patologie croniche di particolare interesse

Di seguito sono riportati i dati di incidenza e prevalenza di alcune patologie croniche di particolare interesse per la programmazione sanitaria per l'elevata prevalenza o incidenza nella popolazione adulta: broncopneumopatia cronico-ostruttiva, diabete, eventi coronarici ed eventi cerebrovascolari. Dalla Tab.9 alla Tab.12 (in allegato) sono presentati i casi prevalenti o incidenti, i tassi grezzi e standardizzati di prevalenza o incidenza e i Rischi Relativi (riferimento: Regione Lazio) relativi al 2006-2009. I tassi sono calcolati sulla popolazione residente ed espressi per 1.000 residenti (prevalenza) e per 100.000 residenti (incidenza). La stima della prevalenza della BPCO e del diabete è stata definita attraverso l'uso integrato di fonti informative correnti (ricoveri ospedalieri, prescrizioni farmaceutiche e delle esenzioni ticket per patologia). L'incidenza dei primi eventi coronarici o cerebrovascolari è stata stimata dai ricoveri ospedalieri o dai decessi avvenuti fuori dall'ospedale. Tutte le misure sono stratificate per genere ed area di residenza (Lazio, Province, ASL e Comune di Roma).

Prevalenza di broncopneumopatia cronico-ostruttiva (BPCO)

Nel 2008 sono stati individuati 265.283 casi prevalenti di BPCO nella popolazione di età maggiore o uguale a 45 anni (Tab.9 in allegato). I tassi standardizzati regionali per 1.000 residenti risultano, rispettivamente per i maschi e per le femmine, pari a 100,9 e 71,9. Nei maschi, i tassi del Comune di Roma sono inferiori alla media regionale con valori pari a 96,7, mentre nelle femmine i tassi sono leggermente superiori alla media regionale e pari a 72,2. Si osservano tassi di prevalenza più elevati del tasso regionale nelle ASL RM B, RM F, RM H, e nelle Province di Rieti, Frosinone e Latina nei maschi e nelle ASL RM B, nel Comune di Roma, nella ASL RM F e RM H e nella Provincia di Latina nelle femmine.

Prevalenza di diabete

Nel 2008 sono stati individuati 313.853 casi di diabete nella popolazione di età maggiore o uguale a 35 anni (Tab.10 in allegato). I tassi standardizzati regionali per 1.000 residenti risultano, rispettivamente per i maschi e le femmine, pari a 87,2 e 67,6. La prevalenza nel Comune di Roma risulta inferiore alla media regionale con valori pari a 83,6 per i maschi e 61,3 per le femmine. Si osservano tassi di prevalenza più elevati del tasso regionale nelle ASL RM B, RM F, RM G, RM H, e nelle Province di Rieti, Frosinone e Latina sia nei maschi che nelle femmine.

Incidenza di primi eventi coronarici

Nel periodo 2006-2009 sono stati individuati 34.809 primi eventi coronarici attribuibili a residenti nella Regione Lazio con età compresa tra 35 e 84 anni (Tab.11 in allegato). I tassi standardizzati regionali per 100.000 residenti risultano, rispettivamente per i maschi e per le femmine, pari a 331,1 e 109,7. I tassi di incidenza relativi all'area del Comune di Roma sono risultati, per i maschi, simili ai valori regionali con incidenze pari a 328,6, mentre per le femmine si osservano tassi inferiori ai valori regionali con valori pari a 103,5. Si osservano tassi di prevalenza più elevati del tasso regionale nelle ASL RM F, RM G, RM H, e nelle Province di Viterbo e Latina nei maschi e nelle ASL RM F, RM G, RM H nelle femmine.

Incidenza di eventi cerebrovascolari acuti

Nel periodo 2006-2009 sono stati individuati 27.030 primi eventi cerebrovascolari attribuibili a residenti nella Regione Lazio con età compresa tra 35 e 84 anni (Tab.12 in allegato). I tassi standardizzati regionali per 100.000 residenti risultano, rispettivamente per i maschi e le femmine, pari a 182,8 e 115,3. I tassi di incidenza relativi all'area del Comune di Roma sono risultati simili ai valori regionali con incidenze pari rispettivamente a 171,2 per i maschi e 106,1 per le femmine. Si osservano tassi di prevalenza più elevati del tasso regionale nella ASL RM G e nelle Province di Viterbo e Frosinone nei maschi e nella ASL RM G e nelle Province di Viterbo, Frosinone e Latina nelle femmine.

3. Tendenziali e programmatici 2013-2015

RICAVI (€/000)	Consuntivo	Tendenziale	Tendenziale	Tendenziale	Programmatico	Programmatico	Programmatico
VOCE	2012	2013	2014	2015	2013	2014	2015
Contributi da Regione e Prov. Aut. per quota F.S. regionale	9.926.568	9.840.091	10.104.631	10.104.631	9.840.091	10.104.631	10.104.631
Rettifica contributi in c/esercizio per destinazione ad investimenti	-13.181	-37.709	-73.709	-97.709	-24.255	-36.255	-42.975
Contributi da regione a titolo di copertura extra LEA	0	0	0	0	0	0	0
Utilizzo fondi per quote inutilizzate contributi di esercizi precedenti	15.679	43.382	43.382	43.382	43.382	43.382	43.382
altri contributi in conto esercizio	192.699	164.345	164.606	164.842	164.345	164.606	164.842
mobilità attiva intra	0	0	0	0	0	0	0
mobilità attiva extra regionale	317.018	308.314	308.314	308.314	308.314	308.314	308.314
payback	49.078	33.078	33.078	33.078	33.078	33.078	33.078
compartecipazioni	145.539	145.539	145.539	145.539	145.198	153.198	161.198
altre entrate	166.148	160.570	160.570	160.570	160.544	160.544	160.544
costi capitalizzati	146.829	129.742	129.742	129.742	129.527	129.527	129.527
rettifica contributi in c/esercizio per destinazione ad investimenti - altri contributi	-1.130	0	0	0	0	0	0
TOTALE RICAVI	10.945.247	10.787.352	11.016.152	10.992.388	10.800.224	11.061.024	11.062.540
COSTI (€/000)	Consuntivo	Tendenziale	Tendenziale	Tendenziale	Programmatico	Programmatico	Programmatico
VOCE	2012	2013	2014	2015	2013	2014	2015
personale	2.894.195	2.894.195	2.894.195	2.894.195	2.842.833	2.805.863	2.766.005
irap	214.321	214.321	214.321	214.321	210.764	208.773	206.582
beni	1.356.261	1.392.117	1.430.422	1.469.549	1.368.442	1.336.447	1.343.574
<i>beni sanitari</i>	<i>1.331.355</i>	<i>1.369.521</i>	<i>1.407.691</i>	<i>1.446.819</i>	<i>1.345.883</i>	<i>1.313.753</i>	<i>1.320.881</i>
<i>beni non sanitari</i>	<i>24.906</i>	<i>22.596</i>	<i>22.731</i>	<i>22.731</i>	<i>22.559</i>	<i>22.694</i>	<i>22.694</i>
servizi	1.556.253	1.425.427	1.433.512	1.433.512	1.405.066	1.374.824	1.310.435
<i>servizi sanitari</i>	<i>440.043</i>	<i>409.564</i>	<i>410.755</i>	<i>410.755</i>	<i>409.564</i>	<i>408.689</i>	<i>386.636</i>
<i>servizi non sanitari</i>	<i>1.116.210</i>	<i>1.015.863</i>	<i>1.022.757</i>	<i>1.022.757</i>	<i>995.502</i>	<i>966.135</i>	<i>923.798</i>
prestazioni da privato	4.348.452	4.424.949	4.419.582	4.429.378	4.417.908	4.389.499	4.390.506
<i>medicina di base</i>	<i>615.431</i>	<i>609.301</i>	<i>609.301</i>	<i>609.301</i>	<i>609.301</i>	<i>609.301</i>	<i>609.301</i>
<i>farmaceutica convenzionata</i>	<i>976.059</i>	<i>976.059</i>	<i>976.059</i>	<i>976.059</i>	<i>966.559</i>	<i>957.059</i>	<i>957.059</i>
<i>assistenza specialistica da privato</i>	<i>494.037</i>	<i>516.117</i>	<i>512.989</i>	<i>512.989</i>	<i>516.354</i>	<i>503.986</i>	<i>498.197</i>
<i>assistenza riabilitativa da privato</i>	<i>208.684</i>	<i>208.684</i>	<i>208.684</i>	<i>208.684</i>	<i>208.214</i>	<i>208.734</i>	<i>208.734</i>
<i>assistenza ospedaliera da privato</i>	<i>1.262.391</i>	<i>1.299.304</i>	<i>1.286.053</i>	<i>1.286.053</i>	<i>1.289.073</i>	<i>1.262.608</i>	<i>1.262.608</i>
<i>altre prestazioni da privato</i>	<i>791.850</i>	<i>815.483</i>	<i>826.496</i>	<i>836.292</i>	<i>828.406</i>	<i>847.811</i>	<i>854.607</i>
prestazioni da pubblico	12.011	12.175	12.479	12.788	12.175	12.479	12.788
mobilità passiva intraregionale	0	0	0	0	0	0	0
mobilità passiva extraregionale	435.997	447.972	447.972	447.972	447.972	447.972	387.972
accantonamenti	422.158	328.470	295.970	281.477	309.722	286.929	302.336
oneri finanziari	111.210	153.891	153.891	153.891	153.891	153.891	153.891
oneri fiscali (netto irap)	12.522	12.522	12.522	12.522	12.522	12.522	12.522
saldo poste straordinarie	10.008	9.941	9.941	9.941	9.941	9.941	9.941
saldo intramoenia	14.694	14.694	14.694	14.694	14.636	14.636	14.636
ammortamenti	208.727	192.755	192.755	192.755	192.460	192.460	192.460
rivalutazioni e svalutazioni	2.163	0	0	0	0	0	0
TOTALE COSTI	11.549.568	11.474.158	11.482.985	11.517.725	11.349.178	11.197.081	11.054.495
RISULTATO DI ESERCIZIO	-604.321	-686.806	-466.833	-525.337	-548.954	-136.057	8.045
Contributi da regione a titolo di copertura LEA	808.682	868.031	913.031	913.031	868.031	913.031	913.031
Risultato Economico con risorse aggiunte LEA	204.361	181.225	446.198	387.694	319.077	776.974	921.076

Tabella 1– Consuntivo 2012, tendenziali e programmatici 2013-2015

La tabella precedente illustra lo schema sintetico dei Conti Economici del Consuntivo 2012, Tendenziali 2013-2015 e Programmatici 2013-2015.

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

- Conti Economici Consuntivi NSIS degli anni 2008-2012.
- Conti Economici NSIS al IV Trimestre degli anni 2011 e 2012, e al III Trimestre degli anni 2012 e 2013.
- Applicazione degli effetti contabili derivanti dall'applicazione della normativa nazionale, si riportano le principali: D.Lgs.118/2011; DM del 17/09/2012 e casistica applicativa allegata; DL 78/2010; DL 98/2011; DL 95/2012, convertito, con modificazioni, dalla Legge 07/08/2012, n.135; L. 228/2012 e successive circolari ministeriali applicative nel seguito richiamate; DL 69/2013; DL 101/2013; sentenza della Corte Costituzionale 187/2012; articolo 40, comma 1-ter, decreto legge 6 luglio 2011, n. 98.
- Evidenze emerse dall'analisi dell'andamento economico rilevato tra 2008-2012, flussi gestionali disponibili per l'esercizio 2012 e stima del fenomeno inflattivo per alcune tipologie di beni e servizi (costi interni) mediante Indice del Prezzo al Consumo (IPC) registrato nel corso dell'anno 2012 pari al 1,5%, basato sul Tasso di Inflazione Programmata pari all'1,5%, come previsto nel DEF, aumentato prudenzialmente dell'1%. A tal proposito, si specifica che per i beni e servizi

oggetto di applicazione delle disposizioni di cui all'art. 15, comma 13, lettere a) e b) del DL 95/2012 il tendenziale recepisce, ad invarianza delle prestazioni assistenziali erogate, il risparmio indotto dalla stima di riduzione dei contratti e delle connesse prestazioni. Le stime del tendenziale pertanto assorbono l'eventuale incremento inflattivo della spesa (IPC), non considerando l'incremento dell'aliquota dell'imposta sul valore aggiunto del 21 per cento che a decorrere dal 1° ottobre 2013 è rideterminata nella misura del 22 per cento (articolo 40, comma 1-ter, decreto legge 6 luglio 2011, n. 98).

Per tale applicazione, si prevede tuttavia la necessità di un forte coinvolgimento di tutte le direzioni aziendali, che in attuazione alla normativa nazionale e regionale, tra cui il presente Programma operativo, sono chiamati ad adottare ogni utile misura per la riorganizzazione dei processi produttivi aziendali che sottostanno alla erogazione delle singole tipologie di prestazioni sanitarie di tipo diagnostico, terapeutico medico – chirurgico, riabilitativo e socio sanitario. Nell'ambito di tale riorganizzazione saranno individuati margini di efficientamento conseguibile, e promosse, contestualmente, iniziative sul versante dell'appropriatezza erogativa.

Per la quantificazione dei valori inseriti nei tendenziali 2013-2015, si precisa che si è tenuto conto anche delle riclassifiche di conto di CE operate dalle Aziende dal 2013 rispetto al 2012, che sono state approfondite nel corso degli incontri con le Aziende sui dati economici al III trim 2013.

Per i dettagli dei razionali utilizzati si rimanda alla specifica trattazione che segue:

RICAVI

Contributi da Regione e Prov. Aut. per quota F.S. regionale

Il valore del Consuntivo 2012 è pari a 9.927 €/mln. Il valore del tendenziale è stato posto pari a **9.840 €/mln per il 2013 e 10.105 €/mln per il 2014 e per il 2015**, con una variazione rispetto al 2012 di -86 €/mln per il 2013 e di +178 €/mln per il 2014 e per il 2015.

La stima dei contributi FSR indistinto 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 L 228/2012 (art. 15, comma 22), e delle indicazioni riportate nel verbale del tavolo tecnico ministeriale del 30 luglio 2013 a seguito della sentenza della Corte Costituzionale 187/2012 che dichiara incostituzionali le misure di compartecipazione introdotte dal DL 98/2011, secondo lo schema seguente.

Dinamica del finanziamento SSN	2012	2013	2014	2015
Finanziamento SSN (lordo penitenziaria)	110.512	112.393	116.236	
Riduzione di cui al DL 78/2010 + DL 98/2011	-1.732	-3.100	-5.450	
Totale netto manovre	108.780	109.293	110.786	
Ulteriori risorse per Opg, regolarizzazione stranieri netto visite fiscali	81	115	115	
Riduzione di cui al DL 95/2012	-900	-1.800	-2.000	
Totale netto manovre	107.961	107.608	108.901	
Riduzione di cui al Ddl stabilità 2013		-600	-1.000	
Totale netto manovre		107.008	107.901	
Dinamica finanziamento a legislazione vigente rispetto all'anno precedente		-0,88%	0,83%	
Stima del Fondo indistinto ante sentenza 187/2012	9.737.064	9.651.112	9.731.652	9.731.652
Stima del ripristino del finanziamento in conseguenza della sentenza della Corte Costituzionale sulle misure di compartecipazione introdotte dal DL 98/2011			184.000	184.000
Stima del Fondo indistinto post sentenza 187/2012	9.737.064	9.651.112	9.915.652	9.915.652

Valori stimati

Tabella 2 – Dinamica del finanziamento SSN

Per la ripartizione delle riduzioni del Fondo Sanitario Nazionale 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 prudenzialmente l'incidenza del finanziamento assegnato alla regione sul finanziamento totale nazionale (ovvero la % di incidenza sul fondo) rilevata nell'ultima delibera CIPE disponibile, anche in considerazione dell'entrata in vigore dei nuovi criteri di riparto del FSR a costi standard.

Gli incrementi del FSR derivanti dal DL 98/11 (incremento rispetto al finanziamento 2012 pari allo 0,5% nel 2013 e all'1,4% per il 2014) sono invece stati calcolati a partire dall'importo di FSR 2012 antecedente all'introduzione della *spending review*.

In assenza di indicazioni all'interno della cosiddetta Legge Tremonti sulla crescita del Fondo nel 2015, cautelativamente il FSN pre-*spending review* del 2015 è stato mantenuto pari a quello previsto per il 2014, senza l'incremento riportato nel tendenziale 2015 nella voce "Accantonamenti" riferito all'IVC del personale dipendente, pari a 0,5077%, per circa 15 €/mln.

Inoltre, si precisa che le stime non considerano gli effetti di rideterminazione del riparto connessi alla verifica della popolazione residente da Censimento 2011, mentre includono la stima ministeriale di 184 €/mln riportata nel verbale del tavolo tecnico ministeriale del 30 luglio 2013 per ripristino del finanziamento correlato alla sentenza della Corte Costituzionale 187/2012.

La stima dei contributi FSR vincolati è stata quantificata, coerentemente alle disposizioni del D.Lgs 118/2011, pari alle ultime assegnazioni disponibili (circa **189 €/mln**), in riduzione rispetto al CE 999 al Consuntivo 2012 di circa 0,5 €/mln.

FSR vincolato	Atto formale
Medicina Penitenziaria (D.Lgs. 230/99)	782 Deliberazione n. 141 del 2012 (FSR 2012)
Hanseniani (L. 31/86)	95 Intesa/Stato Regioni n. 76 del 11.04.2013 (FSR 2011)
Fibrosi Cistica (L. 362/99)	350 Deliberazione n. 146/2012 (FSR 2011)
Extracomunitari irregolari (L. 40/98)	3.841 Intesa Stato/Regioni n. 135 del 26.09.2013 (FSR 2012)
Fondo esclusività (L. 488/99)	2.800 Intesa Stato/Regioni n. 107 del 24.07.2013 (FSR 2012)
Borse studio MMG (L. 109/88)	4.267 Intesa Stato/Regioni n. 115 del 24.07.2013 (FSR 2012)
Aids (L. 135/90)	7.422 Deliberazione n. 51/2012 (FSR 2010)
Progetti di PSN (L. 662/96 e L. 133/08)	151.879 Deliberazione n. 142 del 2012
Ulteriori risorse medicina penitenziaria (art. 2, comma 283, L. 244/07)	17.544 Intesa 38/CU del 13.03.2013
Totale - Contributi FSR vincolati	188.979

Tabella 3 – FSR vincolato

Rettifica contributi in c/esercizio per destinazione ad investimenti

Il valore del Consuntivo 2012 è pari a -13 €/mln. Coerentemente con 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 il valore a tendenziale è stato posto pari a **-37,7 €/mln nel 2013, -73,7 €/mln nel 2014, -97,7 €/mln nel 2015**, in quanto si è previsto un incremento annuo di cespiti finanziati con risorse correnti di ca 60 €/mln. La variazione stimata rispetto al consuntivo 2012 per la voce in oggetto è rispettivamente pari a -25 €/mln, -61 €/mln e -85 €/mln.

Il dettaglio è riportato nella tabella seguente:

		Anno 2013	Anno 2014	Anno 2015
B=b1+b2+b3+b4	Rettifica contributi in c/esercizio per destinazione ad investimenti (cespiti finanziati con risorse correnti 2013-2014-2015)	-37.709	-73.709	-97.709
b1	Rettifica contributi al 20% per Cespiti acquistati nel con contributi c/esercizio (valore totale ca 69 €/mln)*	-13.709	-13.709	-13.709
b2	Rettifica contributi al 40% per Cespiti acquistati nel 2013 con contributi c/esercizio (valore totale ca 60 €/mln)*	-24.000	-24.000	-12.000
b3	Rettifica contributi al 60% per Cespiti acquistati nel 2014 con contributi c/esercizio (valore totale ca 60 €/mln)*		-36.000	-24.000
b4	Rettifica contributi al 80% per Cespiti acquistati nel 2015 con contributi c/esercizio (valore totale ca 60 €/mln)*			-48.000

* con nota regionale prot. N. 71329 del 18.04.2013, è stata effettuata una ricognizione degli investimenti 2012 finanziati dalle Aziende del SSR con risorse correnti quantificandoli in ca. 68 €/mln. Pertanto, sulla base delle informazioni disponibili è stato ipotizzato per gli anni 2013-2015, in assenza di ulteriori contributi regionali in c/capitale, un acquisto annuo dei cespiti finanziati con risorse correnti di ca. 60 €/mln.

Tabella 4 – Rettifica Contributi c/esercizio per destinazione ad investimenti

Contributi da regione a titolo di copertura extra LEA

Il valore per ciascuna annualità è pari a 0 €/mln, in quanto in Regione non sono erogati LEA aggiuntivi.

Utilizzo fondi per quote inutilizzate contributi di esercizi precedenti

Il valore del Consuntivo 2012 è pari a 16 €/mln. Per ciascuna annualità del **triennio 2013-2015** il valore a tendenziale è stato posto pari a **43 €/mln**, ovvero pari al valore degli accantonamenti per quote inutilizzate rilevate nel consuntivo 2012, nell'ipotesi che dal 2013 i contributi non utilizzati in corso d'anno dalle Aziende del SSR siano pari agli utilizzi degli accantonamenti rilevati negli esercizi precedenti. Inoltre, si specifica che l'ulteriore assunto del tendenziale è l'assegnazione integrale del FSR vincolato alle Aziende del SSR negli esercizi 2013-2015.

Altri contributi in conto esercizio

Il valore del Consuntivo 2012 è pari a **193 €/mln**. Per ciascuna annualità del **triennio 2013-2015** il valore a tendenziale è stato posto pari a **164 €/mln**, stimando una riduzione rispetto al 2012 di 28 €/mln.

In particolare, il valore inserito nel tendenziale è pari all'importo degli **stanziamenti previsti nel bilancio regionale** a favore delle aziende sanitarie e afferisce alle seguenti tipologie:

- “AA0070 - Contributi da Regione o Provincia Autonoma (extra fondo) - Vincolati”: la proiezione tendenziale per l'anno 2013-2015 ipotizza, per ciascuno dei tre anni, un importo pari a 35,6 €/mln. Le principali tipologie di contributi compresi nella voce in oggetto afferiscono al finanziamento dei trasporti non sanitari e soggiorni estivi, pari a ca. 20 €/mln, al finanziamento di interventi in materia di servizi sanitari (finanziamento della spesa relativa ai prodotti apteici per le persone affette da I.R.C., finanziamento di progetti in materia di prevenzione, ecc.) per circa 9,2 €/mln, finanziamento dei progetti e dei programmi di ricerca da ASP per circa 4 €/mln.
- “AA0100 - Contributi regionali extrafondo altro”: la proiezione tendenziale per l'anno 2013-2015 ipotizza, per ciascuno dei tre anni, un valore dei contributi regionali pari a 64 €/mln. Nella voce in oggetto è compresa la quota di contributi regionali assegnati alle Aziende

Sanitarie per la sterilizzazione della quota di interessi impliciti, compresi nei canoni di locazione nell'ambito dell'operazione di sale and lease back regionale SANIM (ca. 61 €/mln), unitamente alla quota di contributi vincolati destinata all'Azienda Ospedaliera San Giovanni Addolorata relativa al Calvary Hospital.

- "AA0160 - Contributi da altri soggetti pubblici (extra fondo) - Legge 210/92": la proiezione tendenziale per l'anno 2013-2015 ipotizza, per ciascuno dei tre anni, un importo dei contributi regionali pari a 20€/mln.

Oltre ai contributi regionali, nel valore del tendenziale rientrano anche 4 €/mln di **contributi da privati per ricerca**, per tener conto della proiezione a finire 2013 fornita dalle Aziende del SSR, sulla base dei dati al III trimestre 2013.

Con particolare riferimento ai **contributi ex L.210/92**, si precisa che il DL 78/2010 ha disposto l'azzeramento del capitolo di bilancio statale destinato a finanziare l'indennizzo previsto dalla L.210/92 e pertanto per tali somme si ipotizza nel tendenziale che dovranno essere stanziare dalla regione, in attesa di nuove disposizioni in merito da parte dello Stato.

Mobilità attiva intra

Il valore per ciascuna annualità è pari a 0 €/mln, in considerazione delle operazioni di elisione apportate al CE 999, ai fini del consolidamento.

Mobilità attiva extra regionale

Il valore del Consuntivo 2012 è pari a 317 €/mln. Il valore del tendenziale per il triennio 2013-2015, in applicazione dell'art. 29, comma 1, lett. h) del D.Lgs. 118/2011, è stato posto pari al valore delle tabelle della mobilità 2011, approvate dalla Conferenza Stato Regioni e da utilizzarsi per il riparto del FSR 2013, ovvero **308 €/mln**.

Pay back

Il valore del Consuntivo 2012 è pari a 49 €/mln. Per ciascuna annualità del triennio 2013-2015 il valore a tendenziale, al fine di tenere conto del DL 95/2012, è stato posto prudenzialmente pari a **33 €/mln**.

Compartecipazioni

Il valore del Consuntivo 2012 è pari a 146 €/mln. Il valore a tendenziale per il triennio 2013-2015 è stato posto pari al 2012, tenuto conto dell'obiettivo regionale di invarianza dei servizi di assistenza.

Altre entrate

Il valore del Consuntivo 2012 è pari a 166 €/mln. Per ciascuna annualità del triennio 2013-2015 il valore a tendenziale è stato posto pari a **161 €/mln**, decurtando al valore 2012 ca. 5 €mln corrispondenti alla mobilità attiva internazionale e ulteriori 0,2 €/mln, in corrispondenza dei proventi finanziari, per tener conto della proiezione a finire 2013 fornita dalle Aziende del SSR, sulla base dei dati al III trimestre 2013.

Costi capitalizzati

Il valore del Consuntivo 2012 è pari a 147 €/mln. Per l'annualità del 2013 il tendenziale recepisce le stime a finire formulate dalle aziende nel corso degli incontri tecnici sui dati di CE al III Trim 2013, pari a **130 €/mln**, mentre prudenzialmente non è stato stimato un incremento per le annualità 2014 e 2015.

A tal proposito, a garanzia dell'equilibrio del bilancio sanitario, si ritiene opportuno evidenziare che, coerentemente a quanto disposto sia dal DLGS 118/2011 in materia di modalità di copertura finanziaria degli investimenti operati dalle Aziende del SSR e sia dalla sezione "Rettifica contributi in c/esercizio per destinazione ad investimenti", è ragionevole ipotizzare nel biennio 2014-2015 un incremento della posta contabile in oggetto rispetto alle stime del 2013.

Rettifica contributi in c/esercizio per destinazione ad investimenti - altri contributi

Viene stimato un valore tendenziale per il triennio 2013-2015 pari a **0 €/mln**.

COSTI

Personale

Il valore tendenziale per ciascuna annualità del triennio 2013-2015 per la voce "Personale" è stato posto pari al valore del CE Consuntivo 2012 (**2.894 €/mln**) che include l'indennità di vacanza contrattuale (IVC = 0,75%). A tal proposito, si precisa che nella voce di accantonamento per rinnovi contrattuali si è proceduto, coerentemente alla normativa vigente, a stimare un ulteriore incremento rispetto al valore tendenziale della IVC per l'esercizio 2015.

Per la stima degli effetti del blocco di turn-over si rimanda al "Programma 10 – Gestione del Personale".

IRAP

Il valore del Consuntivo 2012 è pari a **214 €/mln**. Il valore del tendenziale per ciascuna annualità **del triennio 2013-2015** è stato posto pari al 2012, coerentemente alla voce "Personale".

Beni sanitari

Il valore del Consuntivo 2012 è pari a **1.331 €/mln**. Il valore del tendenziale è stato posto pari a **1.370 €/mln per il 2013, 1.408 €/mln per il 2014 e 1.447 €/mln per il 2015**, con un aumento rispetto al 2012 di 38 €/mln per il 2013, di 76 €/mln per il 2014 e di 115 €/mln per il 2015.

In particolare rispetto al valore rilevato al Consuntivo 2012, è stato ipotizzato un incremento complessivo di ca il 2% annuo che tiene conto sia degli obiettivi di razionalizzazione della spesa coerentemente alla disposizioni nazionali vigenti, e sia di un incremento pari a ca il 4% annuo per i farmaci distribuiti/somministrati in regime di File F da pubblico (prodotti di tipo "H", ed ossigeno ospedaliero e domiciliare), al fine di stimare il trend di crescita sia in termini di prezzo, e sia in termini di quantità.

Si riporta una tabella che evidenzia i valori del tendenziale 2013-2015 con separata evidenza dei prodotti farmaceutici ed emoderivati rispetto agli altri beni sanitari.

CONTO ECONOMICO	CONSUNTIVO 2012	TENDENZIALE 2013	Delta % rispetto al Consuntivo 2012	TENDENZIALE 2014	Delta % rispetto al Tendenziale 2013	TENDENZIALE 2015	Delta % rispetto al Tendenziale 2014
€000	A	B	(B-A)/A	C	(C-B)/B	D	(D-C)/C
Prodotti Farmaceutici ed Emoderivati	757.980	791.350	4,4%	812.130	2,6%	833.287	2,6%
Altri Beni Sanitari	573.375	578.171	0,8%	595.561	3,0%	613.532	3,0%
Totale Beni Sanitari	1.331.355	1.369.521	2,9%	1.407.691	2,8%	1.446.819	2,8%

A tal proposito, si precisa che per la voce "BA0040 - Medicinali con AIC, nell'esercizio 2013 si è provveduto anche a riclassificare ca 12 €/mln di spesa rilevate dalle Aziende sino all'esercizio 2012 nelle voci di conto inerenti ad altri beni sanitari.

Beni non sanitari

Il valore del Consuntivo 2012 è pari a **25 €/mln**. Il valore del tendenziale è stato posto pari a **23 €/mln per ciascuna annualità del triennio 2013-2015**.

La razionalizzazione di spesa è stata applicata nel tendenziale in relazione al fatto che si tratta di misure disposte dalla legislazione nazionale vigente (DL 98/2011, DL 95/2012 e smi), per le quali la Regione ha avviato le dovute attività di monitoraggio. L'effetto della razionalizzazione in oggetto è una riduzione di circa **2 €/mln** rispetto al valore del Consuntivo 2012.

Per le ulteriori iniziative regionali finalizzate ad agevolare l'attuazione delle disposizioni normative nazionali si rimanda al "Programma 9 – Razionalizzazione della spesa" e "Programma 13 - Riequilibrio Ospedale-Territorio".

Servizi sanitari

Il valore del Consuntivo 2012 è pari a 440 €/mln. Il valore del tendenziale è stato posto pari a **410 €/mln per il 2013 e 411 €/mln per il 2014 e per il 2015**, con una variazione rispetto al 2012 di -30 €/mln nel 2013 e di -29 €/mln nel 2014 e nel 2015.

In particolare le differenze rispetto al 2012 sono imputabili alle seguenti voci di CE:

- "BA1350 - Consulenze, Collaborazioni, Interinale e altre prestazioni di lavoro sanitarie e sociosanitarie": è stata rettificata di circa -7 €/mln rispetto al 2012, in applicazione delle disposizioni normative vigenti ed approfondite con le Aziende sui dati di CE al III trim 2013.
- "BA1510 - Altri servizi sanitari e sociosanitari a rilevanza sanitaria da pubblico - Altri soggetti pubblici della Regione": è stata rettificata di circa -2,8 €/mln rispetto al 2012, in applicazione delle disposizioni normative vigenti e coerentemente con le proiezioni a finire 2013 fornite dalle Aziende del SSR sulla base dei dati al III trimestre 2013.

La razionalizzazione di spesa è stata applicata nel tendenziale in relazione al fatto che si tratta di misure disposte dalla legislazione nazionale vigente (DL 98/2011, DL 95/2012 e smi), per le quali la Regione ha avviato le dovute attività di monitoraggio: l'effetto è una **riduzione di circa 23 €/mln** rispetto al Consuntivo 2012, per le voci BA1510 "Altri servizi sanitari e sociosanitari a rilevanza sanitaria da pubblico - Altri soggetti pubblici della Regione" e BA1530 "Altri servizi sanitari da privato". Per le ulteriori iniziative regionali finalizzate ad agevolare l'attuazione delle disposizioni normative nazionali si rimanda al "Programma 9 – Razionalizzazione della spesa", al "Programma 10 - Gestione del personale" e "Programma 13 - Riequilibrio Ospedale-Territorio".

Servizi non sanitari

Il valore del Consuntivo 2012 è pari a 1.116 €/mln. Il valore del tendenziale è stato posto pari a **1.016 €/mln per il 2013, 1.023 €/mln per il 2014 e per il 2015**, con una variazione rispetto al 2012 di -100 €/mln per il 2013, di -93 €/mln per il 2014 e per il 2015.

Per la quantificazione dei valori inseriti nei tendenziali 2013-2015, si precisa che si è tenuto conto anche delle riclassifiche di conto di CE operate dalle Aziende dal 2013 rispetto al 2012, che sono state approfondite nel corso degli incontri con le Aziende sui dati economici al III trim 2013.

A titolo di esempio, è da evidenziare la riclassifica di conto operata dal 2013 sul contratto di multiservizio tecnologico in applicazione alle indicazioni ministeriali di rilevazione della spesa per tipologia di servizio acquistato, ovvero dal conto dei servizi non sanitari ai conti di CE inerenti alle utenze, alle manutenzioni, al riscaldamento.

La razionalizzazione di spesa è stata applicata nel tendenziale in relazione al fatto che si tratta di misure disposte dalla legislazione nazionale vigente (DL 98/2011, DL 95/2012 e smi), per le quali la Regione ha avviato le dovute attività di monitoraggio, in particolare per le seguenti tipologie: pulizia, riscaldamento e smaltimento rifiuti, manutenzioni e riparazioni, altri servizi appaltati,

utenze, canoni di noleggio e canoni di leasing per area non sanitaria e altri servizi non sanitari con una riduzione, per le sole voci in oggetto, di circa **86 €/mln** rispetto al Consuntivo 2012.

Per le ulteriori iniziative regionali finalizzate ad agevolare l'attuazione delle disposizioni normative nazionali si rimanda al "Programma 9 – Razionalizzazione della spesa", al "Programma 10 - Gestione del personale" e "Programma 13 - Riequilibrio Ospedale-Territorio".

Medicina di base

Il valore del Consuntivo 2012 è pari a 615 €/mln. Il valore del tendenziale per ciascuna annualità del triennio 2013-2015 è stato posto pari a 609 €/mln, in linea con le stime aziendali a finire approfonditi sui dati di CE al III Trim 2013.

Farmaceutica convenzionata

Il valore del tendenziale per il triennio 2013-2015 è stato posto pari al Consuntivo 2012 (976 €/mln). Gli effetti degli interventi avviati dalla Regione saranno recepiti nel Programmatico.

Assistenza specialistica da privato

Il valore dell'aggregato per il triennio 2013-2015 è stato stimato pari al valore del CE Consuntivo 2011 ridotto delle percentuali previste dalle disposizioni di cui al DL 95/2012 e smi, ovvero **-1%** nell'esercizio **2013** e **-2%** nell'esercizio **2014** e **2015**.

A tal proposito, si precisa che la riduzione percentuale in oggetto non è stata applicata per l'acquisto di prestazioni di pronto soccorso non seguite da ricovero ed alla dialisi.

Il valore del tendenziale è da intendersi al netto della quota ricetta stimata pari al valore del 2011 (ca 20 €/mln).

La metodologia di calcolo è in linea con quanto disposto dal DCA U00348 del 22.11.2012.

Ricostruzione valore tendenziale Assistenza specialistica da privato (€/000)	2013	2014	2015
Acquisti servizi sanitari per assistenza specialistica da privato (valore consuntivo 2011)	397.386	397.386	397.386
PS+OBI	48.221	48.221	48.221
Dialisi	56.535	56.535	56.535
Quota ricetta (Valore 2011 dato disponibile)	20.244	20.244	20.244
Totale al netto PS e dialisi e comprensivo della quota ricetta	312.873	312.873	312.873
% riduzione ex L.135/2012	3.129	6.257	6.257
Valore al netto della riduzione prevista	309.745	306.616	306.616
PS+OBI	48.221	48.221	48.221
Dialisi	56.535	56.535	56.535
Quota ricetta (Valore 2011 dato disponibile)	20.244	20.244	20.244
Valore tendenziale	394.257	391.129	391.129

Assistenza riabilitativa da privato

Il valore del tendenziale per il triennio 2013-2015 è stato posto pari al CE Consuntivo 2012 (209 €/mln).

Assistenza ospedaliera da privato

Il valore dell'aggregato per il triennio 2013-2015 è stato stimato pari al valore del CE Consuntivo 2011 ridotto delle percentuali previste dalle disposizioni di cui al DL 95/2012 e smi, ovvero **-1%** nell'esercizio **2013** e **-2%** nell'esercizio **2014** e **2015**.

A tal proposito, si precisa che la riduzione percentuale in oggetto non è stata applicata per la quota di costo inerente alla remunerazione dei neonati sani. Inoltre, si evidenzia che i valori riportati nel tendenziale 2013-2015 non includono l'eventuale riduzione della spesa di acquisto

per richieste di rimborso a seguito dei controlli esterni (si precisa che gli abbattimenti per controlli esterni contabilizzati nell'esercizio 2011 sono stati pari a 38,8 €/mln), mentre includono i risparmi indotti dall'applicazione dei controlli (APPRO femore apa ripetuti).

La metodologia è in linea con quanto disposto dal DCA U00349 del 22.11.2012.

Ricostruzione valore tendenziale Assistenza ospedaliera da privato (€/000)	2013	2014	2015
Acquisti servizi sanitari per assistenza ospedaliera da privato (valore consuntivo 2011)	1.273.702	1.273.702	1.273.702
Controlli esterni	38.853	38.853	38.853
Controlli (Appro femore apa ripetuti)	21.900	21.900	21.900
Neonato sano	9.300	9.300	9.300
Totale lordo controlli e al netto neonato sano	1.325.155	1.325.155	1.325.155
% riduzione ex L.135/2012	13.252	26.503	26.503
Valore al netto della riduzione prevista	1.311.903	1.298.652	1.298.652
Neonato sano	9.300	9.300	9.300
Controlli (Appro femore apa ripetuti)	21.900	21.900	21.900
Valore tendenziale	1.299.303	1.286.052	1.286.052

Altre prestazioni da privato

Il valore del Consuntivo 2012 è pari a 792 €/mln. Il valore del tendenziale è stato posto pari a **815 €/mln per il 2013, 826 €/mln per il 2014 e 836 €/mln per il 2015**, con una variazione rispetto al 2012 di +23,4 €/mln per il 2013, di +34,6 €/mln per il 2014 e di +44,4 €/mln per il 2015.

Le voci che compongono le altre prestazioni da privato sono state analizzate rispetto al trend storico rilevato negli anni 2008-2012, ridotto di eventuali incrementi (una tantum) inerenti alle riclassifiche di conto operate dalle Aziende per l'acquisto delle prestazioni sanitarie e sociosanitarie a rilevanza sanitaria, ed ipotizzano invarianza della spesa del SSR per acquisto delle prestazioni sanitarie di RSA, Hospice, Psichiatria ed erogazione/somministrazione di File F da privato.

Prestazioni da pubblico

Il valore dell'aggregato al Consuntivo 2012 è pari a 12 €/mln. Il valore del tendenziale è stato posto pari a **12,2 €/mln per il 2013, 12,5 €/mln per il 2014 e 12,8 €/mln per il 2015**, con una variazione rispetto al 2012 di circa 0,2 €/mln per il 2013, 0,5 €/mln per il 2014 e 0,8 €/mln per il 2015.

In particolare le differenze rispetto al 2012 sono imputabili alla voce di CE "BA1110 - Acquisto prestazioni di trasporto sanitario da pubblico (altri soggetti pubbl. della Regione)", per la quale è stato ipotizzato un incremento annuo coerente alle informazioni dell'andamento a finire 2013 fornite dalle Aziende sui dati del III Trimestre 2013.

Mobilità passiva infraregionale

Il valore per ciascuna annualità è pari a 0 €/mln, in considerazione delle operazioni di elisione apportate, ai fini del consolidamento, al CE 999.

Mobilità passiva extra regionale

Il valore dell'aggregato al Consuntivo 2012 è pari a 436 €/mln. Il valore del tendenziale per il triennio 2013-2015, in applicazione dell'art. 29, comma 1, lett. h) del D.Lgs. 118/2011, è stato posto pari al valore delle tabelle della mobilità 2011, approvate dalla Conferenza Stato Regioni e da utilizzarsi per il riparto del FSR 2013, ovvero **448 €/mln**.

Accantonamenti

Il valore del Consuntivo 2012 è pari a 422 €/mln. Il valore del tendenziale è stato posto pari a **328,5 €/mln negli anni 2013, 296 €/mln nel 2014 e 281,5 €/mln nel 2015**. In particolare si evidenzia che gli importi tengono conto di quanto segue:

- accantonamenti per quote inutilizzate contributi vincolati, il valore a tendenziale è stato posto pari a 43 €/mln per ciascun anno del triennio 2013-2015, uguale al valore degli accantonamenti per quote inutilizzate rilevate nel 2012, nell'ipotesi che dal 2013 i contributi non utilizzati in corso d'anno dalle Aziende siano pari agli utilizzi degli accantonamenti rilevati negli esercizi precedenti. Inoltre, si specifica che l'ulteriore assunto del tendenziale è l'assegnazione integrale del FSR vincolato alle Aziende del SSR negli esercizi 2013-2015;
- accantonamenti per finanziamento OPG, inseriti nel valore del FSR 2013, 2014 e 2015 e prudenzialmente accantonati, pari a ca 10,3 €/mln;
- accantonamenti per rischi connessi all'applicazione del DL 95/2012 (spending review) per circa 65 €/mln nel 2013, 32,5 €/mln nel 2014 e 0 nel 2015, nell'ipotesi che gli obiettivi previsti dalla spending sull'acquisto di beni e servizi siano conseguiti dalla Regione entro il 2015;
- accantonamenti per premio di operosità (SUMAI) pari a ca 5,6 €/mln;
- accantonamenti per rinnovi contrattuali personale convenzionato (medicina di base e medici SUMAI), è stata applicata la percentuale di accantonamento pari allo 0,75% del costo rilevato nel 2012, ovvero 5,5 €/mln, incrementato di un ulteriore 0,5077% per il 2015, ovvero ulteriori 3,7 €/mln;
- accantonamenti per rinnovi contrattuali personale dipendente (CE BA2860, BA2870, BA2880), è stata applicata, coerentemente alla normativa vigente, una percentuale di incremento pari all'0,5077% per il 2015 del costo rilevato nel CE 2012, ovvero 14,3 €/mln;
- accantonamenti prudenziali a fronte di ricavi annualmente rilevati dal Policlinico Umberto I a titolo di rimborso del personale universitario cessato, per circa 20 €/mln, e accantonamenti per passività potenziali relative alla richiesta di rimborso dei costi aziendali dall'Università La Sapienza di Roma per il cosiddetto personale "ex prefettato", per circa 4 €/mln;
- ulteriori accantonamenti prudenziali che potranno essere rilevati sia dalle Aziende sia dalla GSA, per ciascun anno del triennio 2013-2015, pari a ca 175 €/mln. L'accantonamento tiene conto delle attività di verifica che la Regione intende avviare in materia di adeguatezza degli accantonamenti e della consistenza dei fondi degli anni precedenti ai sensi del D.lgs. 118/2011, art. 29 lett. G, nonché prudenzialmente dell'eventuale rischio di sopravvenienze/insussistenze passive che potranno rilevare le Aziende del SSR.

In ultimo, con riferimento ad eventuali utili rilevati dalle singole Aziende, in applicazione del combinato disposto della Legge Costituzionale 20/04/2012, della legge 243/2012 di attuazione del principio di pareggio del bilancio e di quanto stabilito dall'art. 30 del D.lgs.118/2011 "*L'eventuale risultato positivo di esercizio degli enti di cui alle lettere b) , punto i) , c) e d) del comma 2 dell'articolo 19 è portato a ripiano delle eventuali perdite di esercizi precedenti. L'eventuale eccedenza è accantonata a riserva ovvero, limitatamente agli enti di cui alle lettere b) punto i) , e c) del comma 2 dell'articolo 19, è reso disponibile per il ripiano delle perdite del servizio sanitario regionale. Resta fermo quanto stabilito dall'articolo 1, comma 6, dell'Intesa Stato-Regioni in materia sanitaria per il triennio 2010-2013, sancita nella riunione della conferenza permanente per i rapporti fra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano del 03/12/2009*", si prevede che il riparto del finanziamento indistinto assegnato alle Aziende Sanitarie sarà rideterminato, eventualmente, nella misura necessaria al conseguimento dell'equilibrio economico.

Oneri finanziari

Il valore del Consuntivo 2012 è pari a 111 €/mln. Il valore del tendenziale è stato posto pari a **154 €/mln per ciascuna annualità del triennio 2013-2015**, con un aumento rispetto al 2012 di circa 43 €/mln.

Tale incremento è da intendersi come mera stima prudenziale in cui recepire eventuali ricadute economiche che potranno originarsi in applicazione del D.Lgs n.192 del 09/11/2012 e del D.L. 35/2013.

Oneri fiscali (al netto dell'IRAP)

Il valore del tendenziale per il triennio 2013-2015 è stato stimato pari al valore del CE Consuntivo 2012 (**13 €/mln**).

Saldo poste straordinarie

Il valore del tendenziale per ciascun anno del triennio 2013-2015 è stato stimato pari al valore del CE Consuntivo 2012 rilevato nel conto di CE "EA0250 - Altri proventi straordinari", **9,9 €/mln**, coerentemente al trend osservato negli ultimi anni (si precisa che l'importo, prevalentemente, è da imputarsi alle richieste di rimborso delle utenze verso l'università da parte del Policlinico Umberto I).

Le restanti voci, non essendo prevedibili, nel tendenziale sono state poste a zero, tuttavia si precisa che prudenzialmente si è provveduto a valorizzare un eventuale rischio tra gli accantonamenti per ca 20 €/mln. A tal proposito, si precisa che è obiettivo regionale avviare un approfondimento volto a fornire una maggiore accuratezza, trasparenza e dettaglio delle poste straordinarie che eventualmente potranno essere rilevate dalle Aziende del SSR nel corso degli anni 2013-2015.

Saldo intramoenia

Il valore del Consuntivo 2012 è pari a 15 €/mln. Il valore del tendenziale per ciascuna delle annualità 2013 – 2015 è stato posto pari al Consuntivo 2012.

Ammortamenti

Il valore del Consuntivo 2012 è pari a 209 €/mln. Per ciascuna annualità del **triennio 2013-2015** il valore del tendenziale è stato posto pari a 193 €/mln per tener conto delle informazioni fornite dalle Aziende del SSR nel 2013 in merito agli investimenti effettuati e al valore della proiezione a finire del valore degli ammortamenti.

A tal proposito, a garanzia dell'**equilibrio del bilancio sanitario**, si ritiene opportuno evidenziare che, coerentemente a quanto disposto dal D.Lgs. 118/2011 in materia di modalità di copertura finanziaria degli investimenti operati dalle Aziende del SSR, gli ammortamenti per cespiti acquistati dal 2012 sono interamente sterilizzati con le voci di conto "costi capitalizzati". Mentre, gli effetti economici dell'incremento annuo della spesa del SSR per cespiti finanziati con risorse correnti è stato stimato nel tendenziale 2013-2015 nel conto "Rettifica contributi in c/esercizio per destinazione ad investimenti".

In ultimo, si precisa che, in assenza di elementi di valutazione della vita media residua degli investimenti in corso di ammortizzazione, il tendenziale 2014-2015 non tiene conto, prudenzialmente, del minor impatto economico che potrebbe determinarsi (saldo contabile tra i costi sterilizzati e gli ammortamenti) per la cessazione degli ammortamenti pre-esistenti al 2011.

Rivalutazioni e Svalutazioni

Il valore del tendenziale per il triennio 2013-2015 è stato stimato pari a 0 €/mln.

Contributi da regione a titolo di copertura LEA

Il valore del tendenziale è stato stimato pari a **868 €/mln** per il 2013 e **913 €/mln** per il 2014 e il 2015.

A tal proposito, si specifica che l'art.1 della legge n°296 del 2006 stabilisce che, qualora sia verificato che il rispetto degli obiettivi intermedi sia stato conseguito con risultati quantitativamente migliori rispetto ai vincoli minimi, la Regione ha la facoltà di ridurre, con riferimento all'anno d'imposta dell'esercizio successivo, l'addizionale all'imposta sul reddito delle persone fisiche e l'aliquota dell'imposta regionale sulle attività produttive per la quota corrispondente al miglior risultato ottenuto.

In relazione a questo aspetto, verrà chiesta al Tavolo la possibilità di aggiornare la Finanziaria regionale con cadenza annuale in modo da poter valutare di volta in volta la presenza di un equilibrio che consenta di applicare quanto previsto dall'art. 2, comma 6, del DL 120 del 15/10/2013 che modifica il comma 80 della L.191 del 23 dicembre 2009 (Finanziaria 2010), e dispone *“A decorrere dal 2013 alle regioni che presentano, in ciascuno degli anni dell'ultimo biennio di esecuzione del Piano di rientro, ovvero del programma operativo di prosecuzione dello stesso, verificato dai competenti Tavoli tecnici di cui agli articoli 9 e 12 dell'Intesa 23 marzo 2005, sancita dalla Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, pubblicata nel supplemento ordinario n. 83 alla Gazzetta Ufficiale n. 105 del 7 maggio 2005, un disavanzo sanitario, di competenza del singolo esercizio e prima delle coperture, decrescente e inferiore al gettito derivante dalla massimizzazione delle predette aliquote, è consentita la riduzione delle predette maggiorazioni, ovvero la destinazione del relativo gettito a finalità extrasanitarie, in misura tale da garantire al finanziamento del Servizio sanitario regionale un gettito pari al valore medio annuo del disavanzo sanitario registrato nel medesimo biennio. Alle regioni che presentano, in ciascuno degli anni dell'ultimo triennio, un disavanzo sanitario, di competenza del singolo esercizio e prima delle coperture, inferiore, ma non decrescente, rispetto al gettito derivante dalla massimizzazione delle predette aliquote, e' consentita la riduzione delle predette maggiorazioni, ovvero la destinazione del relativo gettito a finalità extrasanitarie, in misura tale da garantire al finanziamento del Servizio sanitario regionale un gettito pari al valore massimo annuo del disavanzo sanitario registrato nel medesimo triennio. Le predette riduzioni o destinazione a finalità extrasanitarie sono consentite previa verifica positiva dei medesimi Tavoli e in presenza di un Programma operativo 2013-2015 approvato dai citati Tavoli, ferma restando l'efficacia degli eventuali provvedimenti di riduzione delle aliquote dell'addizionale regionale all'IRPEF e dell'IRAP secondo le vigenti disposizioni. Resta fermo quanto previsto dal presente comma in caso di risultati quantitativamente migliori e quanto previsto dal comma 86 in caso di determinazione di un disavanzo sanitario maggiore di quello programmato e coperto.”*

Relativamente agli effetti economici riportati nei CE Programmatici 2013-2015 si rimanda alle sezioni successive del documento, precisando che è intenzione regionale pianificare ulteriori interventi e manovre correttive da attivare a fronte del rilevamento di eventuali mancati adempimenti o disallineamenti rispetto agli obiettivi prestabiliti. Le modalità operative di tali intenzioni sono riportate nel Programma 1: *Governance* del PO.

Per maggiori dettagli di seguito si riportano i valori dei tendenziali 2013-2015 raggruppati secondo una diversa riclassifica gestionale.

120 REGIONE LAZIO								
ID	CONTO ECONOMICO	CONSUNTIVO 2012	TENDENZIALE 2013 - Aggiornato	Delta % rispetto al Consuntivo 2012	TENDENZIALE 2014 - Aggiornato	Delta % rispetto al Tendenziale 2013	TENDENZIALE 2015 - Aggiornato	Delta % rispetto al Tendenziale 2014
	€/000	B	C	(C-B)/B	D	(D-C)/C	E	(E-D)/D
A1.1	Contributi F.S.R. indistinto	9.737.843	9.651.112	-1%	9.915.652	3%	9.915.652	0%
A1.2	Contributi F.S.R. vincolato	188.725	188.979	0%	188.979	0%	188.979	0%
A1	Contributi F.S.R.	9.926.568	9.840.091	-1%	10.104.631	3%	10.104.631	0%
A2	Saldo Mobilità	-114.049	-139.658	22%	-139.658	0%	-139.658	0%
A3.1	Ulteriori Trasferimenti Pubblici	182.822	157.300	-14%	157.561	0%	157.797	0%
A3.2	Ticket	145.539	145.539	0%	145.539	0%	145.539	0%
A3.3	Altre Entrate Proprie	191.389	172.557	-10%	172.557	0%	172.557	0%
A3	Entrate Proprie	519.750	475.396	-9%	475.657	0%	475.893	0%
A4	Saldo Intramoenia	26.549	26.549	0%	26.549	0%	26.549	0%
A5	Rettifica Contributi c/esercizio per destinazione ad investimenti	-14.311	-37.709	163%	-73.709	95%	-97.709	33%
A6	Saldo per quote inutilizzate contributi vincolati	-27.703	0	-100%	0	---	0	---
A	Totale Ricavi Netti	10.316.804	10.164.669	-1%	10.393.470	2%	10.369.706	0%
B1	Personale	2.936.331	2.936.331	0%	2.936.331	0%	2.936.331	0%
B2	Prodotti Farmaceutici ed Emoderivati	757.980	791.350	4%	812.130	2,6%	833.287	2,6%
B3.1	Altri Beni Sanitari	573.375	578.171	1%	595.561	3,0%	613.532	3,0%
B3.2	Beni Non Sanitari	24.906	22.596	-9%	22.731	1%	22.731	0%
B3.3a	Servizi Appalti	456.810	485.123	6%	488.021	1%	488.021	0%
B3.3b	Servizi Utenze	52.590	98.840	88%	99.431	1%	99.431	0%
B3.3c	Consulenze	68.244	57.416	-16%	57.416	0%	57.416	0%
B3.3d	Rimborsi, Assegni e Contributi	128.203	128.203	0%	128.203	0%	128.203	0%
B3.3e	Premi di assicurazione	54.134	54.134	0%	54.134	0%	54.134	0%
B3.3f	Altri Servizi Sanitari e Non	666.199	478.113	-28%	482.391	1%	482.391	0%
B3.3g	Godimento Beni di Terzi	87.592	81.462	-7%	81.780	0%	81.780	0%
B3.3	Servizi	1.513.772	1.383.291	-9%	1.391.376	1%	1.391.376	0%
B3	Altri Beni e Servizi	2.112.053	1.984.058	-6%	2.009.668	1%	2.027.638	1%
B4	Ammortamenti e Costi Capitalizzati	61.898	63.013	2%	63.013	0%	63.013	0%
B5.1	Accantonamenti Rischi	318.393	257.078	-19%	224.578	-13%	192.078	-14%
B5.2	Accantonamenti Sumai (+TFR)	6.245	5.628	-10%	5.628	0%	5.628	0%
B5.3	Accantonamenti per Rinnovi Contrattuali	5.158	5.484	6%	5.484	0%	23.491	328%
B5.4	Accantonamenti per Interessi di Mora	17.813	0	-100%	0	---	0	---
B5.5	Altri Accantonamenti	31.167	16.898	-46%	16.898	0%	16.898	0%
B5	Accantonamenti	378.776	285.088	-25%	252.588	-11%	238.095	-6%
B6	Variazione Rimanenze	11.098	0	-100%	0	---	0	---
B	Totale Costi Interni	6.258.136	6.059.839	-3%	6.073.730	0%	6.098.365	0%
C1	Medicina Di Base	615.431	609.301	-1%	609.301	0%	609.301	0%
C2	Farmaceutica Convenzionata	976.059	976.059	0%	976.059	0%	976.059	0%
C3.1	Prestazioni da Privato - Ospedaliera	1.262.391	1.299.304	3%	1.286.053	-1%	1.286.053	0%
C3.2a	Prestazioni da Privato - Ambulatoriale	372.177	394.257	6%	391.129	-1%	391.129	0%
C3.2b	Prestazioni da Sumai	121.860	121.860	0%	121.860	0%	121.860	0%
C3.2	Prestazioni da Privato - Ambulatoriale	494.037	516.117	4%	512.989	-1%	512.989	0%
C3.3	Prestazioni da Privato - Riabilitazione Extra Ospedaliera	208.684	208.684	0%	208.684	0%	208.684	0%
C3.4a	Trasporti Sanitari Da Privato	64.627	66.566	3%	68.563	3%	70.620	3%
C3.4b	Assistenza Integrativa e Protetica da Privato	235.083	239.785	2%	244.580	2%	249.472	2%
C3.4c.1	Assistenza Psichiatrica Residenziale e Semiresidenziale da Privato	86.686	86.686	0%	86.686	0%	86.686	0%
C3.4c.2	Distribuzione di Farmaci e File F da Privato	107.431	110.131	3%	110.131	0%	110.131	0%
C3.4c.3	Assistenza Termale da Privato	8.122	8.122	0%	8.122	0%	8.122	0%
C3.4c.4	Prestazioni Socio-Sanitarie da Privato	286.110	300.693	5%	305.218	2%	308.374	1%
C3.4c	Prestazioni da Privato - Altro	488.349	505.632	4%	510.157	1%	513.313	1%
C3.4	Altre Prestazioni da Privato	788.059	811.983	3%	823.300	1%	833.405	1%
C3	Prestazioni da Privato	2.753.171	2.836.088	3%	2.831.025	0%	2.841.130	0%
C	Totale Costi Esterni	4.344.661	4.421.448	2%	4.416.386	0%	4.426.491	0%
D	Totale Costi Operativi (B+C)	10.602.797	10.481.288	-1%	10.490.115	0%	10.524.855	0%
E	Margine Operativo (A-D)	-285.993	-316.619	11%	-96.646	-69%	-155.150	61%
F1	Svalutazione Immobilizzazioni, Crediti, Rivalutazioni e Svalutazioni Finanziarie	2.163	0	-100%	0	---	0	---
F2	Saldo Gestione Finanziaria	110.441	153.285	39%	153.285	0%	153.285	0%
F3	Oneri Fiscali	226.843	226.843	0%	226.843	0%	226.843	0%
F4	Saldo Gestione Straordinaria	-21.119	-9.941	-53%	-9.941	0%	-9.941	0%
F	Totale Componenti Finanziarie e Straordinarie	318.328	370.187	16%	370.187	0%	370.187	0%
G	Risultato Economico (E-F)	-604.321	-686.806	14%	-466.833	-32%	-525.337	13%
H	Risorse aggiuntive da bilancio regionale a titolo di copertura LEA	808.682	868.031	7%	913.031	5%	913.031	0%
I	Risultato Economico con risorse aggiunte LEA (G+H)	204.361	181.225	-11%	446.198	146%	387.694	-13%

2. Area: Governo del Sistema

Programma 1: Governance dei PO

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:

- La Direzione Regionale salute ed Integrazione socio sanitaria anche per l'attuazione delle procedure e dell'accordo dei Pagamenti centralizzati dei fornitori del SSR
- La Direzione Regionale Programmazione economica, Bilancio, Demanio e Patrimonio per gli aspetti di specifica competenza afferenti all'attuazione dei Programmi Operativi
- La Direzione Regionale Centrale Acquisti per gli aspetti di specifica competenza afferenti all'attuazione dei Programmi Operativi e per quelli relativi all'attuazione delle procedure di gara
- Il dipartimento di Epidemiologia del Lazio
- La Società regionale LAit - Lazio 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, avvalendosi della collaborazione del Dipartimento di Epidemiologia, 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 mensili 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 Regionale Salute ed integrazione socio-sanitaria

Intervento 1.2: Soppressione dell'Agencia di Sanità pubblica Regionale ASP Lazio Sanità e trasferimento delle sue funzioni

Al fine di assicurare il contenimento della spesa e la piena integrazione delle funzioni di supporto tecnico ed epidemiologico, nonché di perseguire obiettivi di efficienza, economicità, trasparenza ed efficacia nell'utilizzazione delle competenze tecnico-scientifiche disponibili da parte della Regione nelle diverse fasi dell'attività propria di programmazione sanitaria e di ottimizzare le risorse, evitando duplicazioni di attività, con L.R. 28 Giugno 2013, n. 4, art. 35, le competenze istituzionali attribuite a Laziosanità – Agenzia di sanità pubblica della Regione Lazio (ASP), ai sensi della legge regionale 1° settembre 1999, n. 16 (Istituzione di Laziosanità - Agenzia di sanità pubblica della Regione Lazio (ASP)) e successive modifiche, sono trasferite, a partire dal 1° dicembre 2013, alla Giunta regionale ed al dipartimento di epidemiologia della ASL RM/E.

Al fine di assicurare l'accessibilità ai dati sanitari, la direzione regionale salute e integrazione, quale centro di riferimento regionale per la gestione dei dati statistici sanitari, è collegata funzionalmente al dipartimento di epidemiologia della ASL RM/E. L'accesso ai dati verrà disciplinato sulla base di protocolli operativi concordati, estensibili anche alle aziende e agli enti del SSR.

Al dipartimento di epidemiologia della ASL RM/E sono attribuite le seguenti funzioni: valutazione epidemiologica sullo stato di salute della popolazione, valutazione di esito, prestazione, qualità e rischio clinico, epidemiologia ambientale, occupazionale e sociale, programmi di ricerca del SSR sulle materie di competenza. Tale struttura provvede altresì, con riferimento alla l.r. 6/2012, a coordinare il monitoraggio epidemiologico.

A partire dall'anno 2014 invece, le risorse precedentemente assegnate ad ASP (per il 2012 13,8 €/mln) non graveranno più in GSA, se non per la sola quota residua necessaria a pagare gli stipendi del personale transitato in regione pari a 8,5 €/mln del 2014 6,5 €/mln nel 2015 e 5,5 €/mln nel 2016, definendo pertanto i seguenti risparmi: 5,25 €/mln nel 2014, 7,25 €/mln del 2015 e 8,25 €/mln nel 2016.

Risultati Programmati

- Miglioramento quali-quantitativo dei dati tecnico-statico-epidemiologici

Responsabile del procedimento attuativo

- Direzione regionale e Salute e Integrazione sociosanitaria

Intervento 1.3: Governance delle aziende sanitarie del Lazio

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

Aziende	Roma	Altre Province
Aziende Sanitarie Locali	8	4
Aziende Ospedaliere	4	
IRCCS Pubblici	3	
Pol.Univ. Pubblici	2	
Emergenza	1	
Presidi Pubblici di ASL	27	17



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.

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 4,4 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 ridisciplina 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 30.06.2014

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

- Piano superamento degli adempimenti LEA per gli anni 2010-2011

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 nelle 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 Regionale salute ed integrazione sociosanitaria 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 maturata 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.

In ogni Direzione regionale è stata individuata l'Area Affari Generali con il compito di coordinamento delle singole Direzioni regionali con le Strutture del Segretariato, e in particolare con l'Ufficio legislativo per la predisposizione dei testi normativi di riferimento e con l'Avvocatura regionale per la gestione del contenzioso.

Risultati Programmati

- Attivazione di un coordinamento dell'attività relativa al contenzioso in capo al Direttore della Direzione Regionale Salute e Integrazione Sociosanitaria 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 2014;
- Avvio del sistema informativo di monitoraggio entro il 30 aprile 2014.

Responsabile del procedimento attuativo

- Direttore Regionale salute ed integrazione sociosanitaria;
- Ufficio del Commissario ad acta
- Dirigente dell'Area Affari Generali
- Direttori Regionali di volta in volta interessati
- 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.

Inoltre, entro il I semestre 2013, la Regione provvederà ad adottare il provvedimento relativo agli obiettivi dei Direttori Generali per l'anno 2013.

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.

Sintesi manovre Programmi Operativi 2013-2015			
	2013	2014	2015
RISULTATO ECONOMICO TENDENZIALE	- 686,8	- 466,8	- 525,3
Misure di compartecipazione		8,0	16,0
20.1 - Compartecipazione sulle prestazioni di specialistica ambulatoriale.		8,0	16,0
Governance PO	4,4	9,7	11,7
1.2 - Soppressione dell'ASP e trasferimento delle sue funzioni		5,3	7,3
1.3 - Governance Aziende Lazio	4,4	4,4	4,4
Rapporto con gli erogatori privati	-20,7	-25,3	-25,3
7.6.1 - Individuazione volumi e relativi tetti di spesa per tutte le tipologie assistenziali - Ospedaliera	10,2	23,4	23,4
7.6.1 - Individuazione volumi e relativi tetti di spesa per tutte le tipologie assistenziali - Ambulatoriale	-0,2	2,9	2,9
7.6.1 - Individuazione volumi e relativi tetti di spesa per tutte le tipologie assistenziali - Altra assistenza	-30,7	-51,6	-51,6
Razionalizzazione spesa	76,3	183,5	232,0
9.1 - Pianificazione poliennale degli acquisti – analisi e governo dei fabbisogni	13,5	27,1	40,9
9.3 ; 9.4 ; 9.5 - Interventi attivazione di sistemi di e-procurement regionali, riorganizzazione e potenziamento dei sistemi di controllo e monitoraggio della spesa sanitaria, ecc..	62,8	156,4	191,1
Gestione del personale	54,92	103,45	170,28
10.1 - Contenimento della spesa per il personale – Azione di macro contenimento della spesa	54,9	85,7	119,5
10.2 - Azioni di governance	0,0	17,8	50,8
Ridefinizione atti aziendali: stato su emanazione linee guida regionali e loro attuazione.		8,2	16,4
Consulenze (sanitarie e non sanitarie) e Prestazioni aggiuntive;		3,5	22,5
SUMAI		6,1	11,9
Ospedale- Territorio		-5,0	-5,0
Assistenza farmaceutica	9,5	19,0	19,0
Ulteriori manovre regionali	13,4	37,4	114,7
19.1 Accordi di confine			60,0
21. Investimenti sanitari	13,4	37,4	54,7
RIULTATO ECONOMICO PROGRAMMATICO	- 549,0	- 136,1	8,1
RISORSE AGGIUNTIVE DA BILANCIO REGIONALE A TITOLO DI COPERTURA LEA	868,0	913,0	913,0
RISULTATO ECONOMICO PROGRAMMATICO CON RISORSE AGGIUNTIVE LEA	319,1	777,0	921,1

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.

Al fine di definire il livello di finanziamento assegnato a ciascuna azienda sanitaria, dovrà intervenire il provvedimento di ripartizione del Fondo Sanitario Regionale.

La definizione di quest'ultimo dovrà rispettare le seguenti linee di indirizzo strategico:

- una quota del FSR dovrà essere destinata alla costituzione di un Fondo di accompagnamento annuale alla ristrutturazione del disavanzo annuale delle aziende sanitarie. Il monitoraggio del Piano attuativo si svolgerà con le modalità di cui al paragrafo relativo alla governance dei

Programmi Operativi, e le risorse stanziare potranno essere assegnate solo nel caso di rispetto degli obiettivi economici e assistenziali sottoscritti.

- una quota 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 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 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 Finanziari, analisi di bilancio e contabilità analitica e crediti sanitari.

Programma 2: attuazione del Decreto Legislativo n. 118/2011 11

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, coerentemente alle procedure amministrative definite e alle correlate rilevazioni contabili da implementare ("Linee guida per le modalità di rilevazione contabile degli eventi della GSA").

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;

Responsabile del procedimento attuativo

- Dirigente responsabile GSA.

Programma 3: certificabilità dei bilanci del SSR

Il programma, secondo le linee di indirizzo ministeriali, deve realizzare il seguente obiettivo:

- Coordinamento e monitoraggio sullo stato di avanzamento degli obiettivi previsti dai Percorsi attuativi della certificabilità (PAC).

Intervento 3.1: Certificabilità dei bilanci del SSR

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

La Regione si propone, con il supporto dell'advisor contabile, 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 intesa con la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e Bolzano definisce, all'articolo 3, comma 5 del decreto interministeriale del 17 settembre 2012, i requisiti comuni dei Percorsi attuativi della certificabilità ed il termine massimo entro il quale tutti i citati percorsi attuativi dovranno essere completamente realizzati.

Il decreto del Ministro della salute, di concerto con il Ministro dell'economia e delle finanze, 01 marzo 2013, individua "i requisiti comuni a tutte le regioni nonché i contenuti della relazione periodica di accompagnamento al PAC da predisporre da parte della regione".

La regione congiuntamente alle singole Aziende ha condotto un'attività di rilevazione dello stato attuale delle procedure amministrativo – contabili delle Aziende; tale attività ha costituito la base informativa per la definizione del piano delle azioni funzionali all'attuazione del Percorso Attuativo della Certificabilità partendo dalle specifiche esigenze aziendali.

Pertanto, è stato possibile individuare le specifiche azioni, definite in termini di standard organizzativi, contabili e procedurali necessarie a soddisfare i suddetti obiettivi.

Con il decreto del commissario ad acta n. 292 del 2 luglio 2013 la Regione ha recepito le risultanze delle attività su indicate adottando:

- il Piano Attuativo di Certificabilità (Percorsi Attuativi della GSA e del Consolidato regionale e delle Aziende del SSR – ASL, AO, Policlinici Universitari Statali, IRCCS Pubblici, Ares 118-)
- relazione di accompagnamento al Piano Attuativo di Certificabilità.

Inoltre, con il medesimo decreto viene designato il responsabile del coordinamento per assicurare la corretta applicazione dei Percorsi Attuativi della Certificabilità (PAC) il Direttore della Direzione Regionale Salute ed integrazione socio-sanitaria.

Il PAC ha una durata di 36 mesi dall'adozione dei singoli PAC da parte delle Aziende.

La Regione con nota prot. n. 169172 del 10 settembre 2013 ha richiesto alle singole Aziende la designazione di un Responsabile Aziendale del raggiungimento degli obiettivi previsti dal Percorso Attuativo della Certificabilità convocando questi ultimi per la costituzione di un tavolo di lavoro che si incontrerà con cadenza periodica al fine di monitorare lo stato di avanzamento del percorso nonché per condividere le criticità che di volta in volta emergeranno.

In data 3 ottobre si è riunito il tavolo di lavoro composto dai Referenti Regionali e dai Responsabili Aziendali designati che ha definito, per ogni singola azione, le attività operative nonché le modalità di coinvolgimento della regione e delle aziende.

Le azioni previste per il raggiungimento degli obiettivi del PAC rispondono a due ordini di intervento: di tipo procedurale e di tipo sostanziale.

In particolare, per gli aspetti procedurali verranno costituiti diversi gruppi di lavoro per il consolidamento delle linee guida che le singole aziende dovranno recepire nell'aggiornamento dei loro manuali procedurali; il primo gruppo di lavoro si è posto l'obiettivo della corretta rilevazione contabile dei fatti aziendali inerenti l'area debiti-costi.

Con la stessa modalità è prevista la costituzione di ulteriori gruppi di lavoro per le altre aree di bilancio: i) Crediti e Ricavi, ii) Immobilizzazioni, iii) Rimanenze; iv) patrimonio netto; v) disponibilità liquide.

L'intervento si prefigge:

- di redigere delle linee guida regionali al fine di uniformare le modalità di trattamento dei fatti contabili nonché le prassi e le procedure attualmente adottate;
- di implementare dei punti di controllo amministrativo-contabili garantire il rispetto delle asserzioni di bilancio corrispondenti;
- di garantire l'attendibilità dei dati espressi dalla contabilità generale delle Aziende, della GSA e quindi del Consolidato.

Risultati Programmati

- Specifiche scadenze delle azioni poste alla base del PAC

Indicatori di risultato

- Verifica trimestrale dello Stato di Avanzamento del PAC (relazione periodica)
- Completamento programma entro l'esercizio 2016

Impatto economico

- Nessun impatto previsto

Responsabile del procedimento attuativo

- Il Direttore della Direzione Regionale Salute ed integrazione socio-sanitaria

Programma 4: Flussi informativi

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, la società Lait, il Dipartimento epidemiologico, sentito il Garante della Privacy.

Azione 4.1.1

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 LazioSanità 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 avvarrà delle competenze transitate da ASP alla Direzione Regionale Salute ed integrazione Socio sanitaria.

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 richiesta 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 Ser.T. 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 del Dipartimento di Epidemiologia della Asl RM/E

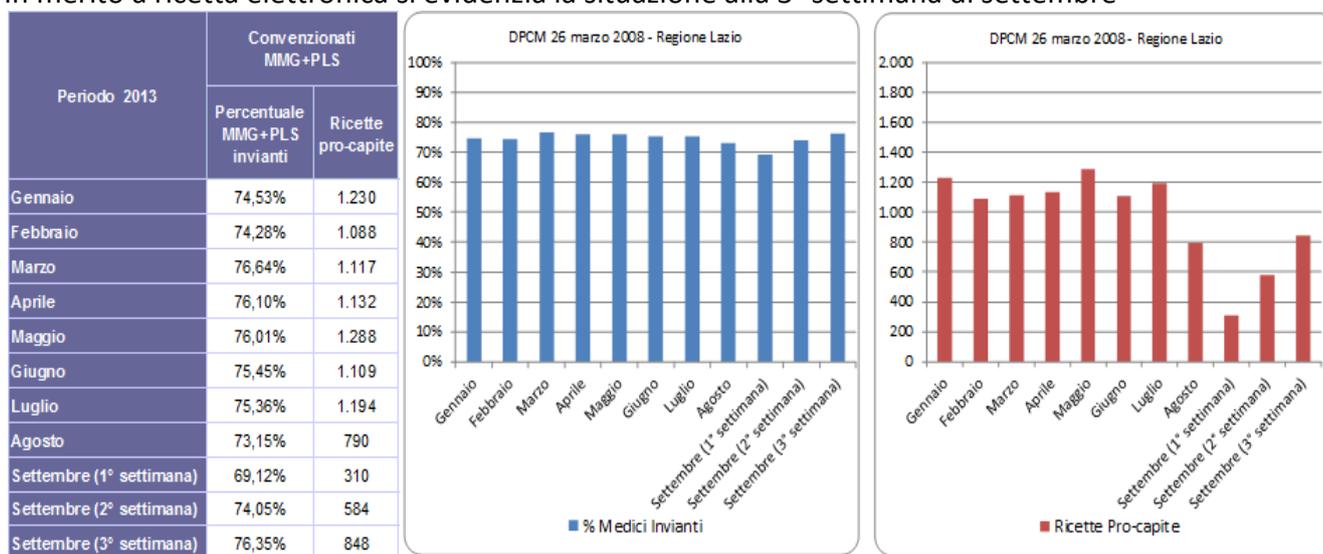
Intervento 4.2 Tessera Sanitaria

- Quadro di riferimento normativo
 - Art. 50 della L. 326/2003, DPCM 26/3/2008, DM 2/11/2011 e art. 13 del DL 179/2012

Ricetta Elettronica

- Analisi della situazione attuale

In merito a ricetta elettronica si evidenzia la situazione alla 3° settimana di settembre



- Interventi prioritari

È stato trasmesso alle ASL l'elenco dei nominativi dei medici non invianti e sono in corso le verifiche di competenza.

Sono in fase di analisi gli elenchi degli specialisti non invianti e saranno predisposte note per le Direzioni Generali per la valutazione delle motivazioni dell'eventuale mancato invio.

- Azioni e cronoprogramma (Schema Allegato)
- Indicatori per il monitoraggio
 - 80% dei prescrittori SSN entro il 28.02.2014.

Dematerializzazione della ricetta

- Analisi della situazione attuale

È stato predisposto il Piano regionale di diffusione della ricetta dematerializzata, non ancora approvato dal MEF.

- Interventi prioritari

È stato dato mandato alla Società LAIT SPA di aggiornare il Piano di diffusione con particolare riguardo alla tempistica.

Si avvierà la fase test per la farmaceutica convenzionata, con il Sistema SAC, in alcune farmacie e MMG della ASL di Rieti.

- Azioni e cronoprogramma (Schema Allegato)

- Indicatori monitoraggio
 - Fase test entro il 15.12.2013;
 - Implementazione regionale dopo 6 mesi dall'approvazione del Progetto regionale da parte del MEF.

CRONOPROGRAMMA PO 2013-2015 REGIONE LAZIO

Area	Programma	Obiettivo/Intervento	Azione	Atto normativo/documento	Indicatore di risultato (quantitativo/qualitativo) con standard	Tempi di realizzazione
2. AREA: GOVERNO DEL SISTEMA	4: FLUSSI INFORMATIVI	4.2: TESSERA SANITARIA: CORRETTA GESTIONE DEI FLUSSI ESISTENTI ED IMPLEMENTAZIONE DELLE EVOLUZIONI IN MATERIA DI RICETTA ELETTRONICA	implementazione ricetta elettronica	note	incremento della prescrizione elettronica a livello regionale	raggiungimento 80% dei prescrittori SSN entro il 28 febbraio 2014
			dematerializzazione ricetta	Programma regionale di diffusione ricette dematerializzate	avvio fase test su alcune farmacie e MMG provincia di Rieti; implementazione regionale	fase test entro il 1.11.2013; implementazione dopo sei mesi dall'approvazione del progetto da parte del MEF

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 17/2010, 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);
- specialistica ambulatoriale, in termini di volumi e tipologia delle prestazioni erogabili 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 presenti e previsti da fabbisogno;

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 30 giugno 2014, revisione del fabbisogno di tutti i servizi ospedalieri e territoriali elencati nel Decreto 17/2010.

Dal 01 luglio 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, tempi di adeguamento e le regole generali del settore, collocando in un unico grande ed organico quadro d'insieme e cronologicamente coerente, le diverse fasi del percorso: l'autorizzazione alla realizzazione, l'autorizzazione all'esercizio, l'accreditamento istituzionale.

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 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, sia 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 essere realizzata la informatizzazione dello stesso, ovvero deve essere favorito e semplificato l'approccio dei soggetti interessati con un database dinamico in continua evoluzione, reso 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 e Accreditamento – Completamento adempimenti Legge 12/2011" della Direzione Regionale Salute e Integrazione Sociosanitaria

Risultati programmati

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

Indicatori di risultato

- Anno 2013: attivazione del Gruppo di Lavoro propedeutico alla stesura del Testo Unico;
- anno 2014: elaborazione da parte del GdL del Testo Unico;
- anno 2015: adozione del Decreto per l'avvio della Sperimentazione e collaudo dell'informatizzazione per la pubblicazione sul portale WEB del Testo Unico.

Cronoprogramma

- Anno 2013: attivazione gruppo di lavoro;
- anno 2014: Stesura bozza del Testo Unico; prima valutazione
- anno 2015: Versione definitiva del Testo Unico – Sperimentazione dell'informatizzazione per la pubblicazione sul portale WEB

Responsabile del procedimento attuativo:

- Dirigente dall'Area "Autorizzazione e Accreditamento – Completamento adempimenti Legge 12/2011"- Direzione Regionale Salute e Integrazione Sociosanitaria

Intervento 5.3: definizione/aggiornamento e attivazione procedure per autorizzazione sanitaria

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 15 presidi ospedalieri, 80 Case di Cura, 1.100 presidi ambulatoriali/multifunzione, 100 RSA, 350 ambulatori odontoiatrici, 5.100 studi odontoiatrici.

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 de materializzazione 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 e Accreditamento – Completamento adempimenti Legge 12/2011" della Direzione Regionale Salute e Integrazione Sociosanitaria

Risultati programmati

- Informatizzazione online su portale WEB del processo di autorizzazione all'esercizio delle attività sanitarie.

Indicatori di risultato

- Anno 2013: attivazione del Gruppo di Lavoro propedeutico alla realizzazione della informatizzazione del processo di autorizzazione all'esercizio delle attività sanitarie;
- anno 2014: disponibilità della bozza di modifica al Regolamento Regionale n. 2/2007; adozione del Decreto per l'avvio della Sperimentazione delle procedure Online per il processo di autorizzazione all'esercizio delle attività sanitarie;
- anno 2015: attivazione procedure online sul portale WEB relative al processo di autorizzazione all'esercizio delle attività sanitarie.

Cronoprogramma

- Anno 2013: attivazione del Gruppo di Lavoro propedeutico alla realizzazione della informatizzazione del processo di autorizzazione all'esercizio delle attività sanitarie;
- anno 2014: Stesura bozza delle procedure per il percorso di informatizzazione Online del processo di autorizzazione all'esercizio delle attività sanitarie;
- anno 2015: Sperimentazione delle procedure informatizzate e pubblicazione sul portale WEB del processo di autorizzazione all'esercizio delle attività sanitarie;

Responsabile del procedimento attuativo:

- Dirigente dall'Area "Autorizzazione e Accreditamento – Completamento

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

Con il completamento del percorso di accreditamento istituzionale si produrranno i vantaggi determinati da regole condivise, da costi predeterminati, dalla tutela del paziente relativamente alla qualità degli esiti e dalla 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", 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 del DCA n. 80 e n. 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 del decreto del Commissario ad acta di conferma (totale o parziale) dell'autorizzazione all'esercizio e di rilascio dell'accreditamento definitivo, ovvero del decreto di rigetto dell'istanza presentata.

Il 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, inoltre, 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 della comunicazione 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.

Successivamente, nell'ambito della "riorganizzazione delle strutture organizzative di base denominate aree e uffici della direzione regionale salute e integrazione sociosanitaria" di cui alla Determinazione Regionale n. B03071 del 17 luglio 2013, l'Ufficio Speciale Temporaneo per l'attuazione della Legge n.12/2011 dall'ottobre 2013 è stato assorbito nella nuova Area "Autorizzazione e Accreditamento – Completamento adempimenti Legge 12/2011" afferente alla Direzione Regionale Assetto Istituzionale, Prevenzione e Assistenza Territoriale.

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 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:

STRUTTURE IN POSSESSO DI ACCREDITAMENTO DEFINITIVO	635
STRUTTURE CON PROPOSTA DI DECRETO ACCREDITAMENTO DEFINITIVO IN ITER	149
STRUTTURE CON PARERE CONTRARIO	46
STRUTTURE PER LE QUALI E' IN CORSO L'ISTRUTTORIA	25

Non è stata ancora completata l'istruttoria relativamente a n. 25 strutture stante la mancata trasmissione, da parte delle Aziende Sanitarie Locali territorialmente competenti, delle definitive attestazioni di conformità ai requisiti richiesti. Occorre considerare, però, la 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, resi ancora più gravosi dalle previsioni di cui all'art.1, commi 123-126 della L.R. 27 agosto 2011, n.12.

Successivamente al completamento dell'iter di accreditamento definitivo previsto dalla L.R. 3/10 e ss.mm.ii. si procederà 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.

A seguito di una verifica dello stato di avanzamento del percorso di accreditamento effettuata a settembre 2013, è stato rilevato che alcune strutture di ricovero per acuzie, dotate di DEA di I livello o pronto soccorso, nonché integrate nelle reti di emergenza urgenza e dell'assistenza dialitica, non erano state in grado di completare il percorso previsto dalla L. 12/2011 e, di conseguenza, le ASL territorialmente referenti avevano successivamente espresso parere di non conformità relativamente al possesso dei requisiti strutturali e/o tecnici e/o organizzativi. Pertanto, tenuto conto dell'elevato impatto che si sarebbe venuto a creare sulla rete assistenziale, ad ottobre 2013 è stato emanato il Decreto del Commissario ad acta n. 426 con il quale si diffidano le strutture in questione ad adeguarsi ai requisiti previsti dalla normativa vigente entro 90 giorni dalla notifica della diffida stessa, o, qualora richiesto, entro 180 giorni, sempre dalla data di notifica. Rientrano in tale situazione anche altre tipologie di strutture private provvisoriamente accreditate quali ad esempio presidi ex art. 26, RSA, CdC Psichiatriche. L'elenco riportato nel suddetto DCA 426/2013 deve ritenersi non esaustivo dal momento che sono ancora in corso di definizione i pareri di conformità da parte delle Aziende USL relativamente ad ulteriori strutture,

In considerazione che per tali strutture le verifiche verranno effettuate, sempre dalla ASL territorialmente competente, entro 45 giorni dalla scadenza dei termini, si ritiene che il percorso di conferma del titolo autorizzativo e di accreditamento istituzionale possa essere completato entro il 31 luglio 2014.

Risultati programmati

- conclusione delle procedure per l'accREDITamento definitivo.

Indicatori di risultato

- Adozione dei decreti del Commissario ad acta di conferma dell'autorizzazione all'esercizio e di rilascio dell'accREDITamento definitivo ovvero del decreto del Commissario ad acta di rigetto dell'istanza presentata.

Cronoprogramma

- Anno 2013: 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 ad esclusione di quelle ricomprese nel DCA 426/2013;
- anno 2014: completamento percorso di accREDITamento definitivo previsto dalla L.R. 3/10 e ss.mm.ii. e dal DCA n. 426/2013;
- anno 2015: verifica 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.

Responsabile del procedimento attuativo:

- Dirigente dall'Area Autorizzazione e AccREDITamento – Completamento adempimenti Legge 12/2011"- Direzione Regionale Salute e Integrazione Sociosanitaria

Intervento 5.5: recepimento di ulteriori requisiti, anche derivanti da atti e intese adottati in conferenza Stato- Regioni

Al fine del perseguimento degli obiettivi di tutela della salute dei cittadini individuati con i Livelli Essenziali di Assistenza, l'accreditamento è lo strumento che mira a garantire e a promuovere un processo di miglioramento continuo della qualità delle prestazioni, dell'efficienza e dell'organizzazione. Il complesso sistema dell'autorizzazione/accreditamento, che si è sviluppato secondo percorsi normativi differenziati tra le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano, deve comunque condividere gli elementi costitutivi principali, 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 recepisce l'attività di un 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 la 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 ulteriori requisiti di qualità.

In particolare sono stati individuati 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 il governo dell'attività di cura e di assistenza, definizione della tipologia delle prestazioni e dei servizi erogati, 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 di innovazione tecnico professionale e organizzativa, 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 devono 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 nel documento d'intesa in corso di approvazione.

Risultati programmati

- Revisione della normativa regionale in materia di accreditamento delle strutture sanitarie.

Indicatori di risultato

- Adozione del Decreto del Commissario ad acta.

Cronoprogramma

- Si fa riferimento al termine individuato dal documento di intesa in corso di approvazione 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 dall'Area "Autorizzazione e Accreditamento – Completamento adempimenti Legge 12/2011"- Direzione Regionale Salute e Integrazione Sociosanitaria

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. E' 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. Quest'ultimo, sulla base della verifiche effettuate, provvede a rilasciare attestazione di conformità o di non conformità ai requisiti richiesti che viene trasmessa alla Direzione Regionale in copia cartacea 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 ed in particolare nel Capo IV dove è disposto che tutti i soggetti autorizzati all'esercizio di attività sanitaria e/o socio sanitaria inviano alla direzione regionale competente, con cadenza quinquennale a far data 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 di cui all'articolo 5, comma 1, lettera a), della l.r. 4/2003.

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, 100 RSA, 350 ambulatori odontoiatrici, 5100 studi odontoiatrici.

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, pertanto, di istituire specifici protocolli con le Aziende stesse 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 e Accreditamento – Completamento adempimenti Legge 12/2011" della Direzione Regionale Salute e Integrazione Sociosanitaria

Risultati programmati

- Protocollo Operativo con Le Aziende Sanitarie per l'Attività di Vigilanza della normativa regionale in materia di accreditamento delle strutture sanitarie.

Indicatori di risultato

- anno 2013: avvio tavolo di lavoro integrato Regione – ASL per la stesura del Protocollo Operativo per l'Attività di Vigilanza;
- anno 2014: realizzazione, approvazione e avvio della fase sperimentale del Protocollo Operativo in Aziende USL pilota;
- anno 2015: avvio delle Attività di Vigilanza sulla base del Protocollo Operativo.

Cronoprogramma

- anno 2013: avvio tavolo di lavoro integrato Regione – ASL per la stesura del Protocollo Operativo per l'Attività di Vigilanza;
- anno 2014: realizzazione, approvazione e avvio della fase sperimentale del Protocollo Operativo in Aziende USL pilota;
- anno 2015: avvio delle Attività di Vigilanza sulla base del Protocollo Operativo.

Responsabile del procedimento attuativo:

- Dirigente dall'Area "Autorizzazione e Accreditamento – Completamento adempimenti Legge 12/2011"- Direzione Regionale Salute e Integrazione Sociosanitaria.

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 2014: elaborazione documento per la procedura di monitoraggio. Avvio della procedura informatica rivolta a tutte le strutture sanitarie e socio-sanitarie pubbliche;
- anno 2015: avvio dei controlli secondo specifico crono programma

Cronoprogramma

- anno 2014: elaborazione documento per la procedura di monitoraggio. Avvio della procedura informatica rivolta a tutte le strutture sanitarie e socio-sanitarie pubbliche;
- anno 2015: avvio dei controlli secondo specifico crono programma

Responsabile del procedimento attuativo:

- Dirigente dall'Area "Autorizzazione e Accreditamento – Completamento adempimenti Legge 12/2011"- Direzione Regionale Salute e Integrazione Sociosanitaria.

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. 4/2003 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. 40/2004 e, nel contempo, garantire la partecipazione al registro di cui all'art. 11 della legge stessa.

Con l'adozione del DCA U00054 del 27 febbraio 2013, La Regione ha proceduto al recepimento dell'Accordo sancito dalla Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano nella seduta del 15 marzo 2012 sul documento 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'. Con lo stesso DCA, si dà approvazione all'allegato tecnico concernente 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.

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

Indicatori di risultato e Cronoprogramma

- anno 2013: Recepimento dell'Accordo della Conferenza Stato – Regioni del 15 marzo 2012; 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.
- anno 2015: completamento del percorso autorizzativo.

Responsabile del procedimento attuativo:

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.

Con nota prot. n. 141693 del 26 novembre 2009 la Regione ha definito il manuale relativo alla prima fase dell'implementazione dei principi e delle procedure per l'avvio del sistema informativo regionale sulla contabilità analitica delle Aziende del SSR.

La prima fase del progetto di riordino della contabilità analitica prevedeva da parte delle Aziende Sanitarie l'invio di flussi trimestrali di contabilità analitica: flussi dei dati economici e flusso del personale e una tabella di riconciliazione tra contabilità generale e contabilità analitica.

Al fine di superare le criticità riscontrate è prevista la costituzione di un gruppo di lavoro, supportato dell'advisor contabile, con il compito di definire le linee guida per l'implementazione del sistema di contabilità analitica che sia in grado di garantire i flussi informativi sui costi e ricavi omogenei e dunque comparabili.

Il suddetto gruppo sarà costituito da referenti del controllo di gestione delle diverse tipologie di enti del SSR (Asl, Aziende Ospedaliere, IRCCS pubblici e Policlinici Universitari). Il gruppo di lavoro opererà tenendo conto delle specificità e delle carenze delle diverse realtà presenti sul territorio.

Risultati programmati

- Implementazione di un sistema di contabilità analitica nelle Aziende Sanitarie
- Omogeneità dei flussi informativi
- Definizione di un sistema di controllo gestione a supporto del processo di pianificazione strategica per le decisioni aziendali di breve e di lungo periodo

Indicatori di risultato

- Definizione delle linee guida per l'implementazione del sistema di contabilità analitica
- Affidabilità dei flussi informativi prodotti

Impatto economico:

- Nessun impatto economico

Responsabile del procedimento attuativo

- Dirigente Area Risorse finanziarie, Analisi di Bilancio e Contabilità Analitica e Crediti Sanitari

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 area;
- 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 e dei finanziamenti per i maggiori costi indotti sull'attività assistenziale dalle funzioni di didattica e di ricerca di cui all'art. 7 comma 2 del D.Lgs. 517/99

Con riferimento a quanto previsto dall'art. 8 sexies del D.Lgs 502/1992 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 in cui risulta opportuno riconoscere un finanziamento ulteriore rispetto a quelle attività assistenziali remunerate sulla base di tariffe definite e al comma 3 del medesimo articolo 8 sexies stabilisce 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.

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”*.

Al fine di consolidare e razionalizzare l'esperienza conseguita dall'anno 2008 all'anno 2012, si ritiene 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 funzioni stesse. Il provvedimento costituirà pertanto una norma quadro, da applicare annualmente, che terrà conto:

- della normativa nazionale vigente in materia, con particolare riferimento a quanto previsto dall'articolo 15, comma 13, lett. g), del d.l. n. 95/2012 convertito con la l. n. 135/2012;
- delle esperienze nel campo delle altre regioni, ai sensi di quanto previsto dal comma 5 dell'articolo 8-sexies del d.lgs. n. 502/1992 e smi;¹
- delle eventuali indicazioni in merito contenute nel Patto per la salute 2013-2015, in fase di elaborazione da parte dell'apposito gruppo di lavoro.²
- dell'apposita analisi delle funzioni svolte dai soggetti erogatori e dei relativi costi, in corso di sviluppo presso la Regione stessa;
- della proposta ministeriale di regolamento in attuazione dell'articolo 1, comma 169, della l. n. 311/2004 e dell'articolo 15, comma 13, lettera c), del d.l. 95/2012 convertito con la l. n. 135/2012, che relativamente all'evoluzione dell'organizzazione dell'assistenza ospedaliera terrà conto dell'organizzazione delle reti assistenziali e prevede una:
 - o classificazione delle strutture ospedaliere in base al ruolo svolto nella rete dell'emergenza e dalla presenza di specialità (capitolo 2 del regolamento);
 - o reti per patologia che integrano l'attività ospedaliera per acuti e post acuti con l'attività territoriale (capitolo 8 del regolamento).

Rinviando alla proposta di revisione del sistema di finanziamento delle funzioni assistenziali, in questa sede vengono prospettate le linee programmatiche di intervento relativamente alle singole tipologie e la modalità con cui intende operare per la definizione del finanziamento stesso.

LINEE PROGRAMMATICHE

a) Programmi a forte integrazione fra assistenza ospedaliera e territoriale

La prima tipologia prevista dal d.lgs. n. 502/1992 riguarda i programmi a forte integrazione fra assistenza ospedaliera e territoriale, sanitaria e sociale, con particolare riferimento all'assistenza per patologie croniche di lunga durata e recidivanti.

L'obiettivo è affiancare al sistema di remunerazione delle singole parti del percorso assistenziale, ad alto contenuto di complementarietà, un sistema che:

- incentivi l'utilizzo appropriato delle varie parti del percorso assistenziale: ricovero ospedaliero, prestazioni ambulatoriali, assistenza domiciliare ecc.;
- tenga conto del costo della gestione complessiva del percorso assistenziale.

¹ Il decreto legislativo prevede tra i criteri da seguire per la determinazione del sistema di remunerazione la valutazione delle “differenti modalità di remunerazione delle funzioni assistenziali attuate nelle regioni e province autonome”.

² Il documento “Nota su mobilità e tariffe” presentata recentemente nella Conferenza delle Regioni” si parla di “definizione delle funzioni assistenziali e della relativa remunerazione”.

In tale ambito sarà possibile tenere conto dell'attività di consulenza degli specialisti che hanno seguito il paziente durante il ricovero ospedaliero a favore dei medici di medicina generale, anche mediante programmi sperimentali di telemedicina, come previsto dalla proposta di regolamento precedentemente citato, ovvero di tutte attività di assistenza presso il domicilio del paziente.

In tale fattispecie rientra il finanziamento per l'assistenza ai pazienti colpiti da HIV.

b) Programmi di assistenza ad elevato grado di personalizzazione

Per programmi di assistenza ad elevato grado di personalizzazione si intendono quelli con anomali livelli di variabilità legati alla caratteristiche soggettive del paziente, che il sistema tariffario non è in grado di riconoscere.

Per rispondere a tale variabilità la programmazione regionale prevede che i programmi ad elevato grado di assistenza siano assicurati dai soggetti erogatori coinvolti nelle reti assistenziali.

Lo sviluppo dei programmi di assistenza ad elevato grado di personalizzazione comporta maggiori costi rispetto a quelli standard riconosciuti dal sistema tariffario, per la presenza di personale specializzato per la funzione e un maggior consumo di tecnologie.³

c) Attività svolte nell'ambito della partecipazione a programmi di prevenzione

In tale ambito sarà possibile tenere conto della partecipazione delle aziende ospedaliere ai programmi di *screening*, per gli accertamenti di seconda istanza.

d) Programmi di assistenza a malattie rare

Il finanziamento dei programmi di assistenza a favore della malattie rare potrà tenere conto di due componenti:

- i costi di gestione dei centri di riferimento: gestione banche dati, *follow up* dei pazienti seguiti dal centro, rapporti con i centri *spoke*;
- i maggiori costi connessi alla funzione di secondo livello svolto da tali centri. Infatti in tali casi il sistema tariffario ordinario di norma è riferito al percorso assistenziale standard adottato da tutti i soggetti erogatori che non tiene del percorso assistenziale di secondo livello.

e) Attività con rilevanti costi di attesa

Rientra in questa tipologia la funzione di emergenza, articolabile nelle varie componenti:

- i costi fissi del personale dedicato in modo esclusivo al PS H24 ed al costo di gestione del PS;
- i costi del personale attivato in regime di consulenza, per la maggiore dotazione necessaria per garantire il supporto H24, con guardia attiva H24 o in reperibilità;
- i costi dei reparti di cure intensive, dimensionati per il supporto all'attività di emergenza;
- i maggiori costi per i ricoveri ospedalieri seguiti all'accesso in emergenza, in particolare ove richiedano interventi immediati H24.

³ Tali programmi possono comportare un utilizzo dei posti letto di area critica superiore a quello ordinario considerato nella determinazione della tariffa. In merito si richiama, solo a titolo esemplificativo, la distribuzione proporzionale dei costi specifici per DRG tra le diverse funzioni ospedaliere riportato in appendice al volume "DRG: strategie, valutazione, monitoraggio", a cura di T.Langiano, Il Pensiero Scientifico Editore, 1997. Da tale documento emerge l'estrema varietà della quota di costo specifico dei singoli DRG. L'ipotesi alla base del finanziamento per funzione di parte dei costi dei reparti di cure intensive deriva dal maggior utilizzo di tali reparti negli ospedali sede di DEA di I e II livello, anche per DRG per i quali la quota di costi specifici di terapia intensiva è nulla o marginale. Il finanziamento per funzione di parte dei costi dei reparti di cure intensive, in presenza di un utilizzo maggiore rispetto alla media, è d'altronde prevista dall'articolo 3, comma 3, del dm. 30.6.1997, relativo al primo aggiornamento del sistema tariffario ospedaliero.

f) Programmi di trapianto di organo, di midollo osseo e di tessuto

Infine il sistema di finanziamento delle funzioni ospedaliere dovrà tenere conto del ruolo dei diversi soggetti erogatori nello sviluppo dei programmi regionali volti all'incremento dell'attività di trapianto degli organi, di midollo osseo e di tessuto che richiede principalmente lo sviluppo dell'attività di donazione e della relativa gestione oltre che quella del trapianto vero e proprio degli organi, dei tessuti nonché del midollo osseo.

MODALITA' OPERATIVE

La Regione intende costituire dei Gruppi di Lavoro per ciascuna area oggetto di intervento cui parteciperanno, oltre ai referenti regionali del personale di ciascuna ASL (deputato poi alla verifica delle funzioni svolte e ai relativi costi sostenuti e rendicontati dalle strutture oggetto di finanziamento), rappresentanti delle strutture coinvolte, esperti delle materie oggetto di finanziamento, al fine di individuare/aggiornare i fattori produttivi che partecipano al percorso di assistenza individuato come funzione assistenziale oggetto di finanziamento e alle relative modalità di rendicontazione.

Tale gruppo di lavoro ha come obiettivo, tra l'altro, la produzione delle linee guida sulle voci di costo e di ricavo da rendicontare e le relative modalità di verifica degli stessi.

Con riferimento all'anno 2013, si intende emanare un provvedimento dove 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, nonché dei pronto soccorsi;
 - 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);
- 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.
- 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;
 - 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;

- 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 .
- 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 dei costi sostenuti 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.
- 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;

Con riferimento a quanto previsto dall'art. 7 comma 2 del D.Lgs. 517/99, la Regione intende emanare annualmente un provvedimento che disciplini il finanziamento delle funzioni di didattica e ricerca.

In particolare con il nuovo provvedimento ritiene:

- nelle more della ridefinizione dei protocolli di intesa con le Università, di stabilire l'importo dei maggiori costi sostenuti per lo svolgimento delle funzioni di didattica e ricerca nella misura massima pari all'8% delle attività assistenziali riconoscibili, erogate nell'anno precedente a quello di riferimento, e comunque in misura non superiore a quanto riconosciuto nel Decreto del Commissario ad Acta n. U00002 del 30 gennaio 2013;
- di prevedere quale definitivo finanziamento la differenza tra i maggiori costi assistenziali indotti dalle funzioni di didattica e di ricerca e la quota dei minori costi sostenuti nell'anno di riferimento per l'apporto di personale universitario nel limite massimo del 8% delle attività assistenziali riconoscibili, erogate nell'anno di riferimento. Ai fini del definitivo riconoscimento del finanziamento, è richiesto alle strutture interessate di far pervenire la rendicontazione dei maggiori costi assistenziali indotti dalle funzioni di didattica e di ricerca e la quota dei minori costi sostenuti nell'anno di riferimento per l'apporto di personale universitario ai sensi dell'art. 7 comma 2 del D.Lgs. 517/99.

Intervento 7.3: 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), 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:

1. elevato scostamento del volume dei ricoveri erogati in aree territoriali sub-regionali;
2. elevato valore tariffario dei singoli ricoveri;
3. elevata valorizzazione tariffaria complessiva di gruppi di ricoveri nell'ambito dei quali le prestazioni sono state erogate;
4. 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 inappropriatazza 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;
- Potenziamento dei controlli sulle prestazioni di specialistica ambulatoriale secondo quanto disposto dalla normativa regionale vigente.

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 a livello regionale di un controllo analitico annuo di almeno il 12,5% delle cartelle cliniche e delle corrispondenti schede di dimissione ospedaliera secondo quanto stabilito dal DM 10 dicembre 2009 "Controlli sulle cartelle cliniche" e dal DCA n.40/2012

Impatto economico

Le tabelle di seguito riportate illustrano la valorizzazione dell'inappropriatezza dei ricoveri risultante dall'attività di controllo automatici relativi alle strutture 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.

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
2012	€ 40.481.693,00	€ 5.151.332,00	€ 6.157.050,00	€ 764.283,00	€ 52.554.358,00

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
2012	€ 29.102.981,00	€ 3.586.826,00	€ 4.454.276,00	€ 203.599,00	€ 37.347.682,00

Intervento 7.4: Programma dei controlli di congruenza tra cartella clinica e SDO

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:

- a. 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.
- b. Effettuazione di controlli di congruità analitici su cartelle cliniche relative ai dimessi in riabilitazione post-acuzie
 - c. 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.

Impatto economico:

- Le tabelle di seguito riportate illustrano la valorizzazione dei ricoveri risultante dall'attività dei controlli esterni effettuati presso strutture ospedaliere pubbliche e private.

Tabella 1 – Controlli esterni ordinari - Pubblico

<i>Anno</i>	<i>Controlli esterni</i>
2009	€ 13.253.228,80
2010	€ 19.372.570,24
2011	€ 28.812.269,00
2012	In via di elaborazione

Tabella 2 – Controlli esterni ordinari – Privato

<i>Anno</i>	<i>Controlli esterni</i>
2009	€ 16.073.837,80
2010	€ 41.923.267,03
2011	€ 44.993.578,00
2012	In via di elaborazione

Intervento 7.5: Piano delle prestazioni e relativa tempistica

Con apposito decreto del Commissario ad Acta, da adottarsi entro il 31/12/2013, saranno individuati i principi in base ai quali orientare le acquisizioni di prestazioni sanitarie da soggetti privati 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.

Considerato, 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, il suddetto decreto dovrà :

- 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-acute 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;
- 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).

Intervento 7.6.1: Stipula intese e contratti

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 eccezione 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 di presidio per le altre strutture pubbliche.

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

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 ridistribuite 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 spese 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 ha rivisto la spesa complessiva e l’acquisto delle prestazioni sia di assistenza ospedaliera che di specialistica ambulatoriale per

l'anno 2012 e ha applicato, in coerenza con i 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 la Regione 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.

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

Per il 2013 Il livello di finanziamento delle prestazioni di assistenza ospedaliera per acuti, post acuti e specialistica assegnato a ciascuna struttura è stato 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 assegnato all'assistenza ospedaliera per acuti e post acuti sarà pari a quello registrato a consuntivo 2011 come acquisto prestazioni da privato, decurtato del 2%. 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) sulla base di una griglia di indicatori di complessità, appropriatezza ed outcome.

Considerato, inoltre 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 2014, attuato il riordino della Chirurgia ambulatoriale. Tale riordino sarà seguito dall'introduzione di nuovi pacchetti ambulatoriali che continueranno il percorso volto al trasferimento delle attività di assistenza dall'ambito ospedaliero a quello extra-ospedaliero, qualificando sempre di più l'assistenza ambulatoriale.

Nel corso del primo semestre 2014, pertanto, sarà valutata la possibilità di trasferire quote di Budget assegnato per l'anno 2014 dall'assistenza ospedaliera all'assistenza specialistica.

Altresì, alla luce degli esiti del tavolo istituito come affiancamento alla regione Lazio per lo studio e l'individuazione di percorsi appropriati nella rete di riabilitazione, sarà valutata la possibilità di rimodulare i finanziamenti assegnati all'assistenza ospedaliera tra acuti e post-acuti.

Si precisa inoltre che nei Programmi Operativi 2013-2015 questa Regione si è impegnata a realizzare una profonda rimodulazione della rete ospedaliera prevista nel 2010 dal Decreto del

Commissario ad Acta n.80. Tale riorganizzazione si basa, laddove necessario, sulla riduzione dei punti di offerta (reparti) sia pubblici che privati e sulla appropriata collocazione dei reparti di alta specialità in un numero limitato di Istituti in grado di garantire volumi di attività adeguati e che siano di riferimento ad ampi bacini di popolazione.

La definizione del budget dei soggetti erogatori privati che svolgono attività ospedaliera di ricovero in acuzie e post-acuzie rappresenta, pertanto, un intervento di "governo" del sistema necessariamente conseguente alla conoscenza e definizione del fabbisogno dei posti letto per singola specialità ed agli atti di programmazione dell'intera rete ospedaliera.

Per il 2014 Il livello di finanziamento assegnato all'assistenza specialistica, in applicazione della 135/2012 del 7 agosto 2012, sarà pari a quello registrato a consuntivo 2011 come acquisto prestazioni da privato, decurtato del 2%.

Nel corso del 2014, il livello di finanziamento sarà definito sulla base dei volumi di prestazioni di specialistica distinte per macro aggregati di branca (es. diagnostica per immagini, branca a visita, chimico clinica, ecc..).

In recepimento dei rilievi ministeriali, i livelli di finanziamento saranno determinati al lordo di tutte le compartecipazioni.

Il livello di finanziamento complessivo per l'anno 2015, riferito all'assistenza ospedaliera e specialistica sarà pari a quello del 2014.

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 è, 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 riconosciute con onere a carico del S.S.R.

Tariffe- Assistenza Ospedaliera

Con decreto del Commissario ad Acta n. 310 del 04/07/2013 si è provveduto a recepire il tariffario per la remunerazioni delle prestazioni assistenza ospedaliera (D.M. 18.10.2012).

Si fa presente che con tale DCA si è provveduto a rimodulare le tariffe dei DRG relativi al parto cesareo al fine di contenere e progressivamente ridurre la quota di cesarei nella Regione, premiando le strutture con una quota di cesarei (tra i parti a basso rischio) entro il valore regionale e penalizzando in modo graduale le altre.

Si è altresì provveduto a rinviare successivi provvedimenti l'adozione delle tariffe riferite ai ricoveri di soggetti affetti da gravi cerebro lesioni acquisite, in virtù delle attività del GdL costituito in regione Lazio con il supporto dell'AGENAS avente come obiettivo lo studio e l'individuazione di percorsi appropriati nella rete di riabilitazione."

La Regione deve adottare provvedimento avente ad oggetto le tariffe riferite ai ricoveri di soggetti affetti da gravi cerebro lesioni acquisite entro il 30.06.2014.

A completamento del percorso di accreditamento, sarà data piena attuazione al DM 18.10.2012, individuando tariffe differenziate per classi di erogatori sulla base delle caratteristiche organizzative e della complessità.

Tariffe- Specialistica

TARIFFE

Con il DCA n. 313 del 4/07/2013 “Approvazione Nomenclatore-Tariffario per prestazioni di Assistenza Specialistiche Ambulatoriali”, la Regione Lazio recepisce le tariffe emanate con DM18.10.2012.

TICKET E FRANCHIGIA

Ogni assistito non esente compartecipa 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 è €107,00.

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; se la struttura ha percepito 30 dagli assistiti come quota fissa, il SSR pagherà le restanti 50.

VALORIZZAZIONE SIAS

PRODUZIONE: (Importo LORDO – TICKET)

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) – QUOTA FISSA]

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

2013	
Acuti	867.689.677
Policlinici	333.532.388
IRCCS	33.068.247
Classificati	229.994.319
Privati	271.094.723
Lungodegenza	32.320.701
Privati	32.320.701
Riabilitazione	211.164.793
Policlinici	4.204.327
IRCCS	57.095.997
Classificati	-
Privati	149.864.470
Totale budget ospedaliera	1.111.175.172
Accantonamenti	6.508.175
Totale budget ospedaliera + accantonamenti	1.117.683.347
Neonato sano	9.641.183
Funzioni	183.648.754
TOTALE	1.310.973.284

	2013***	2014	2015
Budget Ospedaliera**	1.294.823.926	1.268.927.447	1.268.927.447
Accantonamenti	6.508.175	5.938.984	5.938.984
Neonato sano*	9.641.183	9.641.183	9.641.183
Manovra		26.465.670	-

* valore stimato sulla base della produzione 2012

** Acuti, post acuti e funzioni

*** I valori si riferiscono ai budget assegnati o da assegnare e non alla produzione riconoscibile entro-budget calcolata considerando anche l'impatto dei Controlli

2013

Specialistica	240.254.411
Policlinici	52.761.848
IRCCS	12.701.026
Classificati	49.470.314
Privati	125.321.224
APA	34.722.134
Policlinici	6.094.302
IRCCS	-
Classificati	9.573.810
Privati	19.054.021
RMN	33.230.244
Policlinici	-
IRCCS	594.992
Classificati	-
Privati	32.635.252
Totale budget specialistica	308.206.789
Accantonamenti	5.702.625
Totale budget specialistica + accantonamenti	313.909.414

	2013	2014	2015
Budget Specialistica*	308.206.789	302.042.654	302.042.654
Accantonamenti	5.702.625	5.588.572	5.588.572
Totale**	313.909.414	307.631.226	307.631.226
Manovra		6.278.188	

*Ambulatoriale, RMN, APA

** I valori per assicurare la confrontabilità in serie storica sono riportati al lordo della sola quota ricetta

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.

Criterio definizione Budget 2013

Per quanto riguarda le prestazioni di Hospice, il livello di finanziamento è stato determinato valorizzando il volume massimo delle prestazioni residenziali e domiciliari erogabili dalle strutture provvisoriamente accreditati, considerando un tasso di occupazione pari al 100%

Entro il 31 dicembre 2013 si procederà con l'implementazione del flusso (sistema informativo).

Il budget 2014 e 2015 sarà determinato valorizzando il volume massimo delle prestazioni residenziali e domiciliari erogabili dalle strutture provvisoriamente accreditati, considerando un tasso di occupazione pari al 98%.

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 Euro 202,80 (duecentodieci/80),
3. il rapporto tra posti residenziali e trattamenti domiciliari è 1 a 4.

Per gli anni 2013, 2014 e 2015 si confermano le tariffe del Decreto del Commissario ad Acta 23 del 17/03/2010.

Tab: 2 Budget 2013 Hospice

	2013	2014	2015
Budget Hospice	69.446.615	68.501.711	68.501.711
Accantonamenti	-	-	-
Totale budget hospice	69.446.615	68.501.711	68.501.711
Manovra		944.904	-

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.”* Sono state definite le tariffe, a decorrere dal 1° Gennaio 2013, in coerenza con la nuova configurazione delineata dai citati provvedimenti.

Criterio definizione Budget

Per il 2013, il livello di finanziamento è stato determinato valorizzando il volume massimo di attività erogabili dai posti letto provvisoriamente accreditati valorizzate con le tariffe vigenti (DCA 101/2013)

Il tasso di occupazione considerato è pari al 100%

Per il 2014 e il 2015 , il livello di finanziamento terrà conto dei nuovi accreditamenti con una previsione di incremento di spesa di circa € 27 mln. nel 2014 rispetto al 2013 e di ulteriori € 16 mln rispetto al 2014.

Mobilità

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

Tariffe

Con DCA 101 del 2013 sono state definite le tariffe per l'assistenza in RSA.

Tipologia assistenziale	Tariffa totale	Onere SSR
Intensiva	220,30	220,30
Mantenimento A	118,40	59,20
Mantenimento B	98,40	49,20

Tab: 3 Budget 2013 RSA

	2013	2014	2015
Budget mantenimento	121.805.136	135.803.413	135.803.413
Budget intensiva	6.650.857	7.089.972	7.089.972
Accantonamenti mantenimento	3.394.345	11.422.885	11.422.885
Accantonamenti intensiva	1.390.093	788.013	788.013
Totale budget RSA*	128.455.993	142.893.384	142.893.384
Totale budget RSA + accantonamenti**	133.240.431	155.104.282	155.104.282

*i valori per gli anni 2014 e 2015 si riferiscono solo a strutture provvisoriamente accreditate, nuovi accreditamenti, e decreti in proposta

**La tabella sopra riportata tiene conto esclusivamente dell'acquisto di prestazioni pari a 1.653 PL mantenimento alto/basso già prevista da Decreti già emanati o in via di emanazione

C) Riabilitazione territoriale intensiva, estensiva e di mantenimento residenziale e non.

Anche tale settore assistenziale è stato oggetto di riorganizzazione e consequenziali 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 31 dicembre 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 per l'anno 2013 è stato determinato nella misura 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 ultimate le procedura di verifica.
Per gli anni 2014 e 2015 saranno confermati i livelli di finanziamento del 2013.

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 31 dicembre 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	2014	2015
Budget ex art 26	179.399.007	179.918.713	179.918.713
Accantonamento Anni Verdi	9.108.133	9.108.133	9.108.133
Altri accantonamenti	5.704.597	5.184.891	5.184.891
totale budget ex art 26 + accantonamenti	194.211.737	194.211.737	194.211.737
Manovra		-	

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 .

Criterio definizione Budget 2013

Con la Determinazione B07664 del 18 ottobre 2012, è stato disposto 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 è determinato il livello massimo di finanziamento per l'anno 2013 nella misura del Budget 2012 (Decreto Commissariale 90 del 7 Giugno 2012) incrementato del 5%. Si rende noto che con il DCA 452/2013 è stato rilasciato l'accreditamento istituzionale definitivo alla struttura "Sorriso sul Mare" e che il livello complessivo di finanziamento assegnato non subirà variazioni in quanto l'impatto economico dell'accreditamento definitivo a favore della struttura "Sorriso sul Mare" è stato stimato preventivamente da apposito accantonamento previsto dal DCA 102/2013.

Il budget 2014 e 2015 sarà determinato valorizzando il volume massimo delle prestazioni erogabili dalle strutture provvisoriamente accreditati, considerando un tasso di occupazione pari al 98%.

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	2014	2015
Budget Neuropsichiatrica*	41.478.478	41.478.478	41.478.478
Accantonamenti	5.247.455	5.247.455	5.247.455
Totale budget ex art 26 + accantonamenti	46.725.933	46.725.933	46.725.933
Manovra		-	-

* Le previsioni di spesa solo al lordo della quota di compartecipazione il cui provvedimento di definizione è in via di emanazione

Azione 7.6.2 Modalità di controllo delle prestazioni erogate

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.

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, si procede a verificare che l'importo complessivo della produzione ammessa a fatturazione esaurisca il tetto assegnato. 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, potranno essere recuperate, fino a capienza dello stesso, attraverso una fatturazione a conguaglio basata sui dati di remunerazione

Azione 7.6.3 Stipula di accordi e contratti.

Con Decreto del commissario ad acta n. U00183 del 9 maggio 2013, recante: "Approvazione schema tipo di contratto/accordo per la definizione dei rapporti giuridici ed economici tra le Aziende Sanitarie Locali e i soggetti erogatori di prestazioni sanitarie a carico del Servizio Sanitario Regionale" la Regione ha approvato lo schema di contratto generale che prevede, tra l'altro, l'acquisizione da parte della ASL competente, per tramite della struttura, ovvero direttamente, in considerazione di quanto previsto dall'art. 15 della L. n. 183/2011, della seguente documentazione:

- a)** certificazione di iscrizione in CCIAA per i soggetti iscritti al Registro delle Imprese; per i soggetti non iscritti al Registro delle Imprese (Fondazioni ed Enti no profit) l'iscrizione al R.E.A.;
- b)** per i soggetti non iscritti al Registro delle Imprese (Fondazioni ed Enti no profit) la dichiarazione sostitutiva di atto notorio attestante l'insussistenza di cause di divieto, decadenza o sospensione previsti dall'art. 67 della normativa antimafia del legale rappresentante, dei componenti del Consiglio di Amministrazione e dei soggetti con poteri di gestione;
- c)** per i soggetti iscritti al registro delle Imprese:
 - c.1) i cui contratti non superino il valore indicato all'art. 83, lettera e) del D.Lgs. n. 159/2011 (attualmente pari a € 150.000,00) la dichiarazione sostitutiva di atto notorio attestante l'insussistenza di cause di divieto, decadenza o sospensione previsti dall'art. 67 della normativa antimafia, da parte di tutti i soggetti di cui all'art. 85, comma 1)e 2);

c.2) i cui contratti superino il valore indicato all'art. 83, lettera e) del D.Lgs. n. 159/2011 (attualmente pari a € 150.000,00) la documentazione antimafia, anche per i familiari conviventi dei soggetti di cui all'art. 85 del citato Decreto Legislativo;

d) dichiarazione rilasciata dal legale rappresentante della struttura, attestante l'ottemperanza agli obblighi informativi in materia di diritto al lavoro dei disabili secondo le modalità di cui all'art. 9 L. 12 marzo 1999, n. 68, come modificato dall'art. 40 del D.L. 25 giugno 2008, n. 112, convertito con modificazioni dalla L. 6 agosto 2008, n. 133;

e) certificato generale del casellario giudiziario dei soggetti che hanno la rappresentanza legale della struttura per verificare la sussistenza di reati contro la P.A.;

f) dichiarazione attestante l'avvenuta adozione del modello organizzativo di cui al D.Lgs. n. 231/2001 in materia di prevenzione dei reati, ovvero l'adesione al codice etico adottato sulla base del modello proposto dalla Regione e impegno all'adozione di un modello organizzativo entro la fine del 2014;

g) autocertificazione, da parte di ciascun socio persona fisica che, in ultima istanza, possieda le quote o le azioni, dell'insussistenza di situazioni di incompatibilità ai sensi dell'art. 4, comma 7 L. n. 412/1991;

h) dichiarazione circa l'osservanza della normativa in materia antinfortunistica, impiantistica e sulla tutela dell'igiene e della salute sul lavoro, circa l'avvenuta valutazione dei rischi nell'ambiente

di lavoro e, in ogni caso, dell'adempimento a tutte le prescrizioni di cui di cui al Decreto Legislativo 9 aprile 2008, n. 81.

La predetta documentazione/certificazione deve essere acquisita dalla ASL competente per il 2013 entro il 30 settembre 2013 e sarà utilizzata anche per la stipula del contratto per l'anno 2014.

La Regione ha ritenuto opportuno proporre uno schema-tipo di codice etico, allegato al presente decreto, al fine di agevolare le strutture per l'adozione dello stesso nelle more dell'assunzione di un proprio e completo modello organizzativo di cui al D.Lgs. n. 231/2001 entro la fine dell'anno 2014.

Le ASL sono tenute a verificare la documentazione nel termine di 30 giorni decorrenti dalla data di ricezione della documentazione ovvero dall'acquisizione della stessa e, comunque, entro e non oltre il 30 ottobre di ciascun anno.

La gestione del rapporto preordinato alla sottoscrizione degli accordi con i Policlinici Universitari non statali, come pure la contestazione e l'eventuale risoluzione è demandata totalmente alla Regione.

La definizione dei budget rappresenta il livello massimo di spesa a carico del SSR nell'ambito del quale sono considerate riconoscibili e remunerabili esclusivamente le prestazioni erogate ai sensi della normativa vigente di riferimento.

Con la sottoscrizione del contratto, la struttura che eroga prestazioni con onere a carico del SSR accetta le tariffe *ratione temporis* vigenti e si impegna all'erogazione delle prestazioni agli aventi diritto modulando la produzione per soddisfare il fabbisogno assistenziale della popolazione in modo omogeneo per tutto l'anno, tenendo conto delle liste d'attesa e delle priorità assistenziali stabilite con apposito atto regionale, fermo restando che le prestazioni erogate oltre il Budget (tetto massimo) non sono riconosciute con onere a carico del S.S.R.

Cronoprogramma adempimenti e documentazione per l'anno 2013:

- a. entro il 30 settembre 2013 l'erogatore è tenuto a trasmettere le dichiarazioni sostitutive di atto notorio e i dati anagrafici di tutti i soggetti per i quali deve essere acquisita la certificazione antimafia e l'informativa antimafia, ovvero la documentazione di cui all'art. 2 del contratto;
- b. entro il 30 ottobre 2013 la ASL verifica la documentazione acquisita;
- c. in caso di mancata o insufficiente produzione la ASL diffida ad adempiere entro e non oltre 15 giorni;
- d. in caso di mancata ottemperanza della struttura si procede con la sospensione automatica del contratto che non consente di poter porre a carico del SSR la produzione erogata dalla struttura a decorrere dal 1° giorno del mese successivo a quello di scadenza del 15° giorno prescritto per l'adempimento;
- e. trascorsi sei mesi, nel caso di persistente adempimento, la ASL procede direttamente alla risoluzione del contratto stesso per inadempimento di obblighi informativi, dandone pronta comunicazione alla Regione;

Cronoprogramma adempimenti e documentazione per gli anni 2014 e seguenti:

- a. entro il 30 settembre 2014 l'erogatore è tenuto a trasmettere le dichiarazioni sostitutive di atto notorio e i dati anagrafici di tutti i soggetti per i quali deve essere acquisita la certificazione antimafia e l'informativa antimafia, ovvero la documentazione di cui all'art. 2 del contratto;
- b. entro il 30 ottobre 2014 la ASL verifica la documentazione acquisita;
- c. in caso di mancata o insufficiente produzione la ASL diffida ad adempiere entro e non oltre 15 giorni;
- d. in caso di mancata ottemperanza della struttura non si procederà alla sottoscrizione del contratto.

Risoluzione per grave inadempimento a cura della ASL:

Qualora la ASL ravvisi circostanze costituenti grave inadempimento al presente contratto, come elencate nell'art. 12, co. 2, ne farà contestazione all'Erogatore, concedendo termine di 15 (quindici) giorni al medesimo per la produzione di documentazione e deduzioni scritte a eventuale confutazione del grave inadempimento.

Trascorso tale termine, la ASL potrà procedere alla risoluzione del contratto, ovvero, anche tenuto conto delle giustificazioni oltre che della entità della violazione, diffidare l'Erogatore alla regolarizzazione, assegnando al medesimo un termine congruo per provvedere. In difetto di adempimento dichiarare risolto il contratto ai sensi dell'art. 1456 c.c.

DISCIPLINA PER LA SOTTOSCRIZIONE DEGLI ACCORDI/CONTRATTI:

“le Aziende Sanitarie Locali provvedono a sottoscrivere e far sottoscrivere gli schemi di contratto/accordo ai singoli soggetti erogatori 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".

CRONOPROGRAMMA PO 2013-2015 REGIONE LAZIO

Area	Programma	Obiettivo/Intervento	Azione	Atto normativo/ Documento	Indicatore di risultato	Tempi di realizzazione dell'azione
2: Area "Governo del sistema"	7: Rapporti con gli erogatori	7.1: Ricognizione e ridefinizione delle tariffe delle prestazioni territoriali	Si rimanda al 7.7.1			
2: Area "Governo del sistema"	7: Rapporti con gli erogatori	7.2: Individuazione delle funzioni assistenziali di cui al d.lgs 502/92, con indicazioni dei criteri di calcolo della relativa assegnazione economica	Attivazione di un Gruppo di lavoro regionale, dall'AGENAS, per la definizione degli ambiti e dei criteri di remunerazione da adottare nella norma quadro suddetta entro il 15 dicembre 2013	Adozione Determina dirigenziale	Determina dirigenziale	Entro il 15 dicembre 2013
			Adozione di un provvedimento commissariale per la definizione di specifici ambiti di remunerazione a funzione riferiti all'anno 2013	Adozione del Provvedimento Commissariale	Provvedimento commissariale	Entro il 15 dicembre 2013
			Adozione di un provvedimento commissariale - norma quadro – per la definizione di specifici ambiti di remunerazione a funzione e dei relativi criteri e parametri standard di attribuzione delle stesse in base a quanto previsto dall'art. 8 sexies D.Lgs 502/1992	Adozione del Provvedimento Commissariale – norma quadro.	Provvedimento commissariale	Entro 31 gennaio 2014 per l'anno 2014. Entro 31 ottobre 2014 per l'anno 2015.
			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. 7 comma 2 del D.Lgs. 517/99			
			Adozione del provvedimento dell'attribuzione dei finanziamento delle funzioni assistenziali ex art. 8 sexies del D.Lgs 502/92 ed ex art. 7 comma 2 del D.Lgs. 517/99, Riferiti al 2014	Adozione del provvedimento dell'attribuzione dei finanziamento delle funzioni assistenziali ex art. 8 sexies del D.Lgs 502/92 ed ex art. 7 comma 2 del D.Lgs. 517/99,	Provvedimento commissariale di attribuzione dei finanziamento delle funzioni assistenziali ex art. 8 sexies del D.Lgs 502/92	Entro 31 marzo 2014 per l'anno 2014. Entro 31 dicembre 2014 per l'anno 2015.
		Provvedimento commissariale di attribuzione dei finanziamento delle funzioni assistenziali ed ex art. 7 comma 2 del D.Lgs. 517/99, riferito all'anno 2014	Entro 31 marzo 2014 per l'anno 2014. Entro 31 dicembre 2014 per l'anno 2015.			

2: Area "Governo del sistema"	7: Rapporti con gli erogatori	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				
2: Area "Governo del sistema"	7: Rapporti con gli erogatori	7.4. Programma dei controlli di appropriatezza	1. Applicazione della metodologia APPRO 3 per la valutazione dell'appropriatezza generica dell'ospedale.	DCA n.40/2012	Riclassificazione e abbattimento della tariffa dei ricoveri ordinari per acuti che superano i valori soglia regionali DRG specifici	Entro il mese di febbraio dell'anno successivo a quello di erogazione dell'attività
			2. Effettuazione dei controlli sulla tipologia "ricoveri ripetuti" in acuzie .	DCA n.40/2012	Applicazione di abbattimenti tariffari a livello regionale nella misura del 20% per i ricoveri ripetuti a carico SSN, con stessa MDC e T < 30	Entro il mese di febbraio dell'anno successivo a quello di erogazione dell'attività
			3. Effettuazione dei controlli sul rispetto degli standard di appropriatezza organizzativa per i ricoveri di frattura femore in pazienti con età >65 anni.	DGR n.613/2009	Applicazione degli abbattimenti tariffari per: DRG medici seguiti da trasferimento e intervento chirurgico per frattura del femore presso un altro istituto; strutture che superano il valore soglia della percentuale di DRG medici sul totale dei DRG di frattura del femore.	Entro il mese di febbraio dell'anno successivo a quello di erogazione dell'attività
			4. Potenziamento dei controlli di appropriatezza sulle prestazioni di riabilitazione intensiva erogate in regime di ricovero ordinario e diurno (day hospital)	DCA n.40/2012	Riclassificazione e abbattimento della tariffa dei ricoveri inappropriati	Entro il 30 giugno dell'anno successivo a quello di erogazione dell'attività

2: Area "Governo del sistema"	7: Rapporti con gli erogatori	7.5 Programma dei controlli di congruenza tra cartella clinica e SDO	1. Effettuazione dei 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".	DCA n.40/2012	Effettuazione di almeno il 12,5% dei controlli di congruità su cartella clinica	Entro il 30 giugno dell'anno successivo a quello di erogazione dell'attività
			2. Effettuazione dei controlli di congruità analitici su cartelle cliniche relative ai dimessi in riabilitazione post-acuzie.	DCA n.40/2012	Effettuazione di almeno il 12,5% dei controlli di congruità su cartella clinica	Entro il 30 giugno dell'anno successivo a quello di erogazione dell'attività
2: Area "Governo del sistema"	7: Rapporti con gli erogatori	7.6. piano delle prestazioni e relativa tempistica	Adozione di un provvedimento commissariale che individui i principi in base ai quali orientare le acquisizioni di prestazioni sanitarie da soggetti privati accreditati	Adozione provvedimento commissariale	Provvedimento commissariale	Entro 31 dicembre 2013
2: Area "Governo del sistema"	7: Rapporti con gli erogatori	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	Attualizzazione del Decreto 310 del 4/7/2013 al fine di recepire le indicazioni che emergeranno dal Gruppo di Lavoro istituito con l'obiettivo "Lo studio e l'individuazione di percorsi appropriati nella rete di riabilitazione" nonché per la definizione delle classi di erogatori ai sensi del DM 18.10.2012	Adozione provvedimento commissariale	Provvedimento commissariale	Entro 30 giugno 2014
			Adozione di un provvedimento commissariale che stabilisca le tariffe da applicare all'assistenza riabilitativa intensiva, estensiva e di mantenimento residenziale e non	Adozione provvedimento commissariale	Provvedimento commissariale	Entro il 31 dicembre 2013
			Individuazione dei nuovi tetti di spesa per le prestazioni di assistenza ospedaliera e per l'assistenza specialistica per l'anno 2013	Adozione provvedimento commissariale	Provvedimento commissariale	Entro il 31 marzo 2013
			Individuazione dei nuovi tetti di spesa per le prestazioni di assistenza ospedaliera e per l'assistenza specialistica per l'anno 2014	Adozione provvedimento commissariale	Provvedimento commissariale	Entro il 31 marzo 2014
			Individuazione dei nuovi tetti di spesa per le prestazioni di assistenza ospedaliera e per l'assistenza specialistica per l'anno 2015	Adozione provvedimento commissariale	Provvedimento commissariale	Entro il 31 dicembre 2014
			Individuazione dei nuovi tetti di spesa per le attività territoriali (hospice, RSA, neuropsichiatriche, ex art. 26) per l'anno 2013.	Adozione provvedimento commissariale	Provvedimento commissariale	Entro il 31 marzo 2013

			Individuazione dei nuovi tetti di spesa per le attività territoriali (hospice, RSA, neuropsichiatriche, ex art. 26) per l'anno 2014.	Adozione provvedimento commissariale	Provvedimento commissariale	Entro il 31 marzo 2014
			Individuazione dei nuovi tetti di spesa per le attività territoriali (hospice, RSA, neuropsichiatriche, ex art. 26) per l'anno 2015	Adozione provvedimento commissariale	Provvedimento commissariale	Entro il 31 dicembre 2015
			Riconoscimento della produzione ospedaliera (acuti, riabilitazione lungodegenza) e remunerazione entro i limiti di budget	Adozione provvedimento commissariale	Provvedimento commissariale	Entro il 31 marzo di ogni anno
			Riconoscimento dell'attività di assistenza specialistica ambulatoriale e remunerazione entro i limiti di budget	Adozione provvedimento commissariale	Provvedimento commissariale	Entro il 31 marzo di ogni anno
2: Area "Governo del sistema"	7: Rapporti con gli erogatori	7.7.2.. Modalità di controllo delle prestazioni	Si rinvia al paragrafo successivo			
2: Area "Governo del sistema"	7: Rapporti con gli erogatori	7.7.3. Stipula di accordi e contratti	Concertazione con le associazioni di categoria per l'attualizzazione del Decreto n. 183/2013	Verbal degli incontro	4 incontro con le associazioni di categoria	Entro il 30 novembre 2013
			Attualizzazione del decreto 183/2013 a seguito degli incontri con le associazioni di categoria	Adozione Decreto Commissariale	Decreto Commissariale	Entro il 31 dicembre 2013
			Verifica dell'avvenuta sottoscrizione dei contratti entro un mese dalla ratifica dei budget /tetti e funzioni)	Report	Sottoscrizione del 100% dei contratti/accordi	Entro 30 aprile 2014 (per l'anno 2014) Entro il 31 gennaio 2015 (per l'anno 2015)

Intervento 7.7 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 è già stato delineato dal legislatore regionale, e deve essere comunque oggetto di verifica.
- 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;

Verifica esiti sperimentazione PTV;

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);

Nomina di una Commissione tecnica incaricata di valutare i risultati conseguiti dalla Fondazione Policlinico Tor Vergata al fine di individuarne gli sviluppi futuri (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 giugno 2014 proposta 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 e Interfaccia con l'Avvocatura regionale per l'elaborazione della proposta di legge
- Direzione Regionale Salute e Integrazione Sociosanitaria per la valutazione delle SG
- Area Giuridica Normativa Istituzionale per l'elaborazione ed il monitoraggio sui percorsi di stabilizzazione

Intervento 7.8 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, e dall’art. 42, comma 4, della legge regionale n. 26/2007 è necessario procedere alla verifica degli esiti della sperimentazione, superando la sperimentazione gestionale.

Risultati programmati

- I negoziati con le Università sono già stati avviati ed è attualmente in itinere il percorso di affiancamento tecnico con i Ministeri vigilanti, il cui primo incontro si è tenuto in data 15 ottobre.

Indicatori di risultato

- Formalizzazione dei protocolli di intesa

Cronoprogramma

- Conclusione dei negoziati entro il 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 Interfaccia con l'Avvocatura regionale e Area della Programmazione della rete ospedaliera e ricerca

Intervento 7.9 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 a seguito della 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 6 mesi dall'avvio degli stessi;
- Invio dei nuovi Protocolli di Intesa in preventiva approvazione dei Ministeri vigilanti entro il 31/03/2014;
- 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 Interfaccia con l'Avvocatura regionale e Area della Programmazione della rete ospedaliera e ricerca

Programma 8: Formazione e comunicazione ai cittadini

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

- formazione del personale con particolare riguardo alla gestione del cambiamento e dello sviluppo organizzativo, alla promozione di modelli organizzativo-gestionali innovativi, ivi compreso sistemi di job evaluation, performance measurement e sistemi premianti (Tabelle 18, 19, 20);
- promozione della carta dei servizi nelle Aziende sanitarie;
- attivazione di azioni finalizzate alla rilevazione sistematica della qualità percepita dagli utenti/cittadini;
- formazione aziendale per la sicurezza dei pazienti;

Intervento 8. 1 formazione del personale con particolare riguardo alla gestione del cambiamento e dello sviluppo organizzativo, alla promozione di modelli organizzativo-gestionali innovativi, ivi compreso sistemi di job evaluation, performance measurement e sistemi premianti (Tabelle 18, 19, 20)

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 prevedendo anche la diffusione di una "cultura della valutazione" con specifiche attività di sensibilizzazione e di formazione sulla valutazione delle performance organizzative e individuali/manageriali.

La gestione del sistema di competenze dei professionisti sanitari che operano nel territorio regionale necessita di validi orientamenti e continui aggiornamenti delle conoscenze, delle capacità e delle abilità individuali e collettive coerenti con le esigenze del sistema stesso.

Ne deriva la necessità di una importante azione di programmazione formativa nelle aree organizzative, professionali e gestionali, utile ad orientare la progettazione e realizzazione delle attività formative. Occorre definire piani, programmi e progetti che siano orientati agli obiettivi strategici del contesto regionale ed aziendale tesi ad accompagnare ed indirizzare il cambiamento e lo sviluppo organizzativo, definendo gli obiettivi del sistema formativo in generale (*pianificazione generale di sistema*), dello specifico contesto organizzativo e professionale e gli obiettivi di apprendimento (*individuabili ed esprimibili nella fase di progettazione dell'azione formativa*).

Riguardo alla identificazione e caratterizzazione delle diverse attività formative del sistema formazione della Regione Lazio i documenti di indirizzo prevedono:

- aree tematiche prioritarie per la formazione continua in sanità definite nell'Accordo Stato-Regioni del 2012 (ospedale, territorio, prevenzione, tematiche trasversali, ecc);
- obiettivi di sviluppo del sistema sanitario agganciati al Piano Sanitario Regionale ed al Piano di Rientro e conseguenti Piani operativi, con focus su tematiche legate ad evidenze epidemiologiche e di sviluppo aziendale (gestione del cambiamento, promozione di modelli organizzativo-gestionali innovativi, miglioramento dell'appropriatezza organizzativa, valutazione della performance, PDTA, rischio clinico, continuità assistenziale, ecc);

- obiettivi per aree professionali, in accordo con la Commissione Regionale ECM (medici, infermieri, psicologi, biologi, chimici, farmacisti, veterinari, ostetriche, professioni sanitarie tecniche e della riabilitazione).

A livello regionale, vengono individuate:

1. le tipologie formative da sviluppare (in linea con le migliori evidenze),
2. le aree clinico-assistenziali da supportare (sulla base dei cambiamenti in atto),
3. gli ambiti specifici da presidiare, anche attraverso la leva formativa, per indirizzare e guidare il cambiamento, l'innovazione e lo sviluppo in ambito strutturale, organizzativo, gestionale, economico-amministrativo, partecipativo.

La formazione in questo quadro assume una funzione ed un ruolo strategico sia sul piano dei processi formativi che sulla scelta dei contenuti per recuperare il ruolo di indirizzo di programmazione, di coordinamento e quindi di governo della formazione sia in termini di scelta e definizione di obiettivi formativi strategici per lo sviluppo del sistema sanitario, sia in termini di strumenti di monitoraggio e controllo del sistema formativo regionale e di tutta l'offerta formativa in sanità. E' necessario che le Aziende sanitarie migliorino la funzione di governo della formazione dei professionisti, dotandosi di una seria e costruttiva politica aziendale per la formazione.

Quanto sopra si traduce nella elaborazione del Piano Formativo Regionale triennale 2013-2015 che indirizza le strutture sanitarie del Lazio nella definizione di specifici Piani Formativi Aziendali annuali in riferimento alle aree tematiche ed agli obiettivi individuati a livello regionale. Sarà compito principale dell'Osservatorio Regionale (da costituire entro l'anno 2013) verificare qualitativamente e formalmente le attività realizzate. In particolare valutare in che misura l'offerta formativa dei Provider satura gli obiettivi del Piano stesso e le ricadute della formazione sull'attività lavorativa.

Il percorso relativo al nuovo sistema di Formazione continua in medicina - Accredimento dei provider ECM è stato avviato con "Determina 1945 del 27/05/2010" Sistema di Educazione Continua in Medicina della Regione Lazio: Accredimento Provider Pubblici". Nell'attuale sistema regionale l'iscrizione all'Albo avviene, con Decreto del Commissario ad Acta, a seguito di una valutazione della Commissione ECM. Le procedure di accreditamento definitivo, saranno, invece, disciplinate a seguito della Convenzione che la Regione Lazio ha stipulato di recente con l'Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali (A.Ge.Na.S) per la realizzazione della piattaforma informatica per l'accredimento dei provider ECM e la gestione dei relativi eventi formativi. Le attività oggetto della convenzione hanno come finalità l'analisi e la realizzazione di programmi informatici necessari allo sviluppo del sistema di formazione continua (Deliberazione 7 agosto 2013, n. 265). Il sistema di accreditamento si configura, quindi, come sottoinsieme del sistema formativo che necessita di un sistema informativo strutturato, per la gestione della formazione ECM (anche in merito all'analisi, verifica e controllo dei costi della formazione)

Gli Organismi previsti dal sistema sono stati costituiti ad eccezione dell'Osservatorio che sarà formalizzato entro dicembre 2013.

I principali attori del sistema formativo Regionale dovranno operare a diversi livelli con compiti, ruoli e specifiche attività funzionali al sistema:

- livello politico-strategico (Regione Lazio Cabina di Regia del Piano di rientro- Direzione salute e integrazione sociosanitaria - Area Formazione)

- livello tecnico-organizzativo della Regione (la Commissione ECM Regionale ed il costituendo Osservatorio ECM Regionale, il Coordinamento dei Referenti Aziendali della Formazione)
- livello politico-strategico di struttura sanitaria (Direzione Aziendale, Collegio di Direzione)
- livello tecnico-professionale della struttura sanitaria(UOC/UO/Ufficio Formazione e la sua Rete di Referenti Aziendali)
- i Provider

Le loro principali funzioni possono declinarsi pertanto in:

- Indirizzi politico-strategici per il sistema di formazione continua regionale
- Pianificazione Regionale della formazione continua in sanità
- Coordinamento dei programmi e delle attività per la formazione continua
- Accredimento Provider ECM
- Progettazione e programmazione delle attività di formazione continua
- Realizzazione delle attività di formazione continua
- Partecipazione alle attività di formazione continua
- Verifica e monitoraggio delle attività di formazione continua

Specifiche linee di attività formativa per il triennio 2013- 2015 saranno focalizzate su:

1. Promozione di percorsi formativi diretti al personale con Responsabilità di tipo manageriale delle strutture sanitarie della Regione, che supportino l'implementazione del Piano della performance nelle relative strutture, in riferimento a quanto indicato nel Decreto Legislativo 27 ottobre 2009, n. 150 Attuazione della legge 4 marzo 2009, n. 15, in materia di ottimizzazione della produttività del lavoro pubblico e di efficienza e trasparenza delle pubbliche amministrazioni". Tali percorsi, avranno come obiettivo quello di favorire la diffusione degli strumenti necessari alla corretta attuazione del Ciclo della performance.
2. Promozione di percorsi formativi diretti al personale dipendente delle Strutture sanitarie della Regione, per l'attuazione della L.190 del 6 novembre 2012 in materia di "prevenzione e repressione della corruzione e dell'illegalità nella Pubblica Amministrazione". Tali percorsi, avranno come obiettivo quello di favorire la diffusione degli strumenti necessari all'analisi e alla valutazione dei rischi specifici di corruzione e all'individuazione degli interventi volti a prevenirla.

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 sia presso le Strutture sanitarie della Regione Lazio, che presso la Commissione nazionale per la formazione continua, dell'Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali;
- garantire l'elaborazione e la realizzazione dei programmi informatici e gestionali necessari all'attivazione e realizzazione del nuovo Sistema di Formazione Continua della regione Lazio.
- adottare il Piano Formativo Regionale per il triennio 2013 – 2015 in attuazione del Piano Formativo Nazionale tenendo conto degli indirizzi formulati dalla Commissione ECM regionale, anche in riferimento alle necessità di innovazione dei modelli organizzativi, al

Piano della prestazione e dei risultati, al sistema di misurazione e valutazione delle prestazioni, alla organizzazione e gestione manageriale

- Garantire l'offerta formativa nei confronti degli operatori sanitari attraverso l'accreditamento degli eventi dei progetti formativi aziendali;
- costituire l'Osservatorio ECM regionale previsto dall'Accordo Stato – Regioni del 5 novembre 2009 avente finalità di controllo e di valutazione qualitativa e formale sulle attività formative svolte dai provider.

INDICATORI DI RISULTATO

- Spesa sostenuta per attività di formazione nei vari anni su spesa 2009
- Entrate regionali annuali derivate dalle attività di accreditamento dei provider e degli eventi formativi

IL CRONO PROGRAMMA DELLE SCADENZE

- Attivazione e perfezionamento della Convenzione con l'Agenzia nazionale per i servizi sanitari (A.Ge.Na.S) entro il 31/11/2013 in applicazione della DGR Lazio n. 265 del 7/8/2013
- Emanazione della Delibera di Giunta regionale recante il nuovo piano formativo triennio 2013 – 2015 entro il 31/12/2013
- Emanazione determina della Direzione Salute e Integrazione sociosanitaria per la costituzione, l'organizzazione ed il funzionamento dell' Osservatorio regionale ECM ai sensi del D.C.A. 31 dicembre 2010, n. U00108. entro il 31/12/2013

IMPATTO ECONOMICO

- Non tutte le attività di formazione del personale sono assoggettabili alle riduzioni di spesa previste dall'art. 6, comma 13 della legge n. 120/2010, in quanto molte di esse sono connesse a percorsi il cui svolgimento è da ricondurre alla formazione obbligatoria. Infatti è la stessa finalità perseguita dalla disposizione (contenere i costi degli apparati amministrativi) che impone di effettuare una distinzione tra la formazione che deriva da poteri discrezionali in ordine alla decisione di autorizzare o meno l'intervento formativo e quella obbligatoria, laddove disposizioni di legge prevedano specifici interventi formativi, collegati allo svolgimento di particolari attività.

Molte disposizioni di legge prevedono attività formative obbligatorie riguardanti i dipendenti delle aziende sanitarie. Il quadro normativo più articolato in tal senso è quello previsto dal d.lgs. n. 81/2008, inerente la sicurezza sul lavoro, in un articolato complesso di disposizioni, contenute negli articoli 36 e 37. Le amministrazioni devono assicurare formazione obbligatoria anche ai responsabili del trattamento dei dati personali (art. 19, comma 6, all. b del d.lgs. n. 196/2003) ed agli operatori deputati a gestire dati personali. Va anche assicurato che gli adempimenti previsti per l'applicazione della legge 190 del 6 novembre 2012 in materia di "prevenzione e repressione della corruzione e dell'illegalità nella Pubblica Amministrazione" siano realizzati, al fine di individuare tutti gli interventi idonei a prevenire, nelle strutture sanitarie regionali, i rischi specifici di corruzione e di illegalità.

Nel comparto sanità la formazione obbligatoria riguarda (sulla base di un quadro normativo articolato, sia statale che regionale) tutto il personale sanitario per l'acquisizione del numero di crediti ECM (n 150 in tre anni) previsti dalla normativa vigente oltre che per alcune particolari figure, impegnate nei processi produttivi di servizi specifici,

come quelli relativi all'AIDS e alla celiachia. Tali concetti sono stati espressi in numerose deliberazioni delle sezioni regionali della Corte dei Conti nei medesimi termini di salvaguardia della formazione obbligatoria (Corte dei Conti, sez. reg. contr. Toscana, deliberazioni n. 74/2011/PAR del 13 maggio 2011 e n. 43/2012/PAR del 17 aprile 2012, sez. reg. contr. Veneto deliberazione n. 377/2011/PAR del 28 ottobre 2011, sez. reg. contr. Piemonte deliberazione n. 55/2011/SCRPIE/PAR del 11 maggio 2011, sez. reg. contr. Lombardia deliberazione n. 166 del 3 marzo 2011).

Pertanto l'intervento di riduzione dei costi della formazione non obbligatoria è stato progressivamente applicato sia negli anni passati che in quello in corso, con riferimento al parametro del 2009 previsto dalla legge, come si desume dalle tabelle 18 e 19 e va letto e considerato, comunque, congiuntamente a quello descritto nel successivo punto e riassunto della tabella 20.

- Con la già avvenuta attivazione del sistema di accreditamento dei provider regionali, e la programmata messa a regime del sistema, da completarsi nel 2014, si è prodotto un flusso di entrate per la Regione pari ad € 278.061,20 nel 2012. Tale flusso dovrebbe aumentare nel 2013, come indicato nella tabella 20, che però, tiene conto dell'effetto di riduzione causato dall'impatto della Convenzione con l'Agenas nell'ultimo trimestre dell'anno. Nel 2014, invece in applicazione della citata convenzione approvata con DGR Lazio n. 265 del 7/8/2013, (che prevede che il 70% degli introiti siano devoluti ad Agenas), si stima una contestuale riduzione di entrate per attività provider della Regione Lazio, solo in parte compensabili da un probabile ampliamento della platea dei provider regionali. La progressiva messa a regime del sistema nel corso dell'anno, derivante anche dalla attività di collaborazione con Agenas, difficilmente produrrà un incremento di ulteriore accreditamento di provider regionali. Dal 2015 con la definitiva messa a regime del sistema e la gestione in piena autonomia da parte della Regione Lazio del sistema ECM si può ragionevolmente prevedere un flusso di entrate a favore della stessa almeno pari a quanto riscontrato nel 2012. Tali previsioni sono riportate nella Tabella 20.

Dalle considerazioni sopra svolte si prevede, pertanto, di agire per i piani operativi 2013-2015 sul lato delle entrate piuttosto che su quello delle spese (tabelle 19 e 20) conseguendo in ogni caso un risultato economico anche superiore rispetto a quello previsto dalla norma di legge (bilancio costi-ricavi).

RESPONSABILE DEL PROCEDIMENTO ATTUATIVO

Dirigente dell'Area Formazione della Direzione Regionale salute e Integrazione socio-sanitaria.

Manovre sulla Formazione

Tabella 18. Serie storica costo Formazione (in €)

Anni	2009	2010	2011	2012	2013 (proiezione su dati 1° semestre)
Costo Formazione	3.711.594	2.362.625	2.270.733	2.206.507	1.905.802

Tabella 19. Definizione dell'obiettivo di riduzione del costo

Costo anno 2009 di riferimento per la riduzione	% riduzione 2010	% riduzione 2011	% riduzione 2012	% riduzione 2013	% riduzione 2014	% riduzione 2015

Formazione	€ 3.711.594	36%	39%	41%	49%	0%	0%
------------	-------------	-----	-----	-----	-----	----	----

Tabella 20. Definizione dell'obiettivo di volume di entrate del sistema ECM regionale (in €)

	Entrate anno 2012 da attività provider	Entrate 2013 al 20.9.	Entrate 2013 proiezione fine anno	Entrate 2014	Entrate 2015
Formazione ECM	278.061	256.238	325.000	97.000	330.000

Intervento 8.2 promozione della carta dei servizi nelle Aziende sanitarie

Il miglioramento dell'efficacia della Carta dei servizi sanitari attraverso l'aggiornamento delle Linee guida è individuato quale ambito prioritario da implementare nel triennio di vigenza dell'attuale PSN, insieme allo sviluppo, adozione e promozione di strumenti di coinvolgimento dei cittadini e pazienti assicurandone la partecipazione sostenibile.

La Carta, il cui schema generale di riferimento è stato emanato con il Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri del 19 maggio 1995, *“è essenzialmente volta alla tutela dei diritti degli utenti: non si tratta di una tutela intesa come mero riconoscimento formale di garanzie al cittadino, ma di attribuzione allo stesso di un potere di controllo diretto sulla qualità dei servizi”*. E' da intendersi, pertanto, quale strumento di garanzia agli utenti circa l'informazione, l'accoglienza, la tutela e la partecipazione.

Ciò significa che la partecipazione ed il coinvolgimento attivo del cittadino si connota come uno tra i canali principali di attuazione del processo di empowerment e fa riferimento ai seguenti principi:

- imparzialità nell'erogazione delle prestazioni e uguaglianza del diritto all'accesso ai servizi;
- piena informazione dei cittadini/utenti sui servizi offerti e sulle modalità di erogazione degli stessi;
- definizione di standard di servizi e attività. Assunzione di impegni da parte dell'amministrazione locale rispetto alla promozione della qualità del servizio e alla determinazione di modalità di valutazione costante della qualità stessa;
- organizzazione di modalità strutturate per la tutela dei diritti dei cittadini;
- ascolto delle opinioni e dei giudizi, sulla qualità del servizio, espressi dai cittadini direttamente o tramite le Associazioni che li rappresentano, attraverso modalità e strumenti di partecipazione e coinvolgimento.

Si rappresenta, pertanto, l'importanza dello strumento di partecipazione dei cittadini, che necessita, così come evidenziato nel suddetto Piano, di un monitoraggio sistematico ai fini dell'utilizzo e dell'aggiornamento.

Tale necessità viene ripresa nell'Intesa Stato Regioni del 20 dicembre 2012 che conviene sul documento recante *“Disciplinare sulla revisione della normativa sull'Accreditamento”*. Tale documento rafforza la presenza della Carta dei Servizi tra i Requisiti da verificare da parte delle Regioni e Province Autonome.

In particolare, si legge nell'Intesa, che la corrispondenza al *Requisito 2.1 Tipologia di prestazioni e di servizi erogati* ed al *Requisito 5.3 Modalità dei contenuti delle informazioni da fornire ai pazienti ed ai caregiver*, dovrà essere verificato tramite:

- la presenza nelle aziende di una carta dei servizi che assicuri la piena informazione circa le modalità erogative, i contenuti, la capacità delle prestazioni di servizio e gli impegni assunti nei confronti dei pazienti e dei cittadini nonché la presenza di materiale informativo a disposizione dell'utenza;
- la periodica rivalutazione da parte della Direzione della struttura, della carta dei servizi, con l'apporto delle associazioni di tutela dei malati, dei familiari e del volontariato
- la disponibilità di una Carta dei Servizi aggiornata e redatta con l'apporto di categorie professionali e delle associazioni di tutela e di volontariato rappresentative della collettività e dell'utenza;
- la predisposizione di strumenti informativi sintetici da mettere a disposizione dei cittadini;
- la procedura per l'appropriata modalità di comunicazione ai pazienti e caregiver;
- l'informazione al paziente e familiare sulla donazione di organi e tessuti;
- l'informazione circa le precauzioni da adottare per la prevenzione delle infezioni correlate all'assistenza
- le modalità di informazione ai pazienti e familiari sugli elementi di tutela nella partecipazione alle ricerche cliniche
- l'informazione circa le attività di prevenzione e sicurezza dei pazienti e dei cittadini.

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

A livello regionale, saranno pertanto intraprese nel triennio 2013-2015 azioni volte al miglioramento dello strumento di tutela per il cittadino, monitorandone la diffusione e l'aggiornamento.

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
- Elaborare linee guida per la Regione Lazio
- Favorire l'adozione nelle Aziende sanitarie e nelle strutture sanitarie della Regione Lazio, di Carte dei Servizi aggiornate e redatte con il coinvolgimento dei cittadini e dei pazienti
- Migliorare l'efficacia della Carta dei Servizi nelle Aziende sanitarie della Regione Lazio

AZIONI

- Monitoraggio dello stato di attuazione della Carta dei Servizi nelle strutture sanitarie del Lazio
- Monitoraggio degli strumenti attivati a livello aziendale per favorire la partecipazione dei pazienti e dei cittadini nelle forme di rappresentanza
- Costituzione di un Gruppo di lavoro regionale per l'elaborazione di Linee Guida Regionali per la Carta dei Servizi Sanitari del Lazio, che coinvolga associazioni di tutela, volontariato, pazienti e personale sanitario
- Alla luce della Legge Regionale del Lazio N° 7 del 18/06/2012 sull'Open Data, costruire un link dedicato sul portale regionale 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 fine si prevede :

- L'attivazione di un Gruppo di lavoro regionale dedicato
- Un 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
- La realizzazione dello specifico spazio web sul portale regionale.

RISULTATI PROGRAMMATI

- Aggiornamento della Carta dei Servizi nelle strutture sanitarie del Lazio
- Attivazione a livello aziendale di forme di partecipazione dei cittadini e pazienti
- Elaborazione di Linee Guida Regionali per la Carta dei Servizi Sanitari al fine di renderne omogenei i contenuti a livello di tutte le Aziende sanitarie e strutture sanitarie della regione Lazio.
- Apertura di uno spazio web dedicato alle Carte dei servizi aziendali aggiornate.

INDICATORI DI RISULTATO

- Predisposizione delle Linee guida regionali per la Carta dei Servizi Sanitari
- Numero di strutture che annualmente aggiornano la Carta/strutture da monitorare
- Numero di strutture che attivano progetti aziendali di empowerment dei cittadini e pazienti

IL CRONOPROGRAMMA DELLE SCADENZE

Emanazione di atto per la costituzione del Gruppo di Lavoro Regionale sulle Linee Guida entro il 30/01/2014

Emanazione di atto relativo alle Linee guida regionali per la Carta dei Servizi Sanitari entro il 30/09/2014

Adozione dal parte delle strutture regionali delle Carte dei Servizi redatte secondo le Linee Guida entro il 30/03/2015

Formalizzazione del gruppo dedicato all'Open data entro il 31/10/2014

Creazione di un flusso informativo regionale sulla Carta dei Servizi che garantisca la qualità e l'aggiornamento dei dati entro il 30/06/2015

Stesura di un report di valutazione dello stato di implementazione della Carta dei Servizi nelle strutture Regionali entro il 30/11/2015

Stesura di un report di valutazione dello stato di implementazione di progetti aziendali di empowerment entro il 30/11/2015

RESPONSABILE DEL PROCEDIMENTO

Area Formazione e Sistemi informativi della Direzione Salute e integrazione sociosanitaria

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

La Regione Lazio, nell'ottica del miglioramento della qualità assistenziale, ha supportato processi di analisi della qualità percepita ed esperienza dei pazienti/cittadini nell'ambito dei servizi sanitari. In particolare ha favorito progetti che avessero una metodologia consolidata e già sperimentati in altri contesti, incoraggiando la diffusione nel territorio regionale di strumenti omogenei, validati e soprattutto che seguissero un approccio di rilevazione partecipata.

Sono stati, pertanto, avviati in strutture sanitarie della Regione progetti di Audit Civico a partire dal biennio 2007-2009, 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".

Con determinazione n.B5546 del 5 novembre 2010 ha approvato e finanziato un ulteriore 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 utile 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. Il secondo ciclo di Audit civico (2009/10) ha segnato il passaggio dalla sperimentazione al consolidamento a livello regionale: 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 (Ser.T.).

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 delle performance aziendali e l'individuazione di priorità d'intervento.

Quanto implementato, si allinea alle esperienze di valutazione dell'umanizzazione dell'assistenza promosse a livello nazionale (*vedi ad esempio il progetto finanziato dal Ministero della salute nell'ambito del Programma di Ricerca Corrente 2010 - Agenas - Agenzia di Valutazione Civica di Cittadinanzattiva e Regioni e PA dal titolo "Sperimentazione e trasferimento di modelli di empowerment organizzativo per la valutazione ed il miglioramento della qualità dei servizi sanitari"*)

OBIETTIVI

- Migliorare la qualità assistenziale nella Regione Lazio mediante approcci di valutazione partecipata
- Implementare nelle Aziende sanitarie e nelle strutture sanitarie della Regione le attività di Audit civico
- Valorizzare il patrimonio di partecipazione civica già presente nelle Regione Lazio
- Favorire a livello aziendale progetti di miglioramento della qualità sulla base dei risultati delle rilevazioni

AZIONI

- Costituire un Gruppo di lavoro regionale in grado di realizzare strumenti per la valutazione civica delle performance e dei risultati aziendali
- Valutare lo stato di diffusione della attività di Audit Civico nelle aziende sanitarie regionali
- Supportare la messa a regime delle attività di Audit Civico nelle aziende sanitarie regionali
- Monitorare l'attivazione dei Tavoli Misti permanenti di partecipazione a livello Aziendale
- Monitorare le esperienze aziendali di miglioramento della qualità percepita

RISULTATI PROGRAMMATI

- Report di valutazione delle attività di Audit Civico realizzate a livello regionale
- Report di valutazione delle performance aziendali e dei risultati nell'ambito del miglioramento della qualità dei servizi sanitari.
- Report di monitoraggio delle esperienze aziendali dei progetti di miglioramento della qualità percepita e dell'umanizzazione dell'assistenza
- Report di monitoraggio dello stato di attuazione degli strumenti di partecipazione e di coinvolgimento in Sanità (*Conferenza dei Servizi, Tavoli Misti permanenti di partecipazione ecc*).

INDICATORI DI RISULTATO

- Provvedimenti di formalizzazione a livello aziendale dell'istituzione dei strumenti di partecipazione
- Numero di aziende sanitarie regionali che attivano progetti di Audit Civico
- Numero di aziende sanitarie che implementano progetti di miglioramento della qualità sulla base delle criticità rilevate con l'Audit

IL CRONO PROGRAMMA DELLE SCADENZE

- Costituzione del gruppo di lavoro (entro gennaio 2014)
- Ricognizione sul funzionamento dei tavoli misti permanenti della partecipazione (entro il 30/06/2014)
- Mappatura di progetti di miglioramento della qualità percepita (entro il 30 settembre 2014)
- Sperimentazione di progetti regionali sistematici di attività di Audit Civico (entro il 30/12/2014)
- Elaborazione del Report di valutazione delle attività di Audit Civico realizzate (entro il 30 marzo 2015)
- Report di valutazione delle azioni di miglioramento attivate sulle criticità rilevate (entro il 30 giugno 2015)
- Produzione di rapporto di Audit Civico (entro il 31 dicembre 2015)

RESPONSABILE DEL PROCEDIMENTO ATTUATIVO:

Dirigente dell'Area Formazione della Direzione Salute e 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 pubblica amministrazione

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.

Promozione di percorsi formativi diretti al personale dipendente delle Strutture sanitarie della Regione, per l'attuazione della L.190 del 6 novembre 2012 in materia di "prevenzione e repressione della corruzione e dell'illegalità nella Pubblica Amministrazione". Tali percorsi, avranno come obiettivo quello di favorire la diffusione degli strumenti necessari all'analisi e alla valutazione dei rischi specifici di corruzione e all'individuazione degli interventi volti a prevenirla.

INDICATORI DI RISULTATO

Pubblicazione, nei siti web istituzionali delle AA. 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.

Realizzazione di almeno un corso di formazione ai soggetti responsabili dell'attuazione degli interventi volti a prevenire e contrastare i fenomeni di corruzione ed illegalità nelle Aziende Sanitarie e nelle strutture sanitarie della Regione Lazio.

RESPONSABILE DEL PROCEDIMENTO ATTUATIVO:

Dirigente dell'Area Giuridico Normativa-Istituzionale, Dirigente dell'Area Formazione della Direzione Salute e integrazione sociosanitaria

Intervento 8.5 Formazione aziendale per la sicurezza dei pazienti

Il complesso tema della sicurezza dei pazienti è oggetto di numerose raccomandazioni, linee guida, manuali finalizzati a supportare a livello nazionale, regionale e locale l'implementazione dei necessari processi di cambiamento sia organizzativo che culturale.

E' necessario realizzare attività formative finalizzate a garantire la sicurezza dei pazienti (*in coerenza con quanto indicato nella Raccomandazione del Consiglio Europeo del 9 giugno 2009 sulla sicurezza dei pazienti, comprese la prevenzione e il controllo delle infezioni associate all'assistenza sanitaria (2009/C 151/01)*).

In seguito alla Dichiarazione di Cracovia del 2011 "Statement on Education in Quality Care and Patient Safety", è stato rinnovato l'invito ai Stati membri, ad introdurre il cosiddetto "improvement knowledge" nei curricula formativi dei professionisti sanitari per un miglioramento dei risultati in tema di qualità e cultura della sicurezza. Nella Conferenza si ribadisce, come ripreso nel recente Manuale del Ministero della Salute sulla formazione per il governo clinico: "la sicurezza dei pazienti e degli operatori (2012)", che *"garantire una migliore assistenza sanitaria comporta l'introduzione e lo sviluppo di differenti modelli di formazione per tutti gli operatori sanitari, focalizzata sul miglioramento della didattica ai vari livelli di istruzione, pre-laurea, post-laurea e continua e che lo sviluppo della cultura della qualità e della sicurezza contribuisce ad una migliore sanità"*.

Nella Relazione del 13 novembre 2012 della Commissione Europea al Consiglio, sulla base delle relazioni degli Stati membri in merito all'attuazione della raccomandazione del Consiglio (2009/C 151/01) sulla sicurezza dei pazienti, comprese la prevenzione e il controllo delle infezioni associate all'assistenza sanitaria, si individuano le priorità su cui concentrare i lavori futuri a livello di Stato membro, sottolineando la necessità di:

- assicurare un numero adeguato di personale formato specificatamente nel controllo delle infezioni, cui vengono assegnati tempi lavorativi riservati a tale compito negli ospedali e presso le altre istituzioni sanitarie
- migliorare la formazione del personale specializzato nel controllo delle infezioni e meglio allineare le qualifiche tra gli Stati membri.

Nel recente Meeting a Bruxelles (marzo 2013) del Patient Safety & Quality of Care Working Group della Commissione Europea, sono stati ripresi alcuni punti chiave in materia.

In particolare:

- la sicurezza dei pazienti è diffusa in tutte le politiche di sanità pubblica
- vi sono alcuni progressi nelle modalità di reporting e nei sistemi di apprendimento
- sono necessari miglioramenti in materia di empowerment e formazione del personale sanitario e dei pazienti
- le iniziative devono coprire anche ambiti non meramente ospedalieri;

- è necessario sostenere un ambiente favorevole allo scambio delle buone pratiche.

Tra gli obiettivi viene individuato quello di includere moduli formativi sulla sicurezza dei pazienti nei percorsi di apprendimento degli operatori sanitari a tutti i livelli e per tutte le professioni, così come stabilito nella Raccomandazione Europea del 2009 e nel Report Krakow Statement del 2011.

Tra i documenti di riferimento vengono proposti:

- la Guida dell'European Network for Patient Safety (EUNetPaS) elaborata 2010 (che sarà oggetto di revisione);
- il Safety Competencies del Canadian Patient Safety Institute (quinta edizione - revisionata nel 2009)
- Il Patient Safety Curriculum Guide dell'OMS (2011)

Quest'ultimo, in particolare, è un utile strumento a supporto dell'insegnamento in materia di sicurezza delle cure. Come riportato nel Manuale del Ministero della Salute: "La Formazione per il Governo clinico (aprile 2013)" il lavoro dell'OMS "...sostiene la formazione di tutti i professionisti sui concetti, i principi e le pratiche per la sicurezza dei pazienti. La Guida è suddivisa in due parti: la parte A fornisce un supporto pratico e un orientamento per gli educatori sui metodi di formazione in tema di sicurezza e una parte B contiene gli 11 ambiti sui quali è necessario sviluppare la formazione".

Sul piano degli strumenti didattici, nella guida dell'OMS viene suggerito l'uso combinato di molte tecniche formative: lezioni frontali, gruppi di discussione, tirocini, FAD, formazione sul campo, nelle farmacie, esercitazioni in piccoli gruppi, problem-based learning (PBL), simulazioni, esercitazioni tradizionali, buddying con i pazienti, giochi di ruolo, team-based learning projects.

Ne deriva che concentrare gli sforzi su politiche formative in tema di sicurezza, è pertanto, un investimento strategico anche in termini economici. A conferma di ciò, sul Sole24ore-Sanità del maggio 2013 è pubblicata una indagine nazionale sui costi assicurativi del personale sanitario che mette a confronto la spesa per le polizze con quelle per la formazione e la manutenzione delle tecnologie. Lo studio evidenzia che "dove queste sono più basse l'assicurazione costa di più perché maggiore è il rischio di eventi avversi.

(...)In un'ottica di sicurezza delle cure investire in questi delicati settori può assumere una valenza strategica rilevante soprattutto se si considera che circa l'85% degli eventi avversi è legato a problemi di natura organizzativa e la qualificazione dei professionisti e la sicurezza delle strutture sanitarie assumono un ruolo prioritario nella prevenzione del rischio (...)"

Contestualizzando quanto sopra a livello di Regione Lazio, si rileva che a fronte dei molti riferimenti teorici e metodologici, la numerosità degli attori coinvolti che interagiscono nel territorio ed a livello di singole strutture sanitarie, determinano disomogeneità nei percorsi formativi e di conseguenza nei processi di identificazione ed analisi del rischio, spesso legati a *modus operandi* di un determinato contesto. E' pertanto necessario tradurre le esperienze realizzate a livello di singola azienda, in interventi formativi a più ampio respiro, che valorizzino ed integrino le eccellenze.

Il modello che si propone è quello fondato sull'esperienza e sullo scambio esperienziale, modello c.d. della comunità di pratica professionale e di apprendimento, che porterebbe a rafforzare le capacità del sistema ed a razionalizzare l'utilizzo delle risorse, oltre che a sviluppare sinergie non solo in una logica di revisione delle tecniche e delle pratiche cliniche, ma anche di studio di nuovi modelli organizzativi maggiormente flessibili e "lean", ovvero più tarati sulle esigenze dei cittadini e dei processi assistenziali e di cura.

Tale modello, grazie alle collaborazioni gratuite offerte dalle Aziende Sanitarie ed Ospedaliere, prevede la condivisione di percorsi formativi tra tutte le Strutture Sanitarie, con un Azienda capofila in grado di realizzare le attività formative per tutte le Aziende sulla base del fabbisogno formativo regionale rilevato.

OBIETTIVI

- Omogeneizzare i curricula formativi degli operatori sanitari della Regione Lazio in tema di sicurezza dei pazienti, prevenzione e controllo delle infezioni associate all'assistenza sanitaria
- Mettere a sistema la formazione in tema di sicurezza facilitando le relazioni tra gli attori delle strutture regionali ed i cittadini e ottimizzando i costi (economie di scala)
- Ridurre i costi diretti ed indiretti derivanti da eventi avversi investendo in programmi formativi di eccellenza

AZIONI

- Costituire un Gruppo di Progetto Regionale
- Analizzare i bisogni formativi per aree critiche e individuare il gap di competenze
- Mappare le esperienze realizzate o in corso, anche avvalendosi della banca dati dell'Osservatorio Buone Pratiche dell'Agenas
- Definire i profili professionali degli attori coinvolti nella gestione del rischio a livello aziendale, a partire dal Clinical Risk Manager ed il Facilitatore/Delegato della sicurezza, al fine di definire contenuti formativi specifici (core competence)
- Progettare un Piano di Formazione specifico per il biennio 2014 - 2015 sulla sicurezza dei pazienti in collaborazione con le Aziende Sanitarie del Lazio che promuova le eccellenze formative, metodi e strumenti per la sicurezza dei pazienti ed incentivi l'utilizzo di modalità formative innovative
- Progettare un forum web con aree di discussione, condivisione di esperienze

RISULTATI PROGRAMMATI

- Individuazione di esperienze formative di eccellenza sulla base dei bisogni rilevati
- Curricula formativi regionali omogenei e condivisi per singoli profili professionali
- Elaborazione del Piano con il maggior numero di aziende regionali
- Elaborazione di un Piano di formazione aziendale per la sicurezza dei pazienti da parte delle strutture sanitarie regionali in linea con il Piano Formativo Regionale
- Implementazione capillare nel territorio regionale del Piano
- Progettazione del forum web per argomenti ed aree discussione

INDICATORI DI RISULTATO

- Numero di esperienze formative eccellenti individuate/Numero di esperienze formative analizzate
- Numero di curricula formativi definiti/Numero di profili professionali individuati
- Numero delle strutture partecipanti ai tavoli progettazione del Piano/Numero delle aziende destinatarie
- Numero delle strutture che hanno implementato il Piano/Numero delle aziende destinatarie
- Numero di operatori sanitari formati/Numero degli operatori che necessitano di formazione

- Riduzione del contenzioso

IL CRONOPROGRAMMA DELLE SCADENZE

- Atto di Costituzione del Gruppo di progetto regionale entro il 31/01/2014
- Verifica da parte delle strutture regionali entro il 30/10/2014 della predisposizione da parte delle Aziende sanitarie e delle strutture sanitarie della Regione Lazio, dei Piani Formativi Aziendali specifici sulla sicurezza dei pazienti
- Realizzazione degli interventi formativi entro il 30/10/2015
- Valutazione degli interventi formativi entro il 31/12/2015

IMPATTO ECONOMICO:

Riduzione di almeno il 5% del contenzioso nelle aziende ed Enti del SSR a livello regionale

RESPONSABILE DEL PROCEDIMENTO ATTUATIVO:

Dirigente dell'Area Formazione e dirigente dell'Area Giuridico Normativa, Istituzionale e Interfaccia con l'Avvocatura regionale della Direzione Salute e integrazione sociosanitaria

3. Area: Razionalizzazione dei fattori produttivi

Programma 9: Razionalizzazione spesa

Il programma, secondo 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;
- Attivazione di sistemi di e-procurement regionali – Ottimizzazione razionalizzazione degli acquisti – Collaborazione con 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);
- Health Technology Assessment; (non di competenza Centrale Acquisti);
- Monitoraggio dei tempi di pagamento (non di competenza Centrale Acquisti).

In particolare la centralizzazione degli acquisti rappresenta un elemento strategico fondamentale per la razionalizzazione della spesa, l’allocazione efficiente delle risorse dell’Amministrazione Regionale e per garantire l’erogazione di servizi di qualità al cittadino.

In un’ottica di potenziamento delle attività di governo e razionalizzazione della spesa per beni e servizi, la nuova Direzione Regionale Centrale Acquisti supera il concetto tradizionale di “Stazione Appaltante” per le gare regionali, per includere altresì interventi di controllo della spesa, valutazione dell’appropriatezza, adozione e condivisione di “buone pratiche” già esistenti sul territorio.

Nonostante un processo organizzativo complessivo regionale, che ha visto la riduzione delle strutture direzionali da 20 a 12, è stata istituita una Direzione *ad hoc* che ha esteso il proprio ambito di azione nell’ottica del conseguimento degli obiettivi di:

- **governo e contenimento** della spesa per beni e servizi
- attuazione del **piano di rientro** dal debito sanitario
- ottimizzazione dei **processi di approvvigionamento** dei beni e servizi e razionalizzazione dei processi di erogazione dei servizi stessi

Il perimetro di azione della nuova Direzione Regionale Centrale Acquisti comprende, oltre alle Aziende Sanitarie, anche Enti e Strutture regionali, questi ultimi al fine di analizzare, razionalizzare e governare la spesa pubblica regionale per beni e servizi nel suo complesso.

Con riferimento al settore sanitario la Direzione Regionale Centrale Acquisti persegue, infatti, obiettivi di analisi e pianificazione dei fabbisogni di acquisto delle Aziende Sanitarie, razionalizzazione ed ottimizzazione dei processi di acquisto, controllo e monitoraggio della spesa per beni e servizi delle Aziende Sanitarie, favorendo il raccordo delle iniziative gestite autonomamente dalle stesse e supportandole nel rispetto della normativa di riferimento.

In particolare il controllo dell’esecuzione dei contratti è uno degli elementi portanti di buon governo dell’Amministrazione Regionale e delle Aziende Sanitarie.

Nell'ottica di realizzare un'efficiente allocazione delle risorse a disposizione, una gestione appropriata dei contratti, anche attraverso la realizzazione di opportuni sistemi di controllo delle forniture, rappresenta un elemento essenziale per il perseguimento degli obiettivi di razionalizzazione della spesa sanitaria per beni e servizi.

Con il DCA n.U00427/2013, la Regione Lazio ha fornito alle Aziende Sanitarie le linee guida relative al sistema di controllo per l'esecuzione dei contratti per la fornitura di beni e servizi. Tali linee guida responsabilizzano i vertici delle Aziende Sanitarie al controllo sull'attuazione e sul rispetto delle prestazioni e dei servizi attese, all'individuazione di apposite soluzioni organizzative e procedurali, all'utilizzo di metodologie strutturate di controllo qualità e valutazione dei fornitori.

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 delle Aziende Sanitarie condotte dalla Centrale Acquisti, sono:

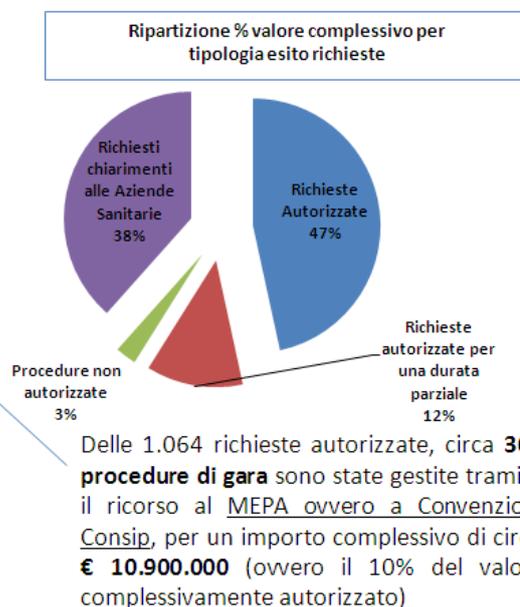
1. Pianificazione delle gare centralizzate il cui dettaglio è descritto nell'intervento 9.3;
2. Gestione ed orientamento delle richieste di autorizzazione all'espletamento di autonome gare d'appalto per effetto dei decreti n°U0042 del 2010, n°U00191 del 2012 e n. U00308 del 2013;
3. Utilizzo di uno strumento di analisi della spesa denominato "Spending Analysis".

9.1.1 - Analisi e governo dei fabbisogni di acquisto – Orientamento delle richieste di autorizzazione (DCA U00191/2012 e DCA 308/2013)

Nei mesi maggio – ottobre 2013, sono state gestite circa 1345 richieste di autorizzazione delle Aziende Sanitarie, per un valore complessivo di €228M su base annua, di cui 1160 per l'approvvigionamento di beni e servizi e 185 per l'acquisto di attrezzature/tecnologie.

La ripartizione per tipologia di esito è la seguente:

Esito richiesta di autorizzazione	Dettaglio esito richieste	Numero richieste gestite	Valore complessivo su base annua (€) IVA inclusa
Richieste autorizzate	Iter concluso con rilascio autorizzazione	1.064	€ 106.372.222,61
Richieste autorizzate per una durata parziale	Richieste oggetto di iniziative centralizzate regionali già pianificate	93	€ 27.988.309,00
Procedure non autorizzate	Riscontrate criticità di tipo procedurale (richieste di proroghe, incrementi di spesa) o connesse ad aspetti organizzativi del SSR	23	€ 6.074.306,96
Richieste chiarimenti alle Aziende Sanitarie	Richieste eventuali dettagli sui fondi di finanziamento, sull'infungibilità dei prodotti richiesti, sull'elenco prodotti/servizi inclusi nelle richieste o sulla modalità di determinazione del fabbisogno	165	€ 87.727.324,27
Totale		1.345	€ 228.162.162,84



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.

Per quanto riguarda le richieste di beni 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.
-
- Nello specifico, l'autorizzazione a procedere, in caso di procedure di gara che prevedano un investimento (beni tecnologici), è rilasciato previa verifica che tutti gli investimenti abbiano una copertura finanziaria negli appositi stanziamenti regionali o nazionali.

A luglio 2013, al fine di rafforzare il percorso di valutazione di alcune categorie merceologiche congiunto con la Direzione Regionale Salute e Integrazione Sociosanitaria, si è ha introdotto il DCA U00308, il quale, nello specifico, disciplina che per alcune tipologie di servizi e di beni ad impatto strategico sulla programmazione sanitaria e sull'attività tipica delle Aziende Sanitarie (Servizi di supporto informatico, data entry ed elaborazione dati; Servizi di supporto logistico; Servizi di archiviazione e gestione documentale; Servizi di facchinaggio; Servizi di prenotazione front-office e back-office; Servizi amministrativi; Servizi infermieristici e ausiliari; Servizi di assistenza domiciliare; Servizi residenziali, semiresidenziali e socio-riabilitativi; Servizi di lavoro interinale) sia necessario un preventivo percorso istruttorio soggetto alla valutazione della Direzione Regionale Centrale Acquisti e Direzione Salute e Integrazione. Le Aziende Sanitarie saranno tenute a rendicontare, alla Regione Lazio, l'adozione dei seguenti provvedimenti:

- a) adozione preliminare di ogni utile misura per la riorganizzazione dei processi produttivi aziendali che sottostanno all'erogazione delle singole tipologie di prestazioni, individuando nell'ambito di tale riorganizzazione, i margini di efficientamento conseguibili e promuovendo, contestualmente, iniziative sul versante dell'appropriatezza erogativa;
- b) verifica successiva della possibilità di utilizzare iniziative di mobilità interna ovvero eventuale mobilità esterna di personale per lo svolgimento del servizio oggetto dell'appalto;
- c) nel caso in cui l'Azienda Sanitaria, nonostante l'esperimento dei processi di cui i punti a) e b) non sia in grado di svolgere autonomamente il servizio attraverso risorse di mezzi e personale interni, configurare le caratteristiche specifiche del servizio negli atti di gara, finalizzando l'appalto ai soli aspetti prestazionali e prevedendo l'identificazione della struttura aziendale che si occuperà delle opportune verifiche relativamente all'esecuzione del servizio stesso;
- d) dare evidenza dell'istruttoria condotta, di cui ai precedenti punti, contestualmente alla trasmissione della richiesta di autorizzazione.

Ai sensi del sopracitato Decreto, tutti gli acquisti aventi un impatto strategico sulla programmazione sanitaria e sull'attività tipica delle Aziende Sanitarie, saranno valutati congiuntamente dalla Direzione Regionale Centrale Acquisti e dalla Direzione Regionale Salute e Integrazione Sociosanitaria.

Inoltre, al fine di garantire un governo integrato dello sviluppo dei sistemi informativi aziendali, le relative richieste di autorizzazione, verranno valutate dalla Direzione Regionale Centrale Acquisti congiuntamente con LAit SpA.

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;
- Appropriately e legittimità delle procedure di gara;
- Generazione di risparmi anche sulle categorie merceologiche non centralizzate.

Indicatori di risultato:

- Numero di richieste di autorizzazione pervenute e tempo medio di risposta.
- 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 difforni dalle prescrizioni per l'attivazione del processo sanzionatorio.

Impatto economico:

- Intervento 9.1.1

In fase di rilascio dell'autorizzazione, nella risposta, viene sempre assegnato un obiettivo di risparmio pari ad almeno il 10% rispetto al valore della analoga fornitura attualmente in essere. Il risparmio stimabile nel triennio di riferimento, può essere stimato pari ad almeno il 10% del valore delle procedure autorizzate, al netto delle iniziative gestite attraverso la piattaforma Me.P.A., ovvero Convenzioni Consip il cui impatto economico è riportato nel paragrafo di riferimento.

-

Totale intervento 9.1.1 Analisi e governo dei fabbisogni di acquisto – orientamento delle richieste di autorizzazione	Obiettivo di risparmio 2013	Obiettivo di risparmio 2014	Obiettivo di risparmio 2015
	13,5	13,6	13,8

-

- Intervento 9.1.2

L'impatto economico dell'intervento 9.1.2, è riportato nel dettaglio nel paragrafo 9.4, a proposito dell'attività di monitoraggio e di controllo

-

Responsabile del procedimento attuativo:

Direzione Regionale Centrale Acquisti

-

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 Direzione Regionale Centrale Acquisti, 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

In un'ottica di progressivo potenziamento della centralizzazione degli acquisti nella Regione Lazio, la D.G.R. n. 53 del 22/03/2013 ha deliberato l'adozione del Regolamento regionale concernente "Modifica regolamento regionale 6 settembre 2002, n. 1 (Regolamento di organizzazione degli uffici e dei servizi della Giunta regionale) e successive modifiche" con il quale è stata istituita la nuova Direzione Regionale Centrale Acquisti.

La nuova Direzione Regionale Centrale Acquisti, è stata strutturata in 5 Aree, con la Determinazione B03054 del 17/07/2013 avente ad oggetto "Organizzazione delle strutture di Area della Direzione Regionale Centrale Acquisti", che contestualmente ha definito le competenze attribuite a ciascuna Area ed a ciascun Ufficio all'interno delle stesse.

La struttura organizzativa della nuova Direzione è stata, infine, completata con la Determinazione B03910 del 10/09/2013, avente ad oggetto la "Modifica della Determinazione 17 luglio 2012, n. B03910 avente ad oggetto Organizzazione delle strutture di Area della Direzione Regionale Centrale Acquisti".

Ad oggi, quindi, la Direzione Regionale Centrale Acquisti risulta così organizzata:

- Area I "Affari generali";
- Area II "Area Pianificazione e Programmazione";
- Area III "Attuazione beni e servizi generali";
- Area IV "Area Controllo e Contenzioso";
- Area V "Sistemi Informativi e di monitoraggio";
- Ufficio "Servizi generali" nell'ambito dell'Area II "Area Pianificazione e Programmazione";
- Ufficio "Servizio sanitario" nell'ambito dell'Area II "Area Pianificazione e Programmazione";
- Struttura "Ufficiale Rogante e contratti".

Il potenziamento delle attività, delle Strutture interne ed il rafforzamento delle risorse a disposizione, consentirà alla Centrale Acquisti di seguire l'intero processo di centralizzazione degli acquisti delle Aziende Sanitarie.

La nuova Direzione gestirà, inoltre, il processo di approvvigionamento e di gestione contrattuale anche per i beni e servizi destinati alle strutture regionali.

La creazione della Direzione consentirà quindi, di rafforzare tutte le fasi di programmazione, monitoraggio e controllo degli acquisti delle Aziende Sanitarie e in particolare:

- Raccolta ed analisi dei fabbisogni finalizzata alla definizione di una programmazione degli acquisti integrata tra il livello regionale e quello aziendale;
- Monitoraggio e controllo dei consumi e della spesa effettuato anche attraverso l'implementazione di strumenti informativi dedicati;
- Rafforzamento del livello di centralizzazione delle procedure di gara, anche attraverso l'utilizzo di strumenti di e-procurement.

Risultati programmati:

I benefici attesi dalla combinazione delle azioni previste dall'Intervento sono i seguenti:

- Incremento del livello di centralizzazione degli acquisti
- Rafforzamento della capacità di programmazione e monitoraggio degli acquisti
- Rafforzamento della *governance* regionale nell'esecuzione dei contratti
- **Indicatori di risultato:**
 - Incremento dei volumi di spesa gestiti centralmente
 - Redazione piano integrato degli acquisti
 - Maggiore appropriatezza dei consumi e rispetto dei livelli di servizio da parte dei fornitori

Il Cronoprogramma delle scadenze intermedie e finalità che dovranno essere rispettate:

- Completamento della struttura organizzativa con raggiungimento del presidio completo delle Aree e degli Uffici istituiti all'interno delle stesse, entro il 31/12/2013
- Aggiornamento delle procedure di interfacciamento con le Aziende Sanitarie, entro il 31/03/2013

Responsabile del procedimento attuativo:

Direzione Regionale Centrale Acquisti.

Intervento 9.3: Attivazione di sistemi di e-procurement regionali - Ottimizzazione e razionalizzazione degli acquisti — Collaborazione con Consip

Intervento 9.3.1 Attivazione di sistemi di e-procurement regionali

Occorre premettere che la Direzione Regionale Centrale Acquisti si sta dotando di una piattaforma di e-procurement che verrà messa a disposizione oltre che della Regione e degli Enti regionali, anche delle Aziende Sanitarie. La realizzazione della piattaforma di e-procurement consentirà di conseguire importanti risultati sia in termini di maggiore trasparenza delle procedure di acquisto che in termini di riduzione e semplificazione degli adempimenti amministrativi sia per le AA.SS. che per le Imprese.

Intervento 9.3.2 Ottimizzazione e razionalizzazione degli acquisti

Si riporta di seguito una sintesi delle iniziative di gara finora gestite dalla Centrale Acquisti. 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, a partire dall'analisi dei fabbisogni di acquisto delle Aziende Sanitarie, ritiene necessario "aggregare" attraverso acquisti centralizzati.

1. Gare centralizzate espletate e già contrattualizzate:

Gare centralizzate espletate e già contrattualizzate
- Antisettici e disinfettanti
- Emoderivati
- Ossigeno domiciliare 1
- Ossigeno domiciliare 2
- Medicazioni
- Farmaci 1
- Farmaci 2
- Farmaci generici
- Farmaci 3
- Fili di sutura 1
- Fili di sutura 2
- Dispositivi per diabetici
- Vaccini 1
- Vaccini 2
- Vaccini 3
- Vaccini antinfluenzali 2013
- Acquisizione ottica immagini per ricette farmaceutiche e specialistiche
- Servizi di Tesoreria
- Servizio di Lavanolo 1
- Servizio di gestione e smaltimento rifiuti speciali 1
- Servizio di Vigilanza 1
- Ausili per invalidi ad uso territoriale
- Dispositivi da somministrazione, raccolta e prelievo
- Materiale consumabile da laboratorio
- Noleggio e Service per i SIMT
- Pacemaker e defibrillatori impiantabili
- Servizio di Ristorazione 1
- Ausili per incontinenti e neonati 1

2. Gare centralizzate già decretate ed in fase di espletamento:

<i>Gare centralizzate decretate in fase di espletamento</i>
<ul style="list-style-type: none">- Farmaci 2013- Servizio di Lavanolo 2- Servizio di gestione e smaltimento rifiuti speciali 2- Servizio di Pulizie e sanificazione- Servizio di Vigilanza 2- Ausili per incontinenti e neonati 2- Sistema informativo Ares 118- Servizio di Ristorazione 2

3. Le iniziative centralizzate già decretate in fase di pubblicazione:

<i>Iniziative centralizzate decretate in fase di pubblicazione</i>
<ul style="list-style-type: none">- Servizio di soccorso in emergenza – ARES 118- Materiali per emodinamica- Multiservizio tecnologico- Ausili per disabili- Sistemi macchine reagenti da laboratorio- Servizio Cup (centri unici di prenotazione) per le Aziende Sanitarie della Regione Lazio- Affidamento del servizio ReCup per la Regione Lazio- Acquisizione infrastruttura tecnologica per la gestione del servizio ReCup per la Regione Lazio- Sistema gestionale amministrativo contabile unificato- Protesi ortopediche impiantabili- Brokeraggio e Assicurazione⁴
Programmate per il biennio 2014-2015
<ul style="list-style-type: none">- Service di dialisi- Materiale per medicazione- Nutrizione enterale e parenterale- Guanti monouso- Manutenzione apparecchiature biomedicali

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:

<i>Gare già gestite centralmente con contratti scaduti/ in scadenza</i>
<ul style="list-style-type: none">- Ossigeno domiciliare- Fili di sutura

⁴ L'attuazione della gara è sospesa in attesa del completamento delle attività di cui alla linea di intervento 18.6

Intervento 9.3.3. Collaborazione con Consip

Inoltre, in attesa dell'implementazione della piattaforma di e-procurement regionale, 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.

Le iniziative di gara centralizzata "Farmaci 3" e "Farmaci 2013", sono state interamente gestite 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 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 Direzione Regionale Centrale Acquisti, inoltre, ha rafforzato l'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.

A tal proposito, nella gestione delle autorizzazioni, seguendo le direttive dei decreti citati nell'*intervento 9.1*, la Direzione Regionale 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.

Nei casi di richieste di autorizzazioni per beni e servizi acquistabili tramite la piattaforma del mercato elettronico nazionale, la Direzione 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 Me.P.A.

La Direzione Regionale Centrale Acquisti monitora l'effettivo adempimento da parte delle Aziende Sanitarie alle prescrizioni sopra descritte, attraverso ricognizioni mensili effettuate utilizzando lo strumento informatico messo a disposizione da Consip.

Risultati programmati:

Intervento 9.3.1 Attivazione di sistemi di e-procurement regionali

La Regione Lazio, dotandosi di una piattaforma di e-procurement darà nuovo impulso al processo di semplificazione ed efficientamento delle procedure di acquisto

Intervento 9.3.2 Ottimizzazione e razionalizzazione degli acquisti

- Intercettazione della domanda per beni e servizi delle Aziende Sanitarie, analisi dei fabbisogni e progressiva pianificazione e ottimizzazione 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

Intervento 9.3.3 Collaborazione con Consip

Generazione risparmi attraverso la valorizzazione del Me.P.A. e delle Convenzioni Consip

Indicatori di risultato:

Intervento 9.3.1 Attivazione di sistemi di e-procurement regionali

- Attivazione di sistemi di e-procurement regionali
- Creazione di una piattaforma di e-procurement regionale.

Intervento 9.3.2 Ottimizzazione e razionalizzazione degli acquisti

- Delta prezzi di aggiudicazione (con gare centralizzate) vs. prezzi storici per calcolo dei risparmi;
 - % di spesa aggredita vs. la spesa complessiva per beni e servizi
 - Numero gare centralizzate aggiudicate in ciascun anno del triennio rispetto alle iniziative pianificate.
- Intervento 9.3.3 Collaborazione con 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:

Intervento 9.3.1 Attivazione di sistemi di e-procurement regionali

- Studio di fattibilità per l'implementazione di una piattaforma di e-procurement regionale, entro il 31/12/2013
- Implementazione della piattaforma di e-procurement entro il 31/12/2014

Intervento 9.3.2 Ottimizzazione e razionalizzazione 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 punto 2.):

Procedura d'acquisto	Attività programmata	Scadenza
Farmaci 2013	Aggiudicazione	31/12/2013
	Stipula contratti	28/02/2014
Servizio di Lavanolo 2	Aggiudicazione	31/01/2014
	Stipula contratti	30/04/2014
Servizio di gestione e smaltimento rifiuti speciali 2	Aggiudicazione	31/01/2014
	Stipula contratti	30/04/2014
Servizio di Pulizie	Stipula contratti	31/12/2013
Servizio Vigilanza 2	Stipula contratti	31/12/2013
Ausili per incontinenti e neonati 2	Aggiudicazione	31/12/2013
	Stipula contratti	28/02/2014
Sistema informativo Ares 118	Aggiudicazione	31/10/2014

	Stipula contratti	31/12/2014
Servizio di Ristorazione 2	Aggiudicazione	30/04/2014
	Stipula contratti	30/06/2014

Intervento 9.3.3 Collaborazione con Consip

Nel triennio di interesse, la Centrale Acquisti proseguirà l'attività di indirizzamento rivolta alle Aziende Sanitarie, all'utilizzo, ove disponibili, degli strumenti di acquisto messi a disposizione da Consip

Impatto economico:

Intervento 9.3.1 Attivazione di sistemi di e-procurement regionali

Non è possibile, al momento, stimare l'impatto economico derivante dalla maggiore efficienza introdotta dalla piattaforma di e-procurement regionale, essendo ancora in corso lo studio di fattibilità.

-
- Intervento 9.3.2 Ottimizzazione e razionalizzazione degli acquisti

Per le gare pianificate per il triennio 2013-15 si prevede il conseguimento dei seguenti risultati di risparmio:

Intervento 9.3.2: Ottimizzazione e razionalizzazione degli acquisti	Obiettivo Risparmio 2013 (M€)	Obiettivo Risparmio 2014 (M€)	Obiettivo Risparmio 2015 (M€)
	39,7	95,6	58,3

Con riferimento alle gare centralizzate i risparmi relativi alle gare centralizzate sono stati calcolati, per ciascuna annualità:

- sulla base delle gare regionali i cui contratti sono stati firmati nell'annualità precedente, depurando il pro-quota che ha prodotto già effetti di risparmio;
- sulla base delle gare regionali i cui contratti saranno firmati nell'anno in considerazione per il pro-quota rispetto al periodo di vigenza contrattuale stimato.

Tali dati comprendo anche economie derivanti da:

- genericazione di alcuni principi attivi, inseriti in gare regionali;
- rimodulazione delle caratteristiche del servizio di vigilanza 1 prestato.

Ulteriori economie potranno derivare anche da attività di rinegoziazione diretta con gli attuali fornitori del Multiservizio Tecnologico per la prosecuzione del contratto nelle more dell'aggiudicazione della nuova procedura di gara.

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, attraverso la propria Area Controllo e Contenzioso, potrà effettuare l'attività di verifica degli adempimenti contrattuali derivanti dalle gare centralizzate.

Intervento 9.3.3 Collaborazione con Consip

Conseguentemente all'attività di indirizzo da parte delle Direzione Regionale Centrale Acquisti all'utilizzo del Me.P.A. e delle Convenzioni Consip, si possono stimare risparmi pari a 5% del transato sul Mercato elettronico, ed al 22% del valore derivante dall'adesione a Convenzioni Consip:

Intervento 9.3.3: Collaborazione con Consip	Obiettivo Risparmio 2013 (M€)	Obiettivo Risparmio 2014 (M€)	Obiettivo Risparmio 2015 (M€)
	5,3	5,8	6,4

Responsabile del procedimento attuativo:

Direzione Regionale Centrale Acquisti

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.)

Intervento 9.4.1. Riorganizzazione e potenziamento dei sistemi di controllo

Nell'ottimizzazione delle risorse a disposizione, una gestione appropriata dei contratti, attraverso l'implementazione di appositi sistemi di controllo, rappresenta un elemento essenziale per il perseguimento degli obiettivi di governo della spesa sanitaria.

Considerato che la Direzione Regionale Centrale Acquisti ha avviato un'attività di costante monitoraggio sui livelli di consumo e di spesa per beni e servizi, a partire dall'emanazione del DCA u00427/2013 avente ad oggetto la definizione di linee guida riguardanti il "sistema di controllo dell'esecuzione dei contratti per la fornitura per beni e servizi delle aziende del servizio sanitario della regione Lazio".

Le linee guida prevedono che:

il controllo sull'attuazione e sul rispetto delle prestazioni e dei servizi attesi deve essere assicurato dai vertici di ciascuna azienda sanitaria;

nella pianificazione strategica aziendale, il vertice di ogni azienda sanitaria deve considerare prioritaria l'implementazione di un sistema di monitoraggio e controllo dei processi di approvvigionamento;

nella re-ingegnerizzazione dei processi di approvvigionamento è prioritario che il vertice aziendale preveda l'individuazione della struttura che si occuperà delle opportune verifiche relativamente all'esecuzione dei contratti;

nelle strutture sanitarie di media o grande dimensione, per appalti di elevata complessità e considerevole rilevanza economica, è necessario che venga rispettato il principio della separazione delle funzioni tra la programmazione in materia di approvvigionamento ed il monitoraggio e controllo delle forniture;

l'attività di vigilanza sui contratti è oggetto di monitoraggio e controllo puntuale da parte della regione, che attribuisce ai vertici di ciascuna azienda sanitaria gli obiettivi in materia ai fini della misurazione e valutazione della performance, con conseguente incidenza sulla determinazione ed erogazione della retribuzione di risultato e sulla continuità dell'incarico;

l'individuazione delle procedure e delle modalità di controllo di esecuzione del contratto deve avvenire sin dal momento della progettazione, durante la quale si definiscono gli standard di qualità (livelli di prestazione attesi) e gli standard di servizio (caratteristiche, frequenze e modalità di esecuzione delle prestazioni in funzione degli standard di qualità attesi), indicando i vincoli contrattuali da rispettare relativamente a:

qualità attesa del servizio reso

parametri di valutazione

modalità di misurazione e verifica dei risultati

il controllo dell'esecuzione del contratto è uno degli strumenti di attuazione del controllo interno;

il controllo di qualità dei servizi è obbligatorio, deve essere effettuato a campione e deve essere integrato con altre forme di controllo interno;

il monitoraggio dell'esecuzione del contratto ed il controllo della qualità delle prestazioni rese dal fornitore devono essere effettuati con l'impiego di metodologie condivise (reportistica, indicatori di risultato, questionari);

la gestione dell'attività di controllo sull'esecuzione dei contratti è elemento di valutazione dirigenziale con i relativi effetti sul rapporto contrattuale in essere;

nell'attribuzione delle funzioni inerenti ai controlli è necessario valutare le eventuali cause di incompatibilità dell'incarico;

il controllo di esecuzione del contratto costituisce funzione di supporto nella prevenzione del fenomeno della corruzione;

nei processi di identificazione e valutazione dei rischi aziendali è necessario considerare anche la fase di controllo sull'esecuzione dei contratti, prevedendo opportune azioni per il loro contenimento;

gli esiti del controllo di esecuzione dei contratti saranno utilizzati dalla Direzione Regionale Centrale Acquisti nell'ambito del più organico sistema di "valutazione dei fornitori";

le aziende sanitarie trasmettono le informazioni sul controllo in merito all'esecuzione dei contratti alla direzione regionale centrale acquisti;

con apposita legge regionale saranno definite le sanzioni per omessa vigilanza da parte dei vertici delle aziende sanitarie in merito all'esecuzione dei contratti.

Intervento 9.4.2 Definizione prezzi di riferimento

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 Direzione Regionale 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, si sta perseguendo un modello di governance strutturato e condiviso tra i diversi attori coinvolti, che prevede una collaborazione continua tra Centrale Acquisti, Sanità Regionale ed Aziende Sanitarie.

La Direzione Regionale Centrale Acquisti, avvalendosi del suddetto software, è stata tra i precursori a livello nazionale nella realizzazione di Prezzi di Riferimento, fornendo così un efficace strumento a livello regionale di omogeneizzazione e razionalizzazione la spesa sanitaria.

A tal fine, si è dapprima, definita una procedura operativa che individua l'iter di definizione dei prezzi disciplinata dalla Determina n. B09414 del 10.12.2012.

Sulla base di tale procedura, sono state già definiti prezzi di riferimento per le seguenti categorie:

- Prezzi di riferimento per specifici Dispositivi Medici, contraddistinti univocamente per mezzo di un codice fornitore, afferenti ai dispositivi "Protesici Impiantabili", per "Apparato Cardio Circolatorio", "Sutura"; e "Chirurgia mini-invasiva" (con la Determinazione n. B04276 del 27/09/2013);
- Prezzi di riferimento per "materiali per emodinamica", definiti sulla base di categorie di beni omogenei per finalità d'uso dall'altro (con la Determinazione n. G01212 del 29/10/2013).

Sulla base dei valori di benchmark individuati, le Aziende Sanitarie potranno confrontare i prezzi attualmente corrisposti con quelli di riferimento regionali ed eventualmente procedere ad opportune rinegoziazioni coi fornitori.

Nell'ottica di un completo ed efficace governo del sistema ed al fine di evitare sperequazioni di prezzi sul territorio regionale, la Direzione Regionale Centrale Acquisti proseguirà le attività già avviate, individuando nuove categorie di dispositivi su cui intervenire in termini di omogeneizzazione dei prezzi.

Risultati programmati:

Intervento 9.4.1. Riorganizzazione e potenziamento dei sistemi di controllo

Maggiore appropriatezza dei consumi, rispetto dei livelli di servizio

Intervento 9.4.2 Definizione prezzi di riferimento

Abbattimento della spesa tramite rinegoziazioni dei prezzi di acquisto da parte delle Aziende Sanitarie, sulla base dell'individuazione di prezzi di riferimento per beni 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", seguendo le prescrizioni normative dettate dal D.L. n. 158 del 13 settembre 2012 "Decreto Balduzzi".

Indicatori di risultato:

Intervento 9.4.1. Riorganizzazione e potenziamento dei sistemi di controllo

- Applicazione delle penali
- Riduzione scostamenti tra valore del consumato rispetto ai fabbisogni contrattualizzati

Intervento 9.4.2 Definizione prezzi di riferimento

- Percentuale di contratti rinegoziati sulla base dei prezzi di riferimento individuati e trasmessi
- Effettiva valorizzazione a conto economico degli obiettivi di risparmio attesi

Il cronoprogramma delle scadenze intermedie e finalità che dovranno essere rispettate:

Intervento 9.4.1. Riorganizzazione e potenziamento dei sistemi di controllo

A partire dall'ultimo trimestre 2013, e costantemente per tutto il triennio, verranno svolte, dagli organi competenti a tal fine individuati, le attività di monitoraggio dei contratti

Intervento 9.4.2 Definizione prezzi di riferimento

Sulla base della reportistica generata mediante la Spending Analysis è stato avviato, a partire dall'ultimo trimestre 2013, un processo strutturato di individuazione di ulteriori categorie merceologiche per le quali la Direzione Regionale Centrale Acquisti procederà con l'individuazione di nuovi prezzi di riferimento.

Impatto economico:

Intervento 9.4.1. Riorganizzazione e potenziamento dei sistemi di controllo

I benefici derivanti dalla riorganizzazione e potenziamento dei sistemi di controllo possono essere ricondotti alla riduzione delle duplicazioni di spesa e dall'applicazione delle penali derivanti dall'attività di monitoraggio sui contratti in essere ed in particolare su quelli relativi ai servizi.

Per il triennio di riferimento possono essere stimati i seguenti risparmi:

Totale intervento 9.4.1: Riorganizzazione e potenziamento dei sistemi di controllo	Obiettivo Risparmio 2013 (M€)	Obiettivo Risparmio 2014 (M€)	Obiettivo Risparmio 2015 (M€)
	3,4	10,3	-

•

Il raggiungimento dei suddetti obiettivi di risparmio è dipendente dall'effettivo adempimento da parte delle Aziende Sanitarie alle linee guida trasmesse dalla Regione.

Intervento 9.4.2 Definizione prezzi di riferimento

- Di seguito si riportano gli obiettivi di risparmio che, si stima, saranno prodotti dall'attività di riconduzione dei prezzi di acquisti a quelli di riferimento:

•

Totale intervento 9.4.2: Definizione prezzi di riferimento	Obiettivo Risparmio 2013 (M€)	Obiettivo Risparmio 2014 (M€)	Obiettivo Risparmio 2015 (M€)
	3,9	14,4	2,5

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.

Responsabile del procedimento attuativo:

- Direzione Regionale Centrale Acquisti

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 Direzione Regionale Centrale Acquisti, tramite il Decreto U0042/2010 U00191/2012, e successivo U00308/2013 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 lavanolo, e per alcuni farmaci, invece, trattandosi di gare centralizzate già contrattualizzate, la rinegoziazione dei prezzi unitari è stata condotta a livello regionale.

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 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 i seguenti:

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€)
	65,5

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:

- Direzione Regionale Centrale Acquisti

Intervento 9.6: Distribuzione Diretta e per Conto

- Quadro di riferimento normativo
- Legge 405/2011;
- Delibera Giunta Regionale 425/2006
- Delibera Giunta Regionale 426/2006
- Decreto Commissario ad Acta Regione Lazio U009/2009
- Decreto Commissario ad Acta Regione Lazio U0017/2011
- Analisi dell'offerta

La Distribuzione per conto è stata avviata nella Regione Lazio nel novembre 2006 ed ha avuto successive implementazione nel numero di prodotti distribuiti e nelle riduzione della remunerazione alla filiera distributiva.

Attraverso il canale DPC nel 2012 sono state distribuite oltre 2.800.000 confezioni di farmaci, il cui valore di prezzo fustella è quantificabile in circa € 360.000.000, con risparmio sull'acquisto di oltre € 160.000.000 rispetto alla distribuzione in convenzione; il risparmio totale comprensivo degli oneri di remunerazione alla filiera si può quantificare in circa € 132.000.000.

La distribuzione Diretta di fascia A nel 2012 è stata di circa € 110.000.000.

- Interventi prioritari
- È stato approvato il decreto 141/2013 per il rinnovo degli accordi con le aziende farmaceutiche per l'acquisto dei farmaci in DPC.
- E' stata approvata la Determina G01/557 con le offerte economiche dei principi attivi presenti nel nuovo Accordo DP
- E' stato approvato con Decreto U00450/2013 il nuovo accordo DP con la modifica delle remunerazione
-
- Azioni e cronoprogramma (Schema Allegato)
-
- Indicatori per il monitoraggio
- Approvazione del decreto di Rinnovo dell'Accordo DPC;
- Implementazione dei Piani Terapeutici on-line;
- Risparmio derivante dai nuovi accordi economici con le aziende farmaceutiche in linea con quanto previsto dal DL 95/2012.

Intervento 9.6.1: dispositivi medici

- Quadro di riferimento normativo
- DL 95/2012 e Legge di conversione 135/2012 (Definizione tetti di Spesa).
-
- Analisi della situazione attuale
- Repertorizzazione regionale DM.
- Costruzione dell'Anagrafica Unica Regionale
-
- Interventi prioritari
-
- Rispetto tetti di spesa
- Verifica appropriatezza d'uso dei DM
-
- Azioni e crono programma (vedi schema allegato)
-
- Indicatori di monitoraggio
-
- Monitoraggio attività repertorizzazione
- Monitoraggio completamento anagrafica unica regionale
- Valutazione semestrale andamento della spesa

CRONOPROGRAMMA PO 2013-2015 REGIONE LAZIO

Area	Programma	Obiettivo/Intervento	Azione	Atto normativo/documento	Indicatore di risultato (quantitativo/qualitativo) con standard	Tempi di realizzazione
3. AREA: RAZIONALIZZAZIONE DEI FATTORI PRODUTTIVI	PROGRAMMA 9: RAZIONALIZZAZIONE SPESA	INTERVENTO 9.6: ASSISTENZA FARMACEUTICA: DISTRIBUZIONE DIRETTA E PER CONTO	<ul style="list-style-type: none"> • Rinnovo Accordo Distribuzione per Conto (DPC)• Incremento della Distribuzione Diretta (primo ciclo terapia); • Distribuzione diretta di nuove molecole terapia HCV anche al fine di una valutazione dell'efficacia clinica e della sicurezza 	Decreto Commissariale entro il 30/10/2013	inserimento di nuove molecole con impatto elevato sulla spesa convenzionata e riduzione delle fasce di remunerazione. implementazione piano terapeutico on-line per il monitoraggio dell'appropriatezza prescrittiva ad ulteriori molecole ad alto indice di inappropriatezza	attuazione completa entro 2 mesi dalla firma del Decreto
			rinnovo Accordo con Aziende farmaceutiche per l'acquisto di farmaci del PHT in Distribuzione Per Conto in conformità di quanto previsto dal DL95/12	Decreto commissariale 141/2013	riduzione della spesa per l'acquisto di farmaci in DPC	valutazione dell'impatto economico entro 6 mesi dal Rinnovo dell'Accordo DPC.

		<p>INTERVENTO 9.6.1: DISPOSITIVI MEDICI</p>	<ul style="list-style-type: none"> • 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. 	<p>Determinazioni</p>	<p>Anagrafe Regionale DM entro il 30.09 2014. Predisposizione di linee di indirizzo relative alle procedure regionali di acquisizione e gestione di Dispositivi Medici e coordinamento con la centrale acquisti per procedure di acquisto centralizzate per le categorie Dispositivi Medici che determinano il 70% della spesa totale, compatibilmente con le linee di attività e le tempistiche della centrale acquisti in merito alla predisposizione di capitolati tecnici e indizione di gare, entro il 30 giugno 2014. Nomina di una commissione regionale Dispositivi Medici che operi secondo un approccio multi-disciplinare HTA entro il 31 dicembre 2014.</p>	<p>valutazioni semestrali sull'andamento della spesa. Verifica al 31.03.2014 del rispetto del tetto di spesa per l'anno 2013</p>
--	--	--	---	-----------------------	--	---

Intervento 9.7: modello di approvvigionamento farmaci

Il contenuto precedentemente inserito in questo paragrafo è stato interamente recepito nella gara “Farmaci 2013”, in espletamento. In particolare, il ricorso all’equivalenza terapeutica è stato fortemente limitato da quanto previsto dal D.L. 18 ottobre 2012 e successive conseguenti pronunce della giustizia amministrativa, a seguito delle quali dovrà essere l’AIFA a pronunciarsi sulle eventuali equivalenze terapeutiche. Si ritiene, pertanto superato il contenuto del paragrafo.

La gara è in atto; sono state aperte le offerte economiche e sono in atto le valutazioni tecniche.

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 febbraio;
- valutazione delle richieste pervenute in sede di Nucleo di Valutazione, tra maggio e giugno;
- approvazione con DGR dei programmi valutati e stanziamento della copertura finanziaria ai piani di investimento, tra giugno e luglio;
- 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:

- Dirigente Area investimenti in edilizia sanitaria, HTA e Nucleo di Valutazione Regionale

Intervento 9.9: monitoraggio 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, 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'anno 2013 si è conclusa la procedura avviata con la Deliberazione n. 57 del 18 Febbraio 2011 finalizzata all'estinzione delle posizioni debitorie ancora aperte dei creditori che intrattengono rapporti con il SSR, che consentiva un risparmio degli interessi maturati e maturandi, attraverso la definizione di scadenze di pagamento diverse in base al grado di rinuncia a cui era 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.

Parallelamente, al fine di abbattere i costi per interessi relativi alla spesa corrente e evitare l'insorgere di nuovo contenzioso, la Regione Lazio, con il **Decreto n. U00351 del 27 novembre 2012**, ha dato 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.

Il progetto Accordo Pagamenti si articola all'interno della gestione del 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

L'obiettivo della Regione Lazio è quello di proseguire con queste operazioni finalizzate alla conclusione contestuale di transazioni sul debito pregresso e l'ottimizzazione dei processi di pagamento sul debito recente.

In tale ambito, per gli anni 2014 e 2015, la Regione Lazio ha intenzione di attuare ulteriori iniziative per l'estinzione del debito pregresso, anche attraverso la stipula di transazioni, che terranno in considerazione le specificità dei diversi creditori, con l'obiettivo di abbattere gli interessi e sanare il contenzioso ancora in essere.

In particolare relativamente al contenzioso si prevede di mettere in atto la seguente procedura:

- ricognizione dei contenziosi ed analisi dei procedimenti ad oggi in essere, al fine di individuare quelli per cui possa risultare conveniente per l'Amministrazione procedere, eventualmente, alla definizione bonaria dei relativi debiti attraverso la stipula di specifiche transazioni;
- definizione dei principi guida sulla base dei quali identificare i termini e le condizioni delle singole transazioni;
- stipula di specifiche transazioni in base alle specificità di ciascun creditore

In relazione all'ottimizzazione dei processi di pagamento sulla spesa corrente, la Regione Lazio ha intenzione di consolidare e ampliare i benefici ad oggi ottenuti con le transazioni e gli Accordi di Pagamento, perseguendo contestualmente un percorso mirato a ridurre i tempi di pagamento in linea con quanto previsto dalla normativa nazionale ed europea.

A tal riguardo è in corso di definizione l'Accordo Pagamenti per gli anni 2014-2015 che prevedrà:

- riduzione graduale dei tempi di pagamento grazie agli effetti benefici derivanti dalla anticipazione di liquidità erogata ai sensi del DL 35/2013. Tale percorso si sostanzierà nell'applicazione dei seguenti termini: pagamento a 150 giorni dall'immissione della fattura nel Sistema Pagamenti, per i primi sei mesi del 2014; pagamento a 120 giorni dall'immissione della fattura nel Sistema Pagamenti, per il secondo semestre 2014; pagamento a 90 giorni dall'immissione della fattura nel Sistema Pagamenti, per l'anno 2015. Tale discesa, 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;
- adeguamento delle funzionalità del Sistema Pagamenti della Regione Lazio alle prescrizioni normative di cui al Decreto del Ministero dell'Economia e Finanze del 3 aprile 2013, n. 55, che prevede l'attuazione della Fatturazione Elettronica;

- integrazione con il Sistema di Interscambio (SDI) sviluppato dal SOGEI per l'Agenda delle Entrate;
- attivazione di strumenti per rendere più efficiente e tempestivo il processo di liquidazione e pagamento;
- incremento delle attività di controllo sui livelli massimi di finanziamento delle strutture erogatrici private.

L'azione combinata per il prossimo biennio di tali interventi consentiranno alla Regione Lazio di ottenere vantaggi in termini di estinzione del debito pregresso, trasparenza ed omogeneità nel pagamento dei fornitori del SSR, adeguamento alla normativa vigente, controllo dei tempi di liquidazione e non ultimo evitare che si accumuli nuovo debito sanitario.

Risultati programmati:

- Conclusione di operazioni di transazione per l'estinzione del debito pregresso
- Sottoscrizioni all'Accordo Pagamenti 2013-14-15 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- Ospedali Classificati, IRCCS Privati e Policlinici Universitari Privati)
- Riduzione del contenzioso in essere a seguito della stipula di transazioni
- Minor importo dei costi per interessi
- Riduzione dei tempi di pagamento per gli anni 2014-2015
- Implementazione del Sistema Pagamenti per una gestione più efficiente delle tipologie di attori coinvolti
- Adeguamento tempestivo del Sistema alla normativa in materia di Fatturazione Elettronica
- 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
- Controllo generazione dei costi per beni e servizi
- Standardizzazione dei processi e delle codifiche

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 ordini elettronici gestiti
- Valore dell'importo degli ordini elettronici gestiti

Il crono programma delle scadenze intermedie e finalità che dovranno essere rispettate:

- Sottoscrizione degli Accordi Pagamenti anno 2014-15
- Implementazione nel Sistema Pagamenti di nuove funzionalità per il monitoraggio dei budget delle strutture erogatrici di prestazioni sanitarie entro giugno 2014
- Implementazione nel Sistema Pagamenti di nuove funzionalità per la gestione delle cessioni: 1° rilascio entro settembre 2013 e 2° rilascio entro giugno 2014

- Attivazione degli ordini elettronici presso tutte le Aziende Sanitarie del Lazio entro dicembre 2014

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 Risorse Finanziarie, Analisi di Bilancio e Contabilità Analitica 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. posizioni 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:

- Area Risorse Finanziarie, Analisi di Bilancio e Contabilità Analitica e Crediti Sanitari

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 DL 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).

Con nota prot. 156363 del 14/08/2013 la Regione ha provveduto a trasmettere al Ministero dell'Economia e delle Finanze la Rendicontazione dei pagamenti effettuati a valere sugli 832 mln per un primo ammontare pari ad Euro 824,69 mln di Euro e successivamente con nota prot. 7/2013 del 2/10/2013 per la restante parte di 7,4 mln di Euro, per complessivi 832 mln di Euro pari alla prima tranche del DL 35/2013.

A seguito di quanto disposto dal comma 7 dell'art. 13 del D.L 102 del 31/08/2013, la Regione con nota prot. 339356 del 13/09/2013 ha presentato ulteriore domanda di accesso anticipato a quota parte delle risorse da assegnarsi con il procedimento di cui al comma 3 dell'articolo 3 del decreto legge 8 aprile 2013, n. 35, per un importo pari all'80% delle somme singolarmente assegnate con i decreti direttoriali del Ministero dell'Economia e delle Finanze del 16 aprile 2013 e del 2 luglio 2013, per un valore pari a 665 mln di Euro (80% di 832 mln).

I trasferimenti relativi all'anticipazione della seconda tranche (665 mln) saranno conclusi entro il termine del 15/12/2013.

Operati pertanto 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 circa 1 mld/anno.
- ✓ La possibilità di accedere ad una ulteriore erogazione per circa 800 mln a valere su eventuali disponibilità residue del "Fondo per assicurare la liquidità per i pagamenti dei debiti certi liquidi ed esigibili".

Restituzione dei Crediti del SSR verso Regione (dati in milioni di Euro)

Descrizione	Importo		Atto Assegnazione	Termine Pag.to	Pagato	Rendicontato
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	825	14/08/2013
Ulteriore Accesso al Fondo SSN di cui al DL 35/2013 e al DL 72/2013	- 45,31				7	21/08/2013
Acconto Erogazione II tranche (80% 832 mln)	- 665,00		Comma 6 art. 13 D.L. 102/2013	15/12/2013		
Saldo Erogazione DL 35/2013 (II tranche)	- 1.296,83			31/03/2015		
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			Fisiologico		
Residuo da restituire entro il 31/12/2015	841,38			31/12/2015		
Richiesta di ulteriore accesso al Fondo per 800 mln						

I termini di pagamento devono intendersi in linea con i trasferimenti effettivamente ricevuti dallo Stato

Responsabile del procedimento attuativo:

- Direzione Regionale Programmazione Economica, Bilancio, Demanio e Patrimonio

Valorizzazione Programma 9: Razionalizzazione spesa

Intervento 9.1: Pianificazione poliennale degli acquisti – analisi e governo dei fabbisogni

Descrizione	Obiettivo di risparmio 2013	Obiettivo di risparmio 2014	Obiettivo di risparmio 2015
Orientamento delle richieste di autorizzazione (DCA U00191/2012 e DCA U00308/2013)	13,5	13,6	13,8

Intervento 9.2: Aspetti organizzativi e logistici dei processi di acquisto

Non disponibile

Intervento 9.3: Attivazione di sistemi di e-procurement regionali - Ottimizzazione e razionalizzazione degli acquisti - Collaborazione con Consip

Intervento 9.3.1 Attivazione di sistemi di e-procurement regionali

Non disponibile

Intervento 9.3.2 Ottimizzazione e razionalizzazione degli acquisti

Macro-voce CE	Descrizione	Obiettivo Risparmio 2013 (M€)	Obiettivo Risparmio 2014 (M€)	Obiettivo Risparmio 2015 (M€)
B2-B3	Farmaci, Emoderivati e vaccini	10,7	28,7	6,2
B3	Dispositivi medici	6,3	25,2	21,3
B3	Servizi appaltati	16,7	34,6	25,8
C3	Assistenza integrativa e protesica	2,5	5,1	3,0
Totale		36,2	93,6	56,3

Intervento 9.3.2: - Altre iniziative	Obiettivo Risparmio 2013 (M€)	Obiettivo Risparmio 2014 (M€)	Obiettivo Risparmio 2015 (M€)
Rinegoziazione prezzi per generazione farmaci	2,0	2,0	2,0
Rimodulazione servizio di Vigilanza	1,5	-	-
Totale	3,5	2,0	2,0

Intervento 9.3.3 Collaborazione con Consip

Descrizione	Obiettivo Risparmio 2013 (M€)	Obiettivo Risparmio 2014 (M€)	Obiettivo Risparmio 2014 (M€)
Valore transato Me.P.A.	0,6	0,6	0,7
Adesioni Convenzioni Consip	4,7	5,2	5,7
Totale	5,3	5,8	6,4

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.)

Intervento 9.4.1: Riorganizzazione e potenziamento dei sistemi di controllo

Totale intervento 9.4.1: Riorganizzazione e potenziamento dei sistemi di controllo	Obiettivo Risparmio 2013 (M€)	Obiettivo Risparmio 2014 (M€)	Obiettivo Risparmio 2015 (M€)
	3,4	10,3	-

Intervento 9.4.2: Definizione prezzi di riferimento

Macro-voce CE	Descrizione	Obiettivo Risparmio 2013 (M€)	Obiettivo Risparmio 2014 (M€)	Obiettivo Risparmio 2015 (M€)
B2-B3	Farmaci, emoderivati e vaccini	2,3	-	-
B3	Dispositivi medici	1,6	14,4	2,5
Totale		3,9	14,4	2,5

Intervento 9.5: Attuazione della normativa nazionale in materia di beni e servizi (DL 98/2011 e DL 95/2012)

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€)
	65,5

4. Area “Livelli Essenziali di assistenza”

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, del Decreto Legge 13 settembre 2012 n. 158, convertito con modificazioni dalla Legge 8 novembre 2012 n. 189.
 - sospensione conferimento e/o rinnovo incarichi ex art. 15-septies fino a realizzazione della riduzione dei posti letto ai sensi dell’art. 15, comma 13, lett. c), del Decreto Legge n. 95/2012, convertito con modificazioni dalla Legge n.135/2012. ;
 - rispetto dei limiti percentuali di cui all’art. 4, comma 1, lettere e-bis) e e-ter), del Decreto Legge 13 settembre 2012 n. 158, convertito con modificazioni dalla Legge 8 novembre 2012 n. 189
 - 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 Decreto Legge 31 maggio 2010 n. 78 convertito con modificazioni dalla Legge 30 luglio 2010 n.122 e relativa circolare MEF n. 12/2011.
 - prestazioni aggiuntive;
 - attività libero professionale intramuraria e monitoraggio sui volumi di attività intra-moenia in rapporto con i volumi di attività istituzionale (eliminare);
 - 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, Decreto Legge 13 settembre 2012 n. 158, convertito con modificazioni dalla Legge 8 novembre 2012 n. 189;
 - adeguamento dotazioni organiche dei presidi ospedalieri ai sensi dell’art. 15, comma 13, lett. c del Decreto Legge n. 95/2012, convertito con modificazioni dalla Legge n.135/2012;

- 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:
 - 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 Decreto Legge 31 maggio 2010 n. 78 come convertito dalla Legge 30 luglio 2010 n.122) e accentramento delle funzioni amministrative di supporto.
- 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
- personale convenzionato
- verifica fondi.
- consulenze (sanitarie e non sanitarie);
- 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 verrà approvata la *"Procedura per l'assunzione del personale nelle Aziende del SSR in deroga al blocco del turnover"*. In data 14/10/2013 la bozza del Decreto con tutti i relativi allegati è stata trasmessa per la prevista validazione ai Ministeri vigilanti e si è in attesa del riscontro di tale attività valutativa.

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 con contratto di lavoro a tempo indeterminato e determinato, ivi compresi i conferimenti di incarichi di direzione di UU.OO.CC;
- b. le assunzioni con contratto di lavoro a tempo determinato ex art. 15 septies D.Lgs. n.502/92 e s.m.i., 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 con contratto di lavoro a tempo determinato per la sostituzione di personale assente a vario titolo, eccetto le sostituzioni per maternità o aspettativa non retribuita per motivi personali o per svolgimento di incarico al di fuori del S.S.R. In tali ultimi casi le richieste devono comunque essere autorizzate dalla competente Direzione regionale;
- d. le acquisizioni di personale tramite mobilità intercompartimentali, mobilità extraregionali nell'ambito del Comparto Sanità e delle Aree dirigenziali SPTA e Medica-Veterinaria. Si precisa che le acquisizioni di personale ai sensi dell' art.15 undecies del D.Lgs. n.502/92 e s.m.i., non sono consentite;
- e. il conferimento di incarichi ex art.7, comma 6 D.Lgs. n.165/2001 e s.m.i., nonché tutte le altre forme di lavoro flessibile;
- f. il trattenimento in servizio al raggiungimento dell'età pensionabile e sino al massimo consentito dalla vigente normativa in materia;
- g. il conferimento di funzioni assistenziali al personale universitario che presta servizio presso una struttura del SSR, salvo le diverse indicazioni contenute nei nuovi Protocolli d'Intesa con le Università, in fase di predisposizione. Si precisa che le richieste di deroga di cui al presente punto saranno valutate anche in relazione agli effettivi costi da sostenere, in

considerazione della compartecipazione economica dell'Università ai compensi del personale medesimo;

- h. gli incarichi o incrementi di orari degli specialisti ambulatoriali interni in convenzione;
- i. le acquisizioni in outsourcing di servizi finalizzati all'espletamento di funzioni istituzionali che possono configurarsi come elusive del blocco delle assunzioni e che, pertanto, non rientrano nei processi di centralizzazione delle gare seguiti dalla Centrale Acquisti Regionale.

E' altresì vietata in quanto elusiva del cd. Blocco del turn over, l'acquisizione di personale mediante contratto di somministrazione lavoro ai sensi dell'art. 36 del D.lgs. N. 165/2001 s.m.i. ove disposta successivamente al blocco del turn over.

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'apposita scheda 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.

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 marzo di ciascun anno. 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 turnover 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, il motivo e l'unità operativa di appartenenza del personale cessato.

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

Crono programma:

- Adozione entro 31 dicembre 2013 del decreto contenente la Procedura per l'assunzione del personale nelle Aziende del SSR in deroga al blocco del turnover;
- Entro il, 31 gennaio le Aziende inviano alla Direzione Regionale Salute e Integrazione Socio-sanitaria il documento denominato "Ricognizione del personale-Piano annuale delle assunzioni";
- 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 28 febbraio 2014

Impatto economico

- Vedi valorizzazione intervento

Responsabile Del procedimento Attuativo:

- Dirigente dell'Area Risorse Umane e del Potenziale di Sviluppo delle Professioni e della Dirigenza.

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, successivamente all'emanazione del Decreto sopra citato, 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:

- Monitoraggio 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 due mesi dalla conclusione delle visite effettuate la Regione Lazio, ricevuti gli esiti di tali visite, predispone, d'intesa con le Aziende interessate un monitoraggio delle Unità Operative coinvolte da tale intervento, in particolar con la verifica della possibilità, nel rispetto delle vigenti disposizioni di legge e contrattuali dell'attribuzione ai dipendenti oggetto di visita di nuovi compiti e/o incarichi, anche in coerenza con la riorganizzazione della rete territoriale e con l'adozione dei nuovi Atti aziendali.

Responsabile del procedimento attuativo

- Dirigente dell'Area Risorse Umane e del Potenziale di Sviluppo delle Professioni e della Dirigenza

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.

Successivamente il Decreto Legge n. 54 del 21 maggio 2013, convertito con modificazioni dalla Legge 18 luglio 2013 n. 85, avente ad oggetto "Interventi urgenti in tema di sospensione dell'imposta municipale propria, di rifinanziamento di ammortizzatori sociali in deroga, di proroga in materia di lavoro a tempo determinato presso le pubbliche amministrazioni e di eliminazione degli stipendi di parlamentari membri del Governo", ha previsto all'art. 4 comma 4 "All'art. 1, comma 400, della legge 24 dicembre 2012, n. 228, le parole "31 luglio 2013" sono sostituite dalle seguenti: "31 dicembre 2013"

La Regione Lazio con il Decreto del Commissario ad Acta n. U00503 del 31/12/2012 in ha disposto la proroga dei contratti a tempo determinato, fino al 31/07/2013 e successivamente con il Decreto n. U00 235 del 6/06/2013 sino al 31/12/2013.

Il Decreto Legge 31 agosto 2013 n. 101, convertito con modificazioni dalla Legge 30 ottobre 2013 n. 125, prevede all'art. 4 comma 9 che *"Per gli enti del Servizio sanitario nazionale, tenuto conto dei vincoli assunzionali previsti dalla normativa vigente, si procede all'attuazione dei commi 6, 7, 8 e 9, anche con riferimento alle (professionalità del Servizio sanitario nazionale)), con decreto del Presidente del Consiglio dei ministri, da adottare entro tre mesi dalla data di entrata in vigore del presente decreto-legge, su proposta del Ministro della salute, di concerto con il Ministro dell'economia e delle finanze e con il Ministro per la pubblica amministrazione, di intesa con la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano"*.

Si pone quindi la necessità in attesa del Decreto interministeriale di individuare le azioni necessarie per l'eventuale proroga dei soggetti con contratto a tempo determinato, oggetto dei sopra richiamati Decreti commissariali di proroga. Pertanto è in corso un monitoraggio, del personale a tempo determinato al fine di verificarne il profilo professionale e l'unità operativa di impiego

Tale azione dovrà riguardare, seppure con un profilo e finalità ben distinto, anche gli attuali contratti di collaborazione in corso, anche essi rientranti nelle disposizioni dei più volte citati DCA n. 503 e n. 235.

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 e/o 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.

- Le informazioni raccolte alla luce del processo di riorganizzazione della rete ospedaliera e dell'adozione dei nuovi Atti aziendali, consentiranno di individuare le figure professionali ancora necessarie a ricoprire posti eventualmente vacanti nelle nuove piante organiche. Al termine di tale procedura sarà possibile avviare un meccanismo di stabilizzazione del personale così individuato, qualora le norme lo consentano.
- Si ritiene, in ogni caso, necessario per garantire un costante controllo della situazione del personale c.d. precario prevedere un costante monitoraggio nel corso dell'anno, secondo le specifiche sotto riportate:

Risultati Programmati

- Monitoraggio del personale a tempo determinato con indicazione del costo per profilo professionale e tipologia di unità di operativa di impiego (primo invio entro aprile 2014 sul dato del I trim 2014 e successivi invii entro 30gg dalla chiusura del trimestre);
- Monitoraggio del personale con contratto di collaborazione coordinata e continuativa per profilo professionale e tipologia di unità di operativa di impiego (primo invio entro aprile 2014 sul dato del I trim 2014 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;
- ;

Crono programma :

- Monitoraggio primo invio entro aprile 2014 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, ove consentito dalle norme.

Responsabile del procedimento attuativo

- Dirigente dell'Area Risorse Umane e del Potenziale di Sviluppo delle Professioni e della Dirigenza

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 del Decreto Legge 31 maggio 2010 n. 78 convertito con modificazioni dalla Legge 30 luglio 2010 n.122, 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.

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 del Decreto Legge 31 maggio 2010 n. 78 convertito con modificazioni dalla Legge 30 luglio 2010 n.122 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 di ciascun anno 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 (SIMPS) 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 provvedimenti di adeguamento dei fondi contrattuali
- Esiti della procedura di monitoraggio dei fondi della contrattazione integrativa erogata trimestralmente
- Scostamento economico tra erogato di competenze e deliberato aziendale

Cronoprogramma

- Adozione dei provvedimenti aziendali di adeguamento dei fondi contrattuali entro il 30/05/2014

Impatto economico:

- incluso all'interno del risparmio sul blocco del Turn Over

Responsabile del procedimento attuativo:

- Dirigente dell'Area Risorse Umane e del Potenziale di Sviluppo delle Professioni e della Dirigenza.

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 contrattuali.

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, intesa come la spesa già oggetto della riduzione del 50%. Qualora una Azienda non abbia rispettato tale vincolo deve concordare con la Regione un piano di contenimento riduzione della spesa sino al limite entro i limiti previsti.

Tale intervento di carattere meramente economico viene accompagnato dalla elaborazione da parte della competente Direzione Salute e Integrazione Socio-sanitaria. 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 assicurato il monitoraggio delle prestazioni aggiuntive erogate a, al fine di garantire il corretto rapporto tra attività resa in produttività aggiuntiva ed attività svolta in regime istituzionale;
- individuazione del personale escluso dall’effettuazione delle prestazioni aggiuntive ;
- la spesa sostenuta per le prestazioni aggiuntive deve essere rendicontata e registrata nello sottoconto del piano dei conti regionale specificamente istituito per tale finalità (502011503 consulenze sanitarie da prestazioni ex art. 55 comma 2 CCNL 8/6/2000);

Risultati programmati:

- Continenimento/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 “502011503 Consulenze sanitarie da prestazioni ex art. 55 comma 2 CCNL 8/6/2000” ;
- 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 30/06/2014.
- 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:

- Dirigente dell'Area Risorse Umane e del Potenziale di Sviluppo delle Professioni e della Dirigenza.

Obiettivi specifici assegnati ai Direttori Generali delle Aziende Sanitarie

Azione 10.2.5: Attività libero professionale intramuraria e monitoraggio sui volumi di attività intramoenia in rapporto con i volumi di attività istituzionale;

L'art. 2 del decreto legge 13 settembre 2012, n. 159, convertito con modificazioni dalla L. 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, 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, ove comprovata la congruità della stessa nel rispetto dell'equilibrio dei costi e dei ricavi;
- 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. è parte dell'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 sono 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 il 31 gennaio 2014 .

Responsabile del procedimento attuativo:

- Dirigente dell'Area Risorse Umane e del Potenziale di Sviluppo delle Professioni e della Dirigenza,.

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 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	665	- 40%
Unità semplici ospedaliere	1771	803	-54%
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 – anche al fine di consentirne l'adeguamento alla nuova articolazione territoriale definita dallo Statuto di Roma Capitale - 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.

La dotazione organica delle singole aziende e il relativo Bilanciamento del mix comparto-dirigenza deriverà dalla definizione della struttura e dell'organizzazione descritta negli atti aziendali.

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 (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;

Cronoprogramma

- Adozione linee guida regionali che recepiscono i parametri standard elaborati dal Comitato LEA per l'individuazione delle strutture semplici e complesse del SSN entro il 28/02/2014;
- Adozione atti aziendali entro il 31/5/2014

Impatto economico:

- Stimato tra 13 e 20 milioni di euro di risparmio di gestione.

Responsabile del procedimento attuativo:

- Dirigente dell'Area Giuridico Normativa, Istituzionale e Interfaccia con l'Avvocatura regionale

Azione 10.2.7 Analisi costo medio del personale

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, nel rispetto delle competenze della Regione e delle Aziende nonché dei contratti collettivi nazionali e integrativi vigenti, 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 delle voci stipendiali accessorie

Cronoprogramma

- Avvio concertazione con le organizzazioni sindacali aziendali dal 30/01/2014
- Linee guida di indirizzo sulla contrattazione integrativa aziendale entro il 30/06/2014
- Risultanze monitoraggio entro 31/12/2014

Impatto economico:

- Al momento non stimabile.

Responsabile del procedimento attuativo:

- Dirigente dell'Area Risorse Umane e del Potenziale di Sviluppo delle Professioni e della Dirigenza.

Azione 10.2.8 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 e previsione ed applicazione della sanzione da applicare al soggetto valutatore in caso di ritardo o mancata valutazione;
- Trasparenza e pubblicità del processo di valutazione;
- Sanzioni per il ritardo, lacunoso o mancato invio della documentazione richiesta da parte del valutato.

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 le risultanti inerenti la valutazione relativa all'anno precedente. Con riferimento all'anno 2013, le aziende e gli enti del SSR dovranno inviare entro il mese di febbraio 2014 una relazione sui sistemi di valutazione in atti ed applicati presso ciascuna aziende o ente.

Risultati programmati:

- Governance del 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

- Invio del piano di valutazione 2014-2015 entro il mese di febbraio 2015
- Da Gennaio invio della valutazione sintetica annuale

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 2014/2015

Responsabile del procedimento attuativo:

- Dirigente dell'Area Risorse Umane e del Potenziale di Sviluppo delle Professioni e della Dirigenza.

Azione 10.2.09 Contenimento costi apparati amministrativi (art. 6 DL 78/2010, come convertito dalla L. 30 luglio 2010, n. 122) e accentramento delle funzioni amministrative di supporto

Con specifico DCA da approvarsi entro il 30/04/2014 si provvederà, in collaborazione con l'Area Giuridico Normativa, Istituzionale e Interfaccia con l'Avvocatura regionale interfaccia con l'Avvocatura, a definire appositi interventi per il contenimento del costo degli apparati amministrativi, ai sensi di quanto previsto dall'art. 6 del D.L. 78/2010, convertito con modificazioni dalla L. 30 luglio 2010, n. 122.

Con riferimento all'accentramento delle funzioni amministrative di supporto, l'art.1 comma 67 della Legge Regionale 11 Agosto 2008, n. 14 ha previsto che *“Ai fini della semplificazione e razionalizzazione dei servizi tecnici e amministrativi delle aziende unità sanitarie locali, delle aziende ospedaliere e degli altri enti del servizio sanitario regionale con deliberazione della Giunta regionale, da adottarsi entro il 30 settembre 2008: a) sono disposte misure di centralizzazione e riorganizzazione per macro ambiti territoriali all'interno delle seguenti aree di attività: 1) amministrazione, finanza e controllo; 2) approvvigionamenti; 3) gestione del personale; 4) servizi generali, tecnici ed economici. b) sono stabiliti, previa concertazione con le organizzazioni sindacali rappresentative, i criteri e le modalità per la ricollocazione del personale attualmente preposto alle attività centralizzate ai sensi della lettera a).”*

L'obiettivo della citata Legge Regionale, in linea con quanto già implementato da altre Regioni italiane, consiste nell'accentramento delle attività non specificatamente sanitarie (*no core*) caratterizzate da elevati volumi operativi, che si traduce nella riduzione dei costi gestionali e nel conseguente miglioramento dei livelli di efficienza ed efficacia.

Negli ultimi anni la Regione Lazio ha concretamente avviato un percorso di riorganizzazione dei servizi di supporto, attraverso processi di accentramento e specializzazione, che hanno riguardato la **funzione Approvvigionamenti** delle Aziende Sanitarie, attraverso l'attivazione della Centrale Acquisti.

Per quanto riguarda, invece, le attività connesse alla **gestione del personale**, la Regione Lazio intende utilizzare gli strumenti messi a disposizione del Ministero dell'Economia e delle Finanze, nell'ambito del progetto “Noi_Pa”, previsto dall'art. 11, comma 9 del D.L. 98/2011, convertito con modificazioni dalla L. 15 luglio 2011, n. 111, così come modificato dal D.L. 95/2012, convertito con modificazioni dalla L. 7 agosto 2012, n. 135, per la gestione unificata del trattamento economico del personale delle Aziende Sanitarie e a regime, a partire dall'anno 2015, anche la gestione del trattamento giuridico e della rilevazione delle presenze.

Unitamente alle iniziative sopra citate, la Regione Lazio procederà alla definizione, entro il 30/06/2014, delle caratteristiche organizzative dell'articolazione funzionale prescelta per l'accentramento delle funzioni amministrative di supporto che prevederà l'attivazione di specifiche aree con funzioni interaziendali, previa individuazione di Aziende capofila, secondo il modello di governance descritto nell'ambito del Programma 1 – Governance del PO. La scelta del modello dell'Azienda capofila consentirà di beneficiare dei livelli di specializzazione già presenti all'interno delle Aziende, evitando la creazione di un ulteriore soggetto che possa tradursi nella sovrapposizione o duplicazione di attività già in essere presso le Aziende.

Nell'ambito delle attività connesse alla definizione del modello, la Regione Lazio individuerà:

- le funzioni amministrative rientranti nel processo di accentramento, scelte tra: provveditorato, logistica, patrimonio e sistemi informativi;
- le attività che saranno “centralizzate” e quelle che resteranno in capo alle singole Aziende, nell'ambito delle funzioni amministrative di cui al punto precedente;

- le Aziende in possesso dei requisiti necessari per la gestione delle attività per conto delle altre Aziende del SSR, selezionate nell'ambito della razionalizzazione delle Aziende previste nel Programma 1 – Governance del PO;
- il corretto dimensionamento del personale da impiegare: il personale impiegato per le attività da centralizzare dovrà essere selezionato tra il personale attualmente in forza presso le aziende sanitarie, attraverso meccanismi di mobilità; all'interno delle Aziende continuerà ad essere impiegata una parte delle risorse attualmente esistenti, in quanto esse saranno tenute a svolgere le singole attività che non rientrano nel processo di riorganizzazione e accentramento.

La fase successiva consisterà nell'implementazione del modello sopra illustrato che si concluderà entro il 31/12/2015 e sarà realizzato in sinergia con le azioni connesse al potenziamento dei flussi informativi gestionali e contabili per lo sviluppo di un Sistema Informativo Regionale della sanità, descritte nel Programma 3 - Certificabilità dei bilanci del SSR.

Tale attività assume per il periodo di durata dei presenti programmi operativi carattere sperimentale e sarà oggetto di piena applicazione a partire dall'anno 2016.

Risultati programmati

- Conseguimento di economie di scopo e di scala attraverso la condivisione di livelli di specializzazione già presenti all'interno delle Aziende
- Progressiva riduzione del costo del personale impiegato nelle attività amministrative rientranti nel processo di accentramento

Indicatori di risultato

- Elaborazione dello studio di fattibilità e del cronoprogramma attuativo di dettaglio, finalizzato alla definizione e all'implementazione del modello organizzativo per l'accentramento delle funzioni amministrative di supporto entro il 30/06/2014

Cronoprogramma:

- Approvazione del DCA entro il 30/04/2014 per la definizione di appositi interventi per il contenimento del costo degli apparati amministrativi, ai sensi di quanto previsto dall'art. 6 del D.L. 78/2010, convertito con modificazioni dalla L. 30 luglio 2010, n. 122
- Definizione delle caratteristiche organizzative dell'articolazione funzionale prescelta per l'accentramento delle funzioni amministrative di supporto entro il 30/06/2014
- Implementazione del modello organizzativo entro il 31/12/2015

Impatto economico

- Impatto economico derivante dalla contrazione delle Unità Operative con le funzioni amministrative sopra indicate, valutabile dal 2016 in poi

Responsabile del procedimento attuativo:

- Dirigente dell'Area Risorse Umane e del Potenziale di Sviluppo delle Professioni e della Dirigenza.

Azione 10.2.10 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.

Si ritiene necessario avviare un'attività di ricognizione e di monitoraggio delle modalità di applicazione degli Accordi Collettivi Nazionali e degli Accordi Integrativi Regionali al personale convenzionato, coerentemente con quanto previsto all'azione 14.3.2 – Accordi con MMG e PLS.

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

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

Cronoprogramma

- Decreto Commissariale per il contenimento della spesa entro il 30/06/2013 per specialisti ambulatoriali interni, medici veterinari ed altre professionalità sanitarie
- Avvio monitoraggio entro il 30/09/2014;

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 del Potenziale di Sviluppo delle Professioni e della Dirigenza.

Azione 10.2.11 Consulenze (sanitarie e non sanitarie);

L'art. 6 comma 7 del D.L. 78/2010, convertito con modificazioni dalla L. 30 luglio 2010, n. 122 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 Salute e Integrazione socio sanitaria 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 ogni azienda ed ente del SSR debba inviare entro e non **oltre il 15 febbraio di ogni anno, il piano annuale delle consulenze**, strumento di monitoraggio per la Regione. 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.

Risultati programmati:

- 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;

- Conto economico del 2015 che attesti che la spesa per la consulenza non è superiore al 20% della spesa effettuata nel 2009

Cronoprogramma

- Il cronoprogramma deve prevedere una costante riduzione della spesa per le consulenze, partendo dal dato del 2009.

Responsabile del procedimento attuativo:

- Dirigente dell'Area Risorse Umane e del Potenziale di Sviluppo delle Professioni e della Dirigenza

Azione 10.2.12 Gestione del servizio mensa e/o dell'esercizio del diritto alla mensa con modalità sostitutiva (buoni pasto)

Per il triennio 2013-2015, in riferimento all'esercizio del diritto alla mensa, è stata individuata come iniziativa di razionalizzazione la verifica della corretta applicazione dei CCNL al fine di razionalizzare la spesa e generare maggiori economie.

Risultati programmati:

- Verifica della corretta applicazione dei CCNL comparto e CCNL Aree dirigenziali in relazione alle risorse finanziarie disponibili e all'articolazione dell'orario di lavoro;
- Aggiornamento delle 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 regionali a livello aziendale.

Indicatori di risultato:

- Avvenuta aggiornamento delle Linee Guida
- Percentuale di Aziende che hanno adottato le linee guida;
- Risparmi conseguiti dalle Aziende

Cronoprogramma

- 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

Responsabile del procedimento attuativo:

- Dirigente dell'Area Risorse Umane e del Potenziale di Sviluppo delle Professioni e della Dirigenza

Azione 10.2.13 razionalizzare i servizi di pagamento delle retribuzioni

L'art. 11 comma 9 del D.L. n. 98/2011, convertito con modificazioni dalla L. 15 luglio 2011, n. 111, così come modificato dal D.L. 95/2012, convertito con modificazioni dalla L. 7 agosto 2012, n. 135, 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 modalità 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.

Dalle prime sperimentazioni del sistema e dagli incontri tenutesi 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 è inteso pertanto avviare un progetto che consenta la sperimentazione in parallelo sia del servizio stipendiale attualmente in uso sia del servizio stipendiale che dovrà essere gestito dal MEF.

Questa gestione sperimentale, limitata in un primo momento alla sola elaborazione stipendiale, è diventata (considerata l'importanza del progetto e la possibilità di garantire alla Regione un costante flusso informativo sull'attività delle Aziende) un progetto, denominato "Noi_Pa", che utilizzando l'omonima piattaforma del MEF intende realizzare un sistema unico per la gestione giuridica-economica del personale e per la rilevazione presenze.

Ad oggi il progetto ha superato la prima fase, che possiamo denominare di acquisizione delle conoscenze, tramite una serie di approfonditi e ripetuti incontri con sei Aziende pilota, che hanno permesso ai referenti del MEF di sviluppare le competenze necessarie alla realizzazione della piattaforma.

È in corso l'avvio della seconda fase, con l'implementazione del sistema e dei suoi contenuti.

Il crono programma del progetto è quello concordato con i referenti del MEF.

La Regione ha costituito dei comitati di coordinamento, con i seguenti compiti:

1. coordinamento delle attività necessarie per la realizzazione del progetto;
2. coordinamento delle attività di trasferimento dati;
3. risoluzione di tutte le problematiche e delle criticità emerse o che potranno emergere nella fase di transizione e di implementazione del sistema in tutte le Aziende ed Enti del SSR;
4. raccordo con le strutture ministeriali e i singoli uffici delle Aziende ed Enti del SSR.

Risultati programmati:

- Avvio della fase di gestione sperimentale in parallelo del pagamento stipendi

- Realizzazione delle attività propedeutiche per l'implementazione del progetto in tutte le Aziende del SSR

Indicatori di risultato

- Definizione di linee guida per il passaggio alla gestione ministeriale

Responsabile del procedimento attuativo:

- Dirigente dell'Area Risorse Umane e del Potenziale di Sviluppo delle Professioni e della Dirigenza

Azione 10.2.14 Compilazione tabelle allegate (Allegati 4 e 5).

Per quanto riguarda la compilazione della tabella a anno 2004 si rinvia alle comunicazioni intercorse con il ministero dell'economia e delle finanze.

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.

Qualifica	2012		2013		2014		2015	
	Cessati	Assunti	Cessati	Assunti	Cessati	Assunti	Cessati	Assunti
Sanitario	1.112	242	502	111	496	51	492	50
Tecnico	277	7	81	28	80	8	79	8
Amministrativo	306	17	79	31	78	8	78	8
Professionale	16	14	2	2	2	-	2	-
Altro	17	10	-	-	-	-	-	-

I principali razionali per la valorizzazione del blocco del *turn over* (di seguito BTO) programmato per gli anni 2013-2015, sono:

- per il personale a tempo indeterminato, obiettivo di blocco del turn over al 90% per il biennio 2013-2015;
- definizione del numero di unità di personale presente, delle unità in ingresso e delle unità in uscita dal SSR da dati di Conto Annuale 2005-2012 (Tabelle 1, 5 e 6);
- stima del tasso storico di cessazioni osservato sul triennio 2010-2012 per profilo professionale (media regionale: 3,8%), corretto per un fattore di abbattimento calcolato in base ai dati di Tabella B (II trimestre 2013) per tenere conto dell'impatto delle recenti disposizioni normative. Prudenzialmente, il tasso di cessazioni è rideterminato nell'ordine del 1,4% a livello complessivo regionale;
- costo medio per figura professionale ipotizzato costante e pari ai valori da Conto Annuale 2012 (Tabelle 12 e 13; per la stima degli oneri sociali a carico dell'Amministrazione, si è stimato un'incidenza pari al 27% del costo del lavoro);

- effetto economico delle fuoriuscite previste dal BTO ipotizzato lineare durante l'anno di applicazione;
- impatto sull'IRAP calcolato in funzione dell'incidenza del valore dell'IRAP per il personale dipendente e costo del personale dipendente registrata a Consuntivo 2012 (ca 7%).

A fronte delle disposizioni normative introdotte con la cosiddetta Riforma Fornero delle pensioni (Decreto Salvaterra del dicembre 2011) e successive modifiche integrazioni, del Decreto del Fare (Legge n.98 del 9 Agosto 2013), in attesa del consolidamento della rilevazione delle cessazioni 2013, la stima si configura come stima prudenziale. Sulla base delle informazioni disponibili, il saldo in Tabella B al II trimestre 2013, infatti, rileva una riduzione della dotazione di personale a tempo indeterminato rispetto al Consuntivo 2012 di ca 250 unità. Al II trimestre 2012, si era invece osservata una riduzione rispetto al Consuntivo 2011 di circa 640 unità.

Impatto economico

Valorizzazione economica del BTO per il personale T.I. 2013-2015

L'effetto di trascinamento della manovra sul personale				
€/000	2013	2014	2015	Totale
Valorizzazione economica BTO 2012	38.487	-	-	38.487
Valorizzazione economica BTO 2013	12.875	12.875	-	25.749
Valorizzazione economica BTO 2014	-	15.930	15.930	31.860
Valorizzazione economica BTO 2015	-	-	15.760	15.760
Valorizzazione BTO	51.362	28.805	31.690	111.857
IRAP	3.557	1.995	2.194	7.746

Punti di attenzione

Al fine di raggiungere a pieno i risultati economici di cui sopra, si reputa necessario:

- avviare la ricognizione mediante "Piano Annuale delle Cessazioni" previste per l'anno in corso con dettaglio di figura professionale e unità operativa;
- portare a regime il monitoraggio strutturato e sistematico delle cessazioni effettive (con cadenza mensile) per profilo professionale e unità operativa;
- portare a regime il monitoraggio strutturato e sistematico delle assunzioni in deroga al blocco del turn over effettive (con cadenza mensile) per il rispetto del vincolo del blocco del turn over al 90%;
- avviare la ricognizione dell'allocazione del personale (impiegato a qualsiasi titolo e per tutti profili professionali) sui diversi servizi del SSR;
- avviare il monitoraggio strutturato e sistematico del personale che opera nelle Aziende con altre forme contrattuali (tempo determinato, co.co.co.,...) per profilo professionale e unità operativa di impiego (con cadenza trimestrale);
- gestione centralizzata delle richieste di nuove assunzioni in deroga al blocco del turn-over attraverso la condivisione tra ASL e Regione mediante la "Procedura per l'assunzione del personale nelle Aziende del SSR in deroga al blocco del turn over".

•

A livello gestionale:

- ottimizzare l'allocazione delle risorse di personale attraverso l'accorpamento di reparti sotto dimensionati in Unità Organizzative con una dimensione gestionalmente efficiente in cui avviene una sinergica condivisione del personale;

- attivare flussi di mobilità interna del personale dalle attività dove si registra un'eccedenza di personale verso situazioni di potenziale sottodimensionamento dell'organico o, in alternativa, verso progetti di ampliamento di nuovi servizi (quale, ad esempio, la nuova rete territoriale);
- implementazione di un piano operativo per la gestione del personale con idoneità e limitazioni e per il contenimento del tasso di assenteismo registrato nelle diverse strutture.

Azione 10.2.11 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	16.271	12.592	2.817	9.775
Costo consulenze sanitarie	64.246	59.544	55.652	32.123	23.529
Totale	78.381	75.815	68.244	34.940	33.304

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 2013	Importo 2014	Importo 2015
Costo cons. non sanitarie - 80%	8.765	7.354	2.817
Costo consulenze sanitarie - 50%	48.641	46.575	32.123
Totale	57.416	53.929	34.940

Risparmi	Risparmio 2013	Risparmio 2014	Risparmio 2015
Costo cons. non sanitarie - 80%	3.827	1.411	4.537
Costo consulenze sanitarie - 50%	7.011	2.066	14.452
Totale	10.838	3.477	18.989

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 10.2.6 Ridefinizione 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

Programma 11 – Sanità pubblica

intervento 11.1: azioni coerenti con il programma nazionale di prevenzione

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 dell' Sanità Pubblica, Promozione della Salute, Sicurezza Alimentare e Screening

Quadro normativo di riferimento

Il modello organizzativo degli screening del Lazio, come da raccomandazioni nazionali, prevede per la prevenzione di patologie quali i tumori della mammella, della cervice uterina e del colon retto, il coinvolgimento della popolazione bersaglio attraverso una lettera di invito inviata dalla ASL di residenza, per l'effettuazione del test di screening; se il test risulta essere sospetto o positivo il soggetto viene inviato ad approfondimento diagnostico fino all'eventuale presa in carico per il trattamento nelle strutture di riferimento (Allegato 1 Normativa di riferimento nazionale e regionale)

Tutto il percorso è monitorato e valutato attraverso il Sistema Informativo dei Programmi di Screening Oncologici, SIPSOweb, realizzato da ASP e messo a disposizione di tutte le ASL della Regione. Attualmente sono 10/12 le ASL che lo utilizzano. Tale piattaforma è stata sviluppata su ambiente web e permette di produrre gli indicatori di processo (prevalentemente) e di esito per la valutazione ed il monitoraggio della qualità dei programmi di screening, secondo le raccomandazioni dell'ONS. Il sistema inoltre permette di rispondere al debito informativo dell'ONS (survey annuali) e di trasferire i dati, secondo le modalità richieste, al nuovo Datawarehouse Nazionale degli Screening Oncologici.

Il Lazio partecipa al progetto coordinato da AGENAS "implementazione dei programmi di screening: analisi delle barriere e dei fattori facilitanti, modificabili e non" e si avvale del supporto dell'ONS per l'organizzazione delle giornate di valutazione orientate a presentare in maniera critica i risultati dei programmi di screening agli operatori delle ASL.

E' stato recentemente pubblicato ed inviato sia all'ONS che a tutti i direttori generali delle ASL del Lazio il Rapporto degli Screening Oncologici anni 2010-2011

Analisi dell'offerta

Nel Lazio si registra una enorme eterogeneità tra i risultati raggiunti dalle varie ASL con alcuni programmi in grado di mantenere un ritmo di invito costante tale da coprire tutta la popolazione bersaglio e altre che stentano a mantenere una continuità nell'invito non garantendo così un LEA alla popolazione residente.

Programma di screening mammografico

Nel Lazio la popolazione target per il Programma di Screening (PS) mammografico è di circa 700.000 donne da coinvolgere, attraverso chiamata attiva, periodicamente ogni due anni.

Tutte le ASL hanno un programma attivo (estensione teorica 100%). I dati di estensione ed adesione al test di screening, per specifico programma aziendale, registrati nel 2012⁵, sono riportati nella tabella 1 .

Nel 2012 sono state invitate 305.391 donne ad effettuare la mammografia di screening con una estensione regionale pari all'85% (estensione grezza). Nella disamina aziendale, risultano avere una estensione inferiore al 90% 6/12 ASL (RMC, RME, RMG, RM H, RI, FR).

Le donne aderenti al test sono state 115.725 con un adesione del 42% (range ASL: 14.9%-64.4%) al di sotto dello standard raccomandato a livello nazionale (>50%). Risultano avere una adesione di

⁵ Rapporto screening 2013 www.asplazio.it (aggiornati a luglio 2013).

Fonte SIPSOweb tranne per RM C, RM G che non utilizzano la piattaforma regionale.

molto inferiore al 50% 5/12 ASL (A, B, D, E, RI). La ASL RM C, seppur con una tasso di adesione del 56.1% non rientra nel gruppo delle ASL virtuose poiché ha una bassissima estensione degli inviti (14.1%).

Nel corso del 2012 sono stati effettuati 7.511 esami di approfondimento diagnostico (Referral Rate: 9,7% primi esami (standard <7%); 4,3% esami successivi (standard <5%)) e sono state trovate 569 lesioni tra cui 224 neoplasie maligne (Detection Rate: 4,6‰ primi esami (standard >5‰); 3,5‰ esami successivi (standard >3‰)). I principali indicatori del percorso diagnostico terapeutico risultano in linea con gli standard raccomandati.

CRONOPROGRAMMA PO 2013-2015 REGIONE LAZIO

Area	Programma	Obiettivo/Intervento	Azione	Atto normativo/ Documento	Indicatore di risultato	Tempi di realizzazione dell'azione
4: Area "Livelli Essenziali di Assistenza"	11 Sanità pubblica	11.2 Qualificazione dei programmi di screening oncologici ed adeguamento agli standard nazionali	1. Modifica dell'assetto regionale in materia di screening con l'istituzione di un Ufficio Screening	Determina Regionale B03071 del 17 luglio 2013	SI/NO	Già realizzato
			2. Emanazione di un documento regionale in materia di screening oncologici che aggiorni la DGR 4236/97 istitutiva degli screening ed espliciti modelli organizzativi, requisiti, risorse sia umane che tecniche, protocolli e debito informativo	DGR o DCA	SI/NO	I trimestre 2015
			3. Partecipazione al progetto AGENAS Implementazione dei programmi di screening: analisi delle barriere e dei fattori facilitanti modificabili e non"	Questionario AGENAS	Compilazione ed invio questionario	Già realizzato
			4. Effettuazione di un censimento attraverso le ASL degli stakeholder attivi sul territorio per la creazione della rete di associazioni	Nota della direzione regionale	SI/NO	I trimestre 2014
			5. Costruzione di una rete di stakeholder (MMG, Associazioni) per l'aumento della compliance allo screening	ATTO DI INTESA	SI/no	II trimestre 2014
			6. Valutazione performance degli screening aziendali per i Direttori Generali, monitoraggio secondo gli indicatori dell'Osservatorio Nazionale degli screening.	Schede di valutazioni per ASL	Predisposizione di schede ed invio alle Direzioni Aziendali	IV trimestre 2013
			7. Inserimento tra gli indicatori di valutazione dei Direttori Generali, dell'indicatore LEA sulla copertura degli screening	DCA	SI/NO	ENTRO IV trimestre 2014
			8. Analisi dati SIAS per quantificare lo screening opportunistico	DOCUMENTO TECNICO	SI/NO	II trimestre 2014
			9. Reingegnerizzazione dello screening individuale verso quello organizzato attraverso il coinvolgimento dei MMG, l'utilizzo dei CUP/RECUP	DELIBERA/DCA REGIONALE	SI/NO	ENTRO IV trimestre 2014

			10. Indagine di valutazione efficienza dei numeri verdi, e verifica dell'utilizzo degli strumenti manuale operativo e pacchetto formativo	DOCUMENTO TECNICO	SI/NO	IV TRIMESTRE 2013	
4: Area "Livelli Essenziali di Assistenza"	1.1 Sanità pubblica	1.1.2 Qualificazione dei programmi di screening oncologici ed adeguamento agli standard nazionali	11. diffusione e verifica di utilizzo del Manuale Operativo e fornitura di un pacchetto formativo alle ASL su re training degli operatori	MANUALE OPERATIVO PACCHETTO FORMATIVO	E	DISTRIBUZIONE MANUALE PACCHETTO FORMATIVO si/no	IV TRIMESTRE 2013
			12. Valutazione degli interventi di promozione dello screening dei soggetti fragili	Documento tecnico		Si/no	IV TRIMESTRE 2013
			13. Introduzione di un sistema di Site Visit che si basa sull'esperienza del progetto ONS, sui modelli organizzativi delle ASL	QUESTIONARIO		SOMMINISTRAZIONE QUESTIONARIO	I trimestre 2014
			14. Effettuazione di tre site visit, una per programma di screening	SITE VISIT		sino	entro 3 mesi dall'approvazione dell'atto
			15. Attività di record linkage tra l'archivio delle vaccinate HPV e screening	Documento tecnico		sino	IV TRIMESTRE 2013
			16. Monitoraggio delle ASL con programmi che utilizzano il test HPV come test di screening attraverso il calcolo degli indicatori di performance ONS	Documento tecnico		sino	IV TRIMESTRE 2013
			17. Monitoraggio dei piani di digitalizzazione delle ASL e integrazione RIS/SIPSOweb	Documento tecnico		sino	IV TRIMESTRE 2013
			18. Implementazione del SIPSOWeb su tutte le ASL e monitoraggio continuo delle performance aziendali	Convenzioni		Si no	III TRIMESTRE 2014

Intervento 11.3 prevenzione della salute e sicurezza negli ambienti di lavoro

- Quadro di riferimento normativo:
 - D.Lgs. 81/2008 e s.m.i
 - DPCM 17 dicembre 2007 - Esecuzione accordo 1 agosto 2007, recante “Patto per la tutela della salute e prevenzione nei luoghi di lavoro”
 - Piano Regionale della Prevenzione 2010 – 2012 (PRP) DGR n. 577/2010, DGR n.613/2010 e s.m.i.
 - D.Lgs. 81/2008 e s.m.i, art. 30 “Modelli di organizzazione e di gestione” per la salute e sicurezza nei luoghi di lavoro
 - DM 3.12.2010 “Riscrittura a tariffa vigente dell'articolo 24 del decreto ministeriale 12 dicembre 2000”

- Analisi dell’offerta

Nella Regione Lazio operano 12 Servizi di Prevenzione e Sicurezza negli Ambienti di Lavoro, operanti all’interno dei Dipartimenti di Prevenzione delle 12 AUSL, in un contesto produttivo regionale, caratterizzato dalla presenza sul territorio di micro e piccole-medie imprese, che pone problemi specifici per l’attuazione delle misure per la salute di chi lavora.

Il DPCM 17 dicembre 2007 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.

Nella Regione Lazio sono presenti 21 strutture sanitarie pubbliche, per le quali la complessiva gestione della salute e sicurezza dei lavoratori, in realtà complesse ed articolate, richiede l’adozione di modelli strutturati che ne supportino, certificandole, la reale efficienza ed efficacia.

L’adozione di Sistemi di Gestione della Sicurezza nei luoghi di lavoro (SGSL), fermo restando il rispetto delle norme di legge, permette di fruire, presso l’INAIL, della riduzione del tasso di premio assicurativo applicabile all’azienda.

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% del totale.

- Interventi prioritari del PO 2013-2015
 - 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;
 - 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.);

- Azioni e cronoprogramma (SCHEMA AGENAS)

CRONOPROGRAMMA PO 2013-2015 REGIONE LAZIO						
Area	Programma	Obiettivo/ Intervento	Azione	Atto normativo/documento	Indicatore di risultato (quantitativo/qualitativo) con standard	Tempi di realizzazione
4: Area "Livelli Essenziali di Assistenza"	11 – Sanità pubblica	Obiettivo 11.3 prevenzione della salute e sicurezza negli ambienti di lavoro	1. Realizzazione dei progetti finalizzati di prevenzione e vigilanza sugli infortuni sul lavoro e le malattie professionali ai fini del raggiungimento del LEA	Documento di programmazione regionale triennale (Determinazione B09608 del 18.12.2012)	n. AUSL che realizzano i progetti finalizzati regionali = 12 (100%)	Entro il 31.12 di ogni anno di riferimento
			2. Definizione e adozione di Sistemi di Gestione della Sicurezza nei luoghi di lavoro (SGSL) nelle aziende sanitarie pubbliche della Regione	Richiesta formale di partecipazione delle aziende sanitarie pubbliche allo specifico progetto regionale (24.9.2013)	Adesione di almeno l'80% delle Aziende sanitarie pubbliche	Già raggiunto novembre 2013
			3. Realizzazione delle attività progettuali in partnership con INAIL con relativo cofinanziamento da parte della medesima	Convenzione sottoscritta fra Regione e INAIL (DCA 74 del 8/3/2013)	Svolgimento delle attività in collaborazione con INAIL	Durata del progetto
			4. Sperimentazione del modello e delle procedure nelle aziende sanitarie pubbliche	Report di monitoraggio e valutazione finale della sperimentazione (Entro 31.7.2015)	Sperimentazione di almeno 1 procedura in ogni azienda sanitaria	Entro 30.6.2015
			5. Adozione del manuale e delle linee di indirizzo da parte della Regione Lazio	Proposta di Deliberazione di Giunta/DCA (entro 30.09.2015)	Manuale e linee di indirizzo regionali disponibili per le aziende sanitarie	Entro 31.10.2015

- Indicatori per il monitoraggio

Cod	Indicatore	Definizione	Fonti	Standard (parametri di riferimento ottimali cui tendere)
1	n. AUSL che realizzano i progetti finalizzati regionali	n. AUSL che realizzano i progetti /N. ASL totali * 100	Report di valutazione annuale	100% (12)
2	Adesione delle Aziende sanitarie pubbliche	N aziende aderenti/n. aziende totali * 100	Nota di adesione inviata dall'Azienda	almeno l'80%
5	Manuale e linee di indirizzo regionali	Disponibilità del manuale per le aziende sanitarie	Atto regionale	SI

Programma 12 - Sanità Veterinaria e Sicurezza Alimentare

Il programma, secondo le linee di indirizzo ministeriali, si articola secondo le seguenti linee di attività, per alcune delle quali (12.2 – 12.3 – 12.4) non è previsto alcun intervento specifico, dando conto nel rationale che segue, delle motivazioni :

- 12.1 Riorganizzazione e riqualificazione del “nodo” regionale;
- 12.2 Coerenza delle linee di attività programmate a livello regionale con quelle riportate nel Piano Nazionale Integrato 2011-2014;
- 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;
- 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;
- 12.5 Assegnazione di obiettivi ai Direttori Generali delle Aziende Sanitarie Locali, con ribaltamento a cascata su tutta la struttura operativa;
- 12.6 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.

1. Quadro di riferimento normativo

- Decreto legislativo n. 502/92
- Regolamento comunitario n. 178/02
- Regolamento comunitario n. 852/04
- Regolamento comunitario n. 853/04
- Regolamento comunitario n. 854/04
- Regolamento comunitario n. 882/04
- Art 7, Art 8, Art. 11 bis, art 12 , art 13 del Decreto legge n. 158/12 convertito con modificazioni dalla legge n. 189/12

2. Analisi dell’Offerta

Il Contesto

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 agro-zootecniche 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.

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.

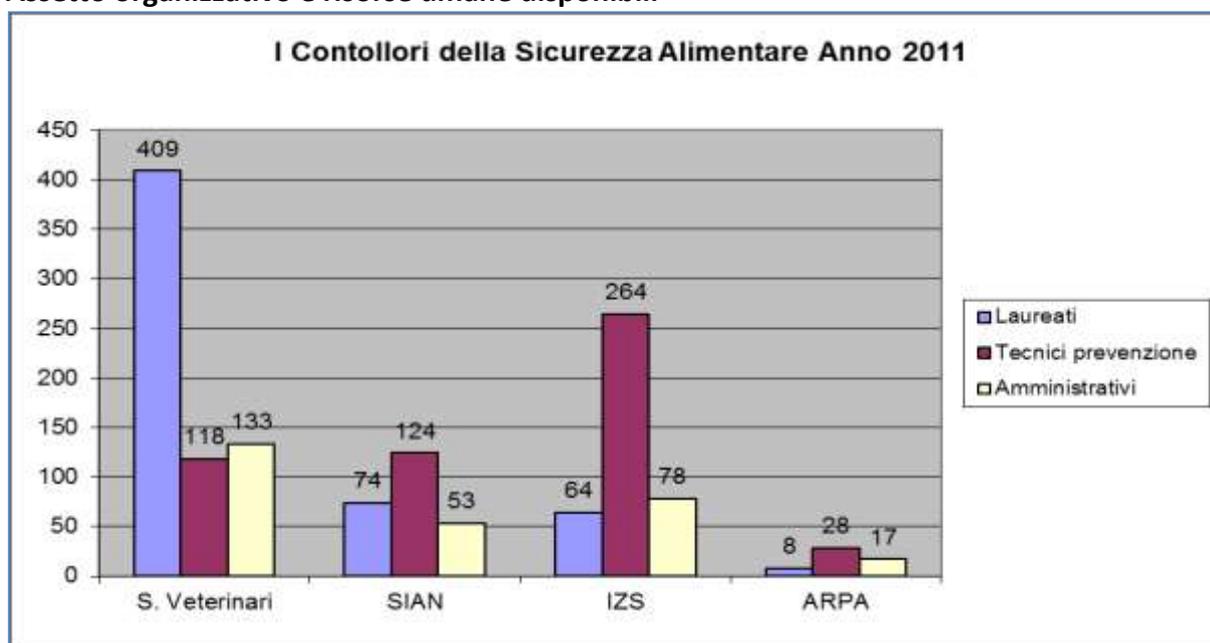
Dalla programmazione dei piani sorveglianza delle popolazioni animali alla gestione delle emergenze sanitarie che non di rado interessano il settore zootecnico (Afta epizootica, BSE, Influenza Aviaria) al controllo delle fasi di produzione, commercializzazione e somministrazione degli alimenti, per arrivare 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.

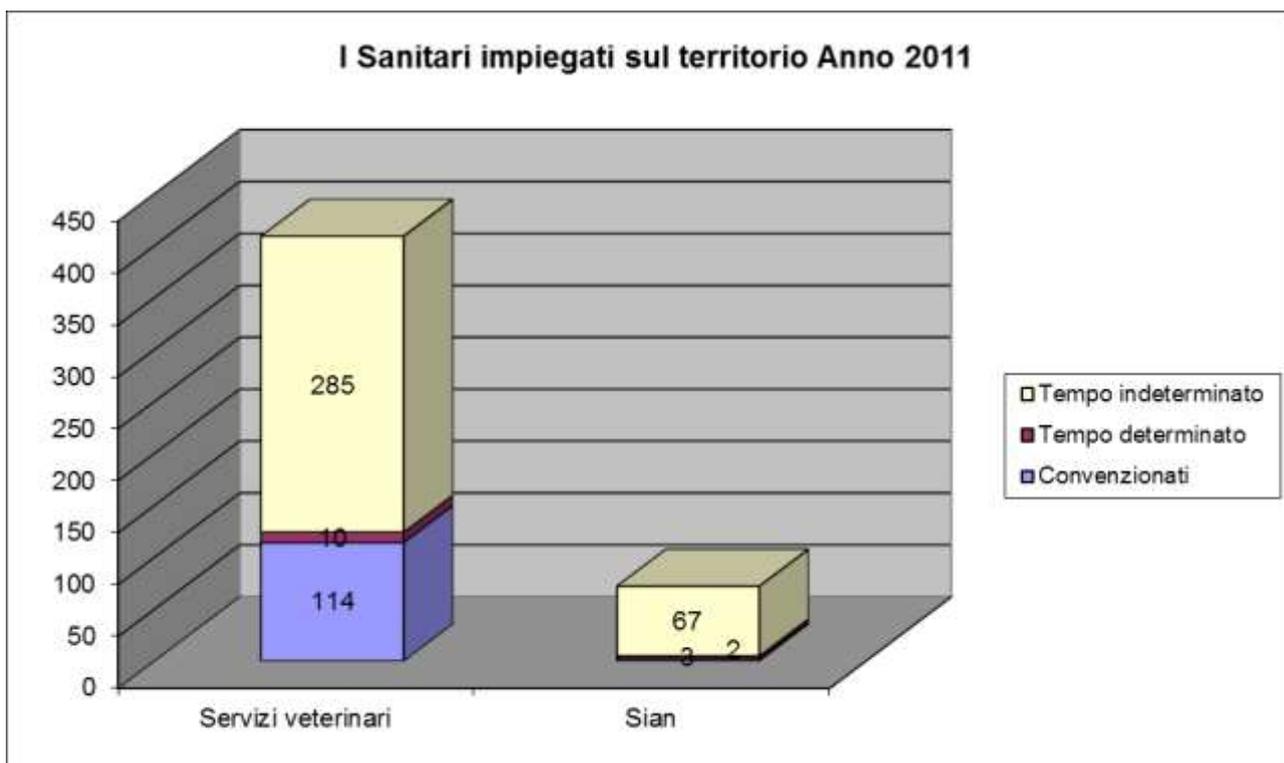
I Servizi veterinari delle Aziende Sanitarie Locali operano nell'ambito del Dipartimento di Prevenzione secondo la articolazione funzionale prevista dal D.Lgs 502/92.

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

Assetto organizzativo e risorse umane disponibili





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.

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 tecnico sanitari come è possibile desumere anche dalla tabella trasmessa al Ministero della Salute nell'ambito della ricognizione dell'Unione Europea sul Country profile

3. Interventi Prioritari

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, bevande e alimentazioni destinati ad alimentazioni particolari, integratori alimentari, alimenti destinati alla prima infanzia, alimenti destinati a fini medici speciali, compresi quelli per la prima infanzia, e alimenti addizionati di vitamine e minerali; 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 Salute ed integrazione socio sanitaria.

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.

Una organizzazione così delineata della Sicurezza Alimentare e della Sanità Pubblica Veterinaria dovrebbe facilitare l'integrazione multidisciplinare delle diverse componenti professionali che concorrono alla tutela della sicurezza alimentare.

Si fa presente che su questo particolare aspetto, al fine di contemperare le previsioni normative del D.Lgs 502/92, con l'esigenza di razionalizzazione e riduzione delle UOC, la Direzione Regionale competente ha promosso la costituzione di un Gruppo di Lavoro Regionale per il Coordinamento delle attività di Prevenzione sanitaria collettiva e Sanità Pubblica (Determinazione B04052 del 17.09.2013) con l'obiettivo di rendere omogenea l'organizzazione del Dipartimento di Prevenzione a livello delle diverse Aziende sanitarie Locali, salvaguardando l'articolazione delle funzioni previste dal D.Lgs 502/92, anche alla luce dei Livelli essenziali di assistenza riconducibili a tali attività.

Analogamente anche livello regionale coerentemente con le necessità di integrazione di tutte le diverse attività proprie della sicurezza alimentare e della sanità veterinaria, sarà assicurato il coordinamento fra le due Aree regionali competenti sotto la Direzione Regionale salute ed Integrazione-sociosanitaria che sia in grado di dare piena efficacia alle attività di pianificazione e di controllo sul territorio, prevedendo un tavolo di coordinamento multidisciplinare allargato anche a rappresentanti delle Aziende Sanitarie territoriali.

Un'attenzione particolare sarà posta nella stesura di un programma di controlli di secondo livello da parte dell'Autorità Regionale sulle Aziende Sanitarie Locali, ai sensi dell'Art. 4 (6) del REG. 882/2004, che sia omogeneo e coerente e che tenga conto, però, delle risorse umane disponibili a livello regionale per tale tipo di intervento, risorse umane attualmente non adeguate a ricoprire ad oggi tutti i settori di attività. Per quel che riguarda la situazione organizzativa degli uffici regionali in termini di risorse umane, esistono numerosi vincoli esterni che impediscono un adeguato rafforzamento delle strutture competenti regionali. Il primo vincolo è rappresentato dall'impossibilità di procedere a nuove assunzioni a causa del blocco del turn-over, un ulteriore vincolo è rappresentato dall'attuale organizzazione regionale e dai contratti collettivi nazionali della Dirigenza delle Regioni e delle autonomie locali che impediscono di fatto il reclutamento, in posizione di comando, del personale Dirigente medico e medico Veterinario esperto in materia. Rimane lo strumento meno incisivo, di cui ci intende avvalere, quale quello del distacco di personale esperto in materia proveniente dalle AA.SS.LL. o dall'Istituto Zooprofilattico, e l'affiancamento delle strutture regionali competenti con un gruppi di lavoro su materie specifiche che favoriscano anche l'integrazione disciplinare tra i Servizi Veterinari ed il Servizio Igiene degli alimenti della nutrizione.

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", e con DGR 500 del 28 ottobre 2011 "PRIC 2011-2014 sulla sicurezza alimentare – approvazione del piano di campionamento e monitoraggio degli alimenti di origine vegetale e delle bevande", 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 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.

In ogni caso 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 performance 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 partire dal 2011 e confermati anche in quella prevista per il 2013 ratificati con Decreto del Commissario ad acta n. U00237 del 12/06/2013.

Intervento 12.5: assegnazione di obiettivi ai Direttori Generali delle Aziende Sanitarie Locali, con ribaltamento a cascata su tutta la struttura operativa

Per quel che riguarda questo punto si fa presente che il recente Decreto del Commissario ad acta n. U00234 del 06/06/2013 non ha previsto obiettivi specifici per il 2013 per quel che riguarda la Sanità Veterinaria e la Sicurezza alimentare, privilegiando, in questa fase, quelli relativi al contenimento della spesa, all'equilibrio di bilancio ed alla qualità ed all'esito delle cure.

Comunque le strutture regionali competenti monitorano costantemente le Aziende Sanitarie Locali relativamente all'assicurazione dei Livelli essenziali di assistenza, nel settore di riferimento. Per rendere più efficace tale monitoraggio sarà predisposto, a partire dal 2014, un macro-obiettivo complesso "Assicurazione dei Livelli essenziali di Assistenza in Sanità Veterinaria e Sicurezza Alimentare" che tenga conto del contesto nazionale di valutazione che, però, sconta due criticità. La prima di carattere generale risiede nel fatto che gli indicatori sui quali vengono misurate le Regioni sono conosciuti dalle Regioni solo a fine periodo sottoposto valutazione, la seconda più specifica, riguarda l'indicatore contenuto nella griglia LEA 2012 ed anche in anni precedenti "CONTROLLO SANITARIO SU ALIMENTI IN FASE DI COMMERCIALIZZAZIONE E SOMMINISTRAZIONE: percentuale di campionamenti effettuati sul totale dei programmati, negli esercizi di commercializzazione e di ristorazione, articoli 5 e 6 del DPR 14/07/95", per il quale vengono posti obiettivi di controllo non raggiungibili e non in linea con i nuovi orientamenti sulla programmazione dei controlli ufficiali che dovrebbero tenere conto di una valutazione del rischio accurata sull'utilità ed opportunità del controllo ufficiale. Sul punto si prende atto della costituzione di un gruppo di lavoro Ministero-regioni per l'aggiornamento ed adeguamento degli indirizzi nazionali relativi all'attuazione del regolamento 882/2004 e Reg. 854/2004 nonché per la definizione di indicazioni per l'attuazione dei controlli previsti per la fase di commercializzazione e ristorazione.

Intervento 12.6: 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

L'obiettivo generale è di estendere l'adozione e l'attuazione di un sistema di audit sulle Autorità competenti nonché di completare la formazione di tutti gli attori del controllo ufficiale.

Ad oggi, per quel che riguarda la componente SIAN l'Area Sanità Pubblica e Sicurezza Alimentare non ha potuto avviare il previsto sistema delle verifiche Audit in quanto sprovvista di figure professionali adeguate. Pertanto, si rende necessario l'individuazione degli auditor presso i servizi delle Asl (dirigenti medici e tecnici della prevenzione), la loro successiva formazione nell'ambito dell'Audit di sistema e, quindi, l'avvio delle verifiche periodiche che coinvolgeranno diverse Asl con l'ovvia esclusione degli auditor dipendenti della Asl sottoposta a valutazione.

Per quel che riguarda la Sanità Pubblica Veterinaria il percorso individuato dal Reg. UE 882/2004, in tale contesto, iniziato a livello sperimentale nel 2006 con la DGR 689/2006 (Sicurezza alimentare. Progetto sperimentale 2006-2007 per la realizzazione di Linee Guida per la esecuzione di audit regionali sul servizio Veterinario delle aziende Sanitarie Locali) deve essere consolidato.

Nel 2007 è stato avviato un Piano di formazione specifico in questo campo che ha consentito di completare nel 2012 la formazione in materia di Audit per tutti dirigenti Veterinari delle Aziende Sanitarie Locali. Nel 2008 sulla base della sperimentazione appena accennata è stata formalizzata la procedura per l'esecuzione di audit regionali sul Servizio Veterinario delle Aziende Sanitarie Locali (Determinazione dirigenziale 1685/2008). Sulla base di tale procedura annualmente vengono programmati AUDIT da parte dell'Autorità competente regionale sulle Aziende Sanitarie Locali. Si citano titolo di esempio il programma 2011, 2012 e 2013, già conosciuti da parte del Ministero della Salute. Al fine di definire procedure univoche da parte dei Servizi Veterinari delle Aziende sanitarie locali che facilitino anche la valutazione in corso di audit regionale con DGR n. 2 del 13/01/2012 si è proceduto alla definizione del Nomenclatore dei procedimenti dei Servizi di

Sanità Pubblica Veterinaria". Le attività programmate nel 2013 riguardano l'Istituzione di un albo degli auditor regionali in materia di Sanità Pubblica Veterinaria (Decreto del Commissario ad Acta n. U00079 del 12/03/2013) ed il recepimento a livello regionale dell'accordo tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano sul documento recante: "*Linee guida per il funzionamento e il miglioramento dell'attività di controllo ufficiale da parte del Ministero della salute, delle Regioni e Province autonome e delle Asl in materia di sicurezza degli alimenti e sanità pubblica veterinaria*". Le linee guida sono state elaborate al fine del miglioramento e dell'uniformità delle attività di controllo ufficiale in materia di sicurezza degli alimenti e sanità pubblica veterinaria e derivano dal lavoro congiunto tra Regioni e Ministero della Salute. Nel 2013 saranno previsti anche eventi formativi inerenti tale documento che si svolgeranno nella seconda metà dell'anno. Nel biennio successivo l'obiettivo da raggiungere è la stesura di un documento ricognitivo unico relativo al manuale delle procedure dei servizi Veterinari delle Aziende Sanitarie Locali ed il completamento della formazione in tema di Audit anche nei confronti dei tecnici della Prevenzione.

CRONOPROGRAMMA PO 2013-2015 REGIONE LAZIO PROGRAMMA 12 SANITA' VETERINARIA E SICUREZZA ALIMENTARE

Area	Programma	Obiettivo/Intervento	Azione	Atto normativo/documento	Indicatore di risultato (quantitativo/qualitativo) con standard	Tempi di realizzazione
Area Livelli essenziali di assistenza	Sanità Veterinaria e sicurezza alimentare	12.1 Riqualificazione del nodo regionale	Istituzione del tavolo permanente di coordinamento multidisciplinare in materia di Sanità Veterinaria e sicurezza Alimentare tra le due componenti professionali della sicurezza degli alimenti, quella medica e medico-veterinaria, coordinato dal Direttore della Direzione salute ed integrazione socio-sanitaria . Tale tavolo verrà istituito nell'ambito del Gruppo di Lavoro permanente sulla Prevenzione .	Determinazione Dirigenziale (30/12/2013)	Adozione nel corso del 2014 di almeno 2 procedure condivise (Sian - Servizi Veterinari) per la imprese oggetto di riconoscimento comunitario ed adeguamento delle procedure per le imprese oggetto di registrazione	entro 12 mesi dall'approvazione dell'atto
			Costituzione, all'interno del Dipartimento di Prevenzione delle Aziende Sanitarie Locali, dell' Area di sanità pubblica veterinaria e sicurezza alimentare, integrando in tale contesto 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)	Linee guida sull'organizzazione del Dipartimento di Prevenzione (30 marzo 2014)	Costituzione dell'Area Dipartimentale di Sanità Pubblica Veterinaria e Sicurezza Alimentare in almeno 8 Asl su 12	entro 12 mesi dall'approvazione dell'atto
Area Livelli essenziali di assistenza	Sanità Veterinaria e sicurezza alimentare	12.2 Coerenza delle linee di attività programmate a livello regionale con quelle riportate nel Piano nazionale integrato 2012	Con Deliberazione n. 101 del 25 marzo 2011 è stato adottato 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" e DGR 500 del 28 ottobre 2011 "PRIC 2011-2014 sulla sicurezza alimentare – approvazione del piano di campionamento e monitoraggio degli alimenti di origine vegetale e delle bevande"; prevedendo la possibilità di integrarlo con successivi provvedimenti anche di natura dirigenziale. Si ritiene che quanto finora messo in atto dalla regione sia coerente con la Programmazione Nazionale in tema di Sanità Pubblica Veterinaria e Sicurezza degli Alimenti, come più ampiamente dimostrato nel rationale del punto 12.2 e del successivo 12.3			
Area Livelli essenziali di assistenza	Sanità Veterinaria e sicurezza alimentare	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".			

Area Livelli essenziali di assistenza	Sanità Veterinaria e sicurezza alimentare	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 extra-regionali.4	Per le analisi ufficiali dei campioni, le Asl si avvalgono sia dei laboratori dell'ARPA LAZIO che 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. In ogni caso 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 performance 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 partire dal 2011 e confermati anche in quella prevista per il 2013 ratificati, previo parere conforme della regione Toscana con Decreto del Commissario ad Acta n. U00237 del 12/06/2013 .			
Area Livelli essenziali di assistenza	Sanità Veterinaria e sicurezza alimentare	12.5 Assegnazione di obiettivi ai Direttori Generali delle Aziende Sanitarie Locali , con ribaltamento a cascata su tutta la struttura operativa	Predisposizione, a partire dal 2014, di un macro-obiettivo complesso "Assicurazione dei Livelli essenziali di Assistenza in Sanità Veterinaria e Sicurezza Alimentare" che tenga conto del contesto nazionale di valutazione LEA.	Documento di predisposizione del macro-obiettivo (31/12/2013)	Adozione dell'Obiettivo con provvedimento del Commissario ad Acta ed inserimento nelle procedure di valutazione dei Direttori Generali	4 mesi dalla predisposizione del documento
			Valutazione entro il primo quadrimestre 2015 dei Direttori Generali delle Aziende Sanitarie Locali anche in relazione a tale macro-obiettivo.	Documento di sintesi di valutazione dei Direttori Generali sul macro-Obiettivo "Assicurazione dei Livelli essenziali di Assistenza in Sanità Veterinaria e Sicurezza Alimentare". (30/04/2015)	Inserimento dell'Area "Assicurazione dei Livelli essenziali di Assistenza in Sanità Veterinaria e Sicurezza Alimentare", nella procedura di verifica dei Direttori Generali	3 mesi dalla redazione del documento di valutazione
Area Livelli essenziali di assistenza	Sanità Veterinaria e sicurezza alimentare	12.6 Adozione ed attuazione di un sistema di audit sulle Autorità competenti, nonché implementazione di un piano di formazione per le stesse , che investa tutti gli attori del controllo ufficiale.	Per i Servizi Igiene degli alimenti e della Nutrizione (SIAN) individuazione di 24 auditor presso i servizi delle Asl (dirigenti medici e tecnici della prevenzione)	Provvedimento di individuazione degli auditor (31/01/2014)	Individuazione di almeno 24 auditor	3 mesi dall'individuazione degli auditor
			Per la componente SIAN Formazione degli auditor individuati in materia di Audit di sistema ai sensi del REG. 882/2004	Provvedimento di approvazione del Corso di Formazione (31/07/2014)	Formazione di almeno 24 auditor	3 mesi dal provvedimento di approvazione del Corso di Formazione
			Per la componente SIAN avvio delle verifiche periodiche che coinvolgeranno diverse Asl con l'esclusione degli auditor dipendenti della Asl sottoposta a valutazione	Provvedimento di approvazione del Programma Audit (31/12/2014)	Effettuazione di almeno 2 audit regionali sui Servizi Igiene degli alimenti e della nutrizione	6 mesi dall'approvazione del Programma Audit

		<p>Recepimento a livello regionale dell'accordo tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano sul documento recante: "Linee guida per il funzionamento e il miglioramento dell'attività di controllo ufficiale da parte del Ministero della salute, delle Regioni e Province autonome e delle Asl in materia di sicurezza degli alimenti e sanità pubblica veterinaria".</p>	<p>Decreto del Commissario ad Acta di recepimento dell'accordo (30/03/2014)</p>	<p>Recepimento delle Linee Guida in almeno 6 aziende Sanitarie Locali</p>	<p>18 mesi dal recepimento delle linee guida</p>
		<p>Evento formativo sulle " Linee guida per il funzionamento e il miglioramento dell'attività di controllo ufficiale da parte del Ministero della salute, delle Regioni e Province autonome e delle Asl in materia di sicurezza degli alimenti e sanità pubblica veterinaria".</p>	<p>Programma del Corso (31/12/2013)</p>	<p>Effettuazione del corso di formazione per almeno 50 addetti al Controllo Ufficiale</p>	<p>3 mesi dalla redazione del programma del corso</p>
		<p>Stesura di un documento ricognitivo unico relativo al manuale delle procedure dei servizi Veterinari delle Aziende Sanitarie Locali</p>	<p>Manuale delle procedure dei Servizi Veterinari delle Aziende Sanitarie Locali (31/12/2014)</p>	<p>Adozione del manuale delle procedure in almeno 6 Aziende Sanitarie Locali</p>	<p>12 mesi dalla redazione del manuale delle procedure</p>

Programma 13: Riequilibrio Ospedale-Territorio

Azione 13.1.1: Ridefinizione della rete ospedaliera acuti, con individuazione analitica del numero dei posti letto suddivisi per disciplina, DH e ordinari (nel rispetto delle indicazioni degli standard nazionali e dell'emanando regolamento)

Quadro normativo di riferimento

Il Programma Operativo tiene conto della seguente normativa nazionale:

- DPR 27 marzo 1992 “Atto di indirizzo e coordinamento alle regioni per la determinazione dei livelli di assistenza sanitaria di emergenza”;
- D.M. n. 121 del 15 Maggio 1992 “Criteri e requisiti per la codificazione degli interventi di emergenza”;
- Legge 135/2012 “Conversione in legge, con modificazioni, del decreto-legge 6 luglio 2012, n. 95, recante disposizioni urgenti per la revisione della spesa pubblica con invarianza dei servizi ai cittadini. (12G0157)” Gli obiettivi fissati dalla Legge 135/2010 (spending review):
 - o tasso di ospedalizzazione 160 per 1.000 di cui il 25% di ricoveri in DH (40 per 1.000);
 - o numero di posti letto per 1,000 residenti pari a 3,7 (di cui 0,7 per la riabilitazione e lungodegenza);
 - o riduzione dell’offerta di posti letto da realizzarsi almeno per il 50% nelle strutture di ricovero pubbliche attraverso accorpamento di UOC.
- Ministero della salute, Bozza Decreto - Regolamento recante: “Definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera, in attuazione dell’articolo 1, comma 169, della Legge 30 dicembre 2004, n. 311” e dell’articolo 15, comma 13, lettera c), del Decreto-legge 6 luglio 2012, n. 95 convertito, con modificazioni dalla legge 7 agosto 2012, n. 135;

L’assetto dell’offerta ospedaliera a livello regionale è regolamentato dai seguenti atti normativi:

- Decreto del Presidente in qualità di Commissario ad Acta u 00056 del 12 luglio 2010 Rete dell’Assistenza Perinatale.
- Decreto Presidente in qualità di Commissario ad acta n. U0057 del 12 luglio 2010 - Rete Assistenziale della Malattie Emorragiche Congenite
- Decreto Presidente in qualità di Commissario ad acta n. U0058 del 12 luglio 2010 - Rete Assistenziale della Malattie Infettive
- Decreto Presidente in qualità di Commissario ad acta n. U0059 del 13 luglio 2010 - Rete Oncologica
- Decreto Presidente in qualità di Commissario ad acta n. U0073 del 29 settembre 2010 - Rete Emergenza
- Decreto del Presidente in qualità di Commissario ad acta n. U0074 del 29 settembre 2010 - Rete dell’Assistenza Cardiologica e Cardiochirurgica
- Decreto del Presidente in qualità di Commissario ad acta n. U0075 del 29 settembre 2010 - Rete Assistenziale Ictus Cerebrale Acuto

- Decreto del Presidente in qualità di Commissario ad acta n. U0076 del 29 settembre 2010 - Rete Assistenziale Trauma Grave e Neuro-trauma
- Decreto del Presidente in qualità di Commissario ad acta n. U0077 del 29 settembre 2010 - Rete Assistenziale della Chirurgia Plastica
- Decreto del Presidente in qualità di Commissario ad acta n. U0078 del 29 settembre 2010 - Rete Assistenziale della Chirurgia Maxillo Facciale
- Decreto del Presidente in qualità di Commissario ad acta n. U0079 del 29 settembre 2010 - Rete Assistenziale della Chirurgia della Mano
- Decreto del Presidente in qualità di Commissario ad acta U0080 del 30 settembre 2010 - Riorganizzazione della Rete Ospedaliera Regionale
- Decreto del Presidente in qualità di Commissario ad Acta U0081 del 30 settembre 2010 – Modifica Allegato “E” del DCA n. 80/2010
- Decreto del Presidente in qualità di Commissario ad acta U0084 del 30 settembre 2010 - La Rete Assistenziale di Cure Palliative della Regione Lazio
- Decreto del Presidente in qualità di Commissario ad acta U0083 del 30 settembre 2010 - Rete integrata ospedale territorio per il trattamento del dolore cronico non oncologico.
- DPCA 90/2010 e DCA 8/2011 per i Requisiti minimi autorizzativi per l’esercizio delle attività sanitarie e socio-sanitarie.

Il Coordinamento della Rete Ospedaliera è affidato al Dirigente dell’Area Programmazione della Rete Ospedaliera (pubblica - privata - policlinici universitari) e ricerca

L’offerta ospedaliera per acuti

La dotazione di posti letto pubblici, classificati e privati accreditati SSR (flusso NSIS 2013 aggiornato al 30/6/2013) è pari a 17.427 posti letto (PL) in acuzie (3.903 in post acuzie). Aggiungendo alla dotazione di posti letto per acuti quelli dell’Ospedale Pediatrico Bambino Gesù utilizzati per l’assistenza dei residenti nel Lazio (455 su 791 PL per acuti complessivi, calcolati sulla base dell’attività di ricovero del 2012) si giunge ad una dotazione complessiva di 17.882 posti letto per acuti (vedi tabella 1).

L’offerta di posti letto per acuti per 1.000 abitanti, facendo riferimento alla popolazione residente (popolazione “pesata” del FSN 2011 al netto della mobilità pari a 5.711.216 abitanti), è pari a 3,13 per 1.000, di poco superiore allo standard. L’offerta di posti letto di post-acuzie risulta invece entro i limiti previsti dello 0,7 per 1.000.

Rispetto allo standard, si osserva un ecceso di posti letto per acuti pari a 748, collocato esclusivamente nelle ASL della città di Roma, mentre nelle rimanenti ASL l’offerta è al di sotto dello standard massimo previsto.

Complessivamente l’offerta di PL per acuti collocati in istituti pubblici è pari al 61,1%.

Tabella 1. Popolazione del riparto, posti letto per acuti e rapporto del totale dei posti letto per 1.000 residenti per ASL.
Fonte dati NSIS 2013 (dati aggiornati al giugno 2013) e popolazione del riparto del FSN 2011.

ASL	Pop Riparto	PL ordinari	PL DH	Totale PL	Rapporto PL/POP
ROMA (A-E)	2.784.890	10.698	1.642	12.340	4,43
RMF	317.496	201	33	234	0,74
RMG	494.704	490	108	598	1,21
RMH	551.574	1.204	182	1.386	2,51
VT	324.680	553	79	632	1,95
RI	160.857	324	42	366	2,28
LT	565.810	1.211	153	1.364	2,41
FR	511.206	876	86	962	1,88
TOTALE	5.711.216	15.557	2.325	17.882	3,13

Nota: in tabella sono considerati i 455 posti letto per acuti dell'OPBG, calcolati sui residenti del Lazio

In tabella 2 è riportata l'offerta ospedaliera per acuti distinta per Area assistenziale e specialità riferita a 17.427 posti letto (in tabella non sono inclusi i 455 posti letto dell'ospedale pediatrico Bambino Gesù).

Sul totale dei posti letto, le quattro Aree (Medicina, Chirurgia, Area critica e Materno-Infantile) pesano rispettivamente il 39%, 40%, 7% e 10%. Per quanto riguarda i PL della disciplina 37 (ostetricia e ginecologia), sono stati conteggiati separatamente quelli di ostetricia e quelli di ginecologia; il riproporzionamento è stato effettuato in base alla percentuale di giornate prodotte rispettivamente per la MDC 14 (Gravidanza, parto e puerperio) e la MDC 13 ("Malattie e disturbi dell'apparato riproduttivo femminile").

Non sono stati aggregati nell'area medica, per la loro specificità, i posti letto di psichiatria (posti letto SPDC e psichiatrici), malattie infettive e detenuti, che sono pari a, rispettivamente, 408, 401 e 36. I posti letto di DH rappresentano complessivamente il 13%, di cui il 50% sono riferiti all'area di medicina ed il 40% all'area di chirurgia.

Sul totale delle specialità, quelle più numerose sono rappresentate dalla medicina generale (n=3115), chirurgia generale (n=2393) e ortopedia (n=1806). In allegato 1 e 2 è riportata l'offerta per area e specialità, separatamente per comparto pubblico e privato.

Tabella 2. Posti letto per acuti per Area e specialità. Fonte dati NSIS 2013 (dati aggiornati al 30 giugno 2013)

Area	codice	Disciplina	PL ordinari	PL DH	Totale
Medicina	26	MEDICINA GENERALE	2.872	243	3.115
	1	ALLERGOLOGIA		7	7
	2	DAY HOSPITAL		90	90
	5	ANGIOLOGIA	20	27	47
	8	CARDIOLOGIA	729	35	764
	18	EMATOLOGIA	184	93	277
	19	MALATTIE ENDOCRINE DEL RICAMBIO E NUTRIZ	67	37	104
	20	IMMUNOLOGIA	16	11	27
	21	GERIATRIA	221	30	251
	29	NEFROLOGIA	171	28	199
	32	NEUROLOGIA	278	35	313
	52	DERMATOLOGIA	217	46	263
	58	GASTROENTEROLOGIA	163	25	188
	61	MEDICINA NUCLEARE	11		11
	64	ONCOLOGIA	383	333	716
	66	ONCOEMATOLOGIA	52	9	61
	68	PNEUMOLOGIA	247	33	280
	70	RADIOTERAPIA		2	2
	71	REUMATOLOGIA	46	9	55
	99	CURE PALLIATIVE		3	3
	Totale Medicina		5.677	1.096	6.773
Chirurgia	9	CHIRURGIA GENERALE	2.207	186	2.393
	10	CHIRURGIA MAXILLO FACCIALE	63	6	69
	12	CHIRURGIA PLASTICA	105	23	128
	13	CHIRURGIA TORACICA	112	0	112
	14	CHIRURGIA VASCOLARE	230	13	243
	34	OCULISTICA	114	89	203
	35	ODONTOIATRIA E STOMATOLOGIA	12	13	25
	36	ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA	1.644	162	1.806
	37G	GINECOLOGIA	312	102	414
	38	OTORINOLARINGOIATRIA	304	62	366
	43	UROLOGIA	490	53	543
	48	NEFROLOGIA (ABILITATO AL TRAPIANTO RENE)	43	1	44
	98	DAY SURGERY		173	173
	7	CARDIOCHIRURGIA	158		158
	30	NEUROCHIRURGIA	242	1	243
		Totale Chirurgia	6.036	884	6.920
	Area Critica	47	GRANDI USTIONATI	14	
49		TERAPIA INTENSIVA	501		501
50		UNITA' CORONARICA	240		240
51		ASTANTERIA/BREVE OSS./MEDICINA D'URGENZA	342		342
73		TERAPIA INTENSIVA NEONATALE	89		89
UTN		UTN			0
	Totale Area Critica	1.186	-	1.186	
Materno Infantile	11	CHIRURGIA PEDIATRICA	36	6	42
	33	NEUROPSICHIATRIA INFANTILE	32	37	69
	37O	OSTETRICIA	968	34	1.002
	39	PEDIATRIA	277	48	325
	62	NEONATOLOGIA	233		233
	65	ONCOEMATOLOGIA PEDIATRICA	11	5	16
	76	NEUROCHIRURGIA PEDIATRICA	14		14
	77	NEFROLOGIA PEDIATRICA	2		2
	Totale Materno Infantile	1.573	130	1.703	
	97	DETENUTI	35	1	36
	40	PSICHIATRIA	366	42	408
	24	MALATTIE INFETTIVE E TROPICALI	352	49	401
TOTALE			15.225	2.202	17.427

Nota: in tabella non sono considerati i 455 posti letto per acuti dell'OPBG, calcolati sui residenti del Lazio

Nel 2012, il numero di ricoveri di residenti, effettuati in strutture dentro e fuori Regione, è stato pari a 976.700 (di cui oltre il 30% in regime diurno), corrispondenti a un tasso di ospedalizzazione di 171,1 per 1.000, valore questo superiore allo standard di 160 per 1.000.

La tabella 3 mostra un tasso di ospedalizzazione per acuti in DH superiore ai parametri previsti dalla Spending Review (complessivamente 120 per 1.000 in regime ordinario e 40 per 1.000 in DH), corrispondenti a circa 63.000 ricoveri in DH in eccesso; tra i ricoveri in DH si registra in particolare una quota elevata di DH medici (65%). Va sottolineato che il trend temporale del tasso di ospedalizzazione mostra una riduzione in tutti i setting analizzati, in particolare in acuzie.

Tabella 3. Tasso di ospedalizzazione nel Lazio. Anni 2008-2012

Tipologia Assistenziale	2008	2009	2010	2011	2012
Acuti Ordinari	117,9	114,5	109,2	101,3	100,7
Acuti DH	61,4	58,9	56	51,4	50,8
Riabilitazione e Lungodegenza	9,8	8,5	8,5	7,2	7,4
Mobilità Passiva	12,9	12,5	12,1	12,1	12,1*
Totale	201,9	194,4	185,7	172	171,1

* Per il 2012 manca il dato di mobilità passiva; la stima è stata pertanto effettuata considerando i dati di mobilità 2011.

Interventi prioritari

- Riconfigurazione dell'offerta ospedaliera per acuti partendo dalla rete dell'emergenza articolata in Presidi Ospedalieri sede di DEA II, cui afferiscono DEA I e PS (con i relativi bacini territoriali). In questo ambito, vanno programmati la realizzazione di un DEA di II livello nell'area sud della regione e il potenziamento del DEA di I livello a Viterbo (vedi PO 2013-2015 rete dell'emergenza).
- Creazione di un collegamento sistematico fra Sistema dell'emergenza territoriale (ARES 118) e ospedaliera (DEA II, DEA I e PS) finalizzato alla promozione dell'appropriatezza dei trasporti primari e secondari (questi ultimi vanno posti sotto la gestione dell'ARES 118) (vedi PO 2013-2015 rete dell'emergenza).
- Garanzia di un'offerta territoriale omogenea nel Sistema dell'emergenza territoriale in termini di collocazione delle postazioni e tipologia dei mezzi di soccorso (ad es. aumento delle auto mediche) (vedi PO 2013-2015 rete dell'emergenza).
- Ridefinizione dei bacini di riferimento del sistema dell'emergenza ospedaliera per garantire tempi di accesso adeguati per le patologie "tempo-dipendenti" a più alta complessità e impatto (Ictus, Sindrome Coronarica Acuta, Politrauma grave, parti e neonati ad alto rischio) (vedi PO 2013-2015 rete dell'emergenza).
- Realizzazione di un sistema di teleconsulto sia per i mezzi di soccorso del 118 (ad es. centralizzazione della lettura dei tracciati ECG) che per il collegamento funzionale tra centri Hub e Spoke (ad esempio per la trasmissioni di immagini) (vedi PO 2013-2015 rete dell'emergenza).
- Qualificazione dell'offerta di alta complessità, particolarmente quella delle specialità maggiormente legate all'emergenza (rete trauma, rete ictus, rete cardiologica e perinatale), attraverso interventi di concentrazione dei punti di offerta in DEA II e DEA I, salvaguardia dei posti letto dedicati all'attività delle reti e riorganizzazione dei punti nascita

secondo quanto previsto dal DCA 56/2010 e successive modifiche (vedi PO 2013-2015 reti tempo-dipendenti).

- Riduzione dell'offerta ospedaliera per acuti, con particolare riferimento all'area metropolitana di Roma dove il numero di PL per abitante è al di sopra dello standard di 3 per 1.000, tenendo conto del reale utilizzo dei posti letto ("PL equivalenti" calcolati utilizzando un indice di occupazione che per l'ordinario varia dal 75% al 90% a seconda della quota di ricoveri effettuati in urgenza, e per il DH è fissato al 90%). La riduzione dei posti letto di DH medico è stata effettuata utilizzando "in toto" il metodo dei PL equivalenti, mentre per i restanti PL è stato applicato un fattore di correzione per contenere la riduzione e comunque consentire il raggiungimento dello standard dei PL fissato dalla L. 135/2012.
- Salvaguardia delle specialità connesse con l'emergenza (medicina d'urgenza/breve osservazione, terapia intensiva, terapia intensiva neonatale, stroke unit, UTIC);
- Salvaguardia dei PL per l'emergenza psichiatria adeguandosi ad un modulo di 16 posti letto per SPDC.
- Salvaguardia della dotazione di PL per acuti nelle ASL al di fuori dell'area metropolitana di Roma in considerazione della carenze di offerta in quelle aree.
- Riconversione in presidi territoriali di due ospedali con posti letto per acuti collocati nella città di Roma (Eastman e Nuovo regina Margherita).
- Rimodulazione dell'offerta relativa alle specialità che nell'anno 2012 non hanno documentato attività di ricovero in strutture ubicate nell'area metropolitana di Roma e, limitatamente alle strutture private accreditate, nelle aree della Provincia.
- Conferma della dotazione di PL per acuti per le case di cura accreditate secondo quanto disposto dai DCA 94/2011, DCA 85/2011, DCA 62/2011 e DCA 41/2011.
- Qualificazione dell'appropriatezza organizzativa nei reparti di chirurgia attraverso moduli funzionanti 5 giorni a settimana (week hospital) al fine di ottimizzare le risorse di personale.
- Tendenziale superamento delle UUOO di ricovero di specialità mediante un'organizzazione per Area assistenziale ad intensità di cura per acuti (medicina, chirurgia, area critica, materno infantile) e la creazione di moduli polispecialistici di DH medico e chirurgico (con l'eccezione dei DH relativi alle discipline di Pediatria e Psichiatria).
- Riduzione del numero di UOC ospedaliere nel rispetto dei parametri della Legge Spending Review.
- Rimodulazione della dotazione attuale dei PL di Cardiologia e UTIC nel rispetto di un rapporto almeno 3 a 1 come previsto dal DCA sulla Rete cardiologica e dal PO 2013-2015 sulle reti tempo-dipendenti.
- Qualificazione dell'offerta territoriale come logica compensazione alla riduzione dei PL.

Rimodulazione dell'offerta posti letto per acuti

La rimodulazione proposta riporta il numero di posti letto per 1.000 abitanti entro i parametri previsti dalla spending review, con un intervento che si è principalmente concentrato nella città di Roma dove la riduzione in termini assoluti di posti letto è pari a 750. Complessivamente, la riduzione dei posti letto è pari a 892, di cui 628 in regime ordinario e 264 in DH. Rispetto al comparto pubblico/privato, la riduzione è di 76 PL negli istituti pubblici e di 816 in quelli privati accreditati.

Tabella 4. Rimodulazione offerta ospedaliera posti letto per acuti per ASL

ASL	Pop Riparto	PL ordinari	PL DH	Totale PL	Rapporto PL/POP
ROMA (A-E)	2.784.890	10.223	1.367	11.590	4,16
RMF	317.496	235	27	262	0,83
RMG	494.704	527	98	625	1,26
RMH	551.574	1.083	190	1.273	2,31
VT	324.680	553	88	641	1,97
RI	160.857	342	43	385	2,39
LT	565.810	1.055	160	1.215	2,15
FR	511.206	911	88	999	1,95
TOTALE	5.711.216	14.929	2.061	16.990	2,97

Nota: in tabella sono considerati i 455 posti letto per acuti dell'OPBG, calcolati sui residenti del Lazio

Tabella 5. Rimodulazione offerta ospedaliera posti letto per acuti per Area assistenziale e specialità

AREA	Codice	Disciplina	PL ordinari	PL DH	Totale
Medicina	5	ANGIOLOGIA	20		20
	8	CARDIOLOGIA	687		687
	2	DAY HOSPITAL MULTISPECIALISTICO	0	1.016	1.016
	52	DERMATOLOGIA	72		72
	18	EMATOLOGIA	172		172
	58	GASTROENTEROLOGIA	166		166
	21	GERIATRIA	228		228
	20	IMMUNOLOGIA	16		16
	19	MALATTIE ENDOCRINE DEL RICAMBIO E NUTRIZ	67		67
	26	MEDICINA GENERALE	3.001		3.001
	61	MEDICINA NUCLEARE	2		2
	29	NEFROLOGIA	165		165
	32	NEUROLOGIA	261		261
	66	ONCOEMATOLOGIA	51		51
	64	ONCOLOGIA	345		345
	68	PNEUMOLOGIA	247		247
71	REUMATOLOGIA	46		46	
Totale Medicina			5.546	1.016	6.562
Chirurgia	7	CARDIOCHIRURGIA	142		142
	9	CHIRURGIA GENERALE	2.117		2.117
	10	CHIRURGIA MAXILLO FACCIALE	64		64
	12	CHIRURGIA PLASTICA	86		86
	13	CHIRURGIA TORACICA	115		115
	14	CHIRURGIA VASCOLARE	196		196
	98	DAY SURGERY MULTISPECIALISTICO	0	836	836
	37G	GINECOLOGIA	270		270
	48	NEFROLOGIA (ABILITATO AL TRAPIANTO RENE)	43		43
	30	NEUROCHIRURGIA	244		244
	34	OCULISTICA	73		73
	35	ODONTOIATRIA E STOMATOLOGIA	10		10
	36	ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA	1.478		1.478
	38	OTORINOLARINGOIATRIA	264		264
	43	UROLOGIA	455		455
Totale Chirurgia			5.557	836	6.393
Area critica	51	ASTANTERIA/BREVE OSS./MEDICINA D'URGENZA	355		355
	47	GRANDI USTIONATI	14		14
	49	TERAPIA INTENSIVA	522		522
	73	TERAPIA INTENSIVA NEONATALE	109		109
	50	UNITA` CORONARICA	199		199
	UTN	UTN	96		96
	Totale Area Critica			1.295	
Materno Infantile	11	CHIRURGIA PEDIATRICA	30		30
	77	NEFROLOGIA PEDIATRICA	0		0
	62	NEONATOLOGIA	214		214
	76	NEUROCHIRURGIA PEDIATRICA	14		14
	33	NEUROPSICHIATRIA INFANTILE	31		31
	65	ONCOEMATOLOGIA PEDIATRICA	12		12
	37O	OSTETRICIA	893		893
	39	PEDIATRIA	254	44	298
Totale Materno Infantile			1.448	44	1.492
	97	DETENUTI	35		35
	40	PSICHIATRIA	383	42	425
	24	MALATTIE INFETTIVE E TROPICALI	333		333
TOTALE			14.597	1.938	16.535

Nota: in tabella non sono considerati i 455 posti letto per acuti dell'OPBG, calcolati sui residenti del Lazio

I PL di DH e DS dell'Area materno-infantile sono stati sommati, ad eccezione di quelli di pediatria, rispettivamente a quelli di DH medico e DS multispecialistico. I PL di DH dell'Area Malattie-Infettive sono stati sommati a quelli di DH medico multispecialistico.

La riduzione dei posti letto avviene prevalentemente nell'area chirurgica (-527) e in quella medica (-211) oltre che in quella materno infantile (-211), mentre l'area critica vede un incremento di 109 posti letto, in gran parte dovuti alla attivazione delle UTN. La dotazione del DH è ridotta di 264 posti letto, prevalentemente a carico del DH medico. Si fa presente che i PL di DH dell'area materno-infantile sono stati attribuiti rispettivamente al DH multispecialistico medico ed alla Day Surgery multispecialistica, ad eccezione di quelli di pediatria.

CRONOPROGRAMMA PO 2013-2015

CRONOPROGRAMMA PO 2013-2015 REGIONE LAZIO						
Area	Programma	Obiettivo/Intervento	Azione	Atto normativo/ Documento	Indicatore di risultato	Tempi di realizzazione dell'azione
4: Area "Livelli Essenziali di Assistenza"	14: Riequilibrio ospedale-territorio	14.1 Rete ospedaliera e riconversioni	1. Convocazione DDGG delle Aziende sanitarie per la presentazione del nuovo assetto dell'offerta ospedaliera preliminare alla emanazione del Decreto commissariale	Documento di sintesi dei verbali degli incontri (entro 28/02/2014)	Stesura documento	Contestuale alla stesura del documento
			2. Documento tecnico di riorganizzazione dell'intera rete ospedaliera pubblica e privata	Decreto commissariale di approvazione del documento tecnico (entro 15/03/2014)	Adeguamento dell'offerta alla rimodulazione prevista nel decreto	Entro 6 mesi dall'approvazione dell'atto
			3. Adozione degli atti aziendali sull'offerta ospedaliera nel rispetto di quanto previsto dal decreto sulla rete ospedaliera e del numero di UUOCC	Atti Aziendali (entro il termine previsto dal decreto commissariale di presentazione degli atti aziendali)	Approvazione degli atti aziendali da parte della Regione	Contestuale all'approvazione degli atti aziendali
			4. Emanazione di linee di indirizzo per il trasferimento: (1) in regime di degenza diurna di prestazioni attualmente effettuate in regime ordinario ; e (2) in regime ambulatoriale di prestazioni attualmente effettuate in regime diurno	Decreto contenente documento tecnico nel quale sono contenute le prestazioni erogabili in regime ordinario diurno ed ambulatoriale (entro 30/06/2014)	Riduzione di almeno il 50% dei ricoveri in DH medico e chirurgico verso regime ambulatoriale	entro 6 mesi dall'approvazione dell'atto
			5. Qualificazione dell'offerta chirurgica in elezione attraverso la realizzazione di moduli week hospital	Decreto Commissario ad Acta nel quale sono individuati gli Istituti oggetto dell'azione (entro 30/06/2014)	Realizzazione di moduli di week hospital nel totale degli istituti individuati dal decreto	entro 6 mesi dall'approvazione dell'atto

			6. Qualificazione dell'organizzazione ospedaliera per area assistenziale ad intensità di cura	Decreto Commissario ad Acta nel quale sono individuati gli Istituti oggetto dell'azione (entro 30/06/2014)	Realizzazione di aree funzionali omogenee nel totale degli istituti individuati dal decreto	entro 6 mesi dall'approvazione dell'atto
			7. Riconversioni degli ospedali Eastman e Nuovo Regina Margherita di Roma in Presidi Territoriali.	Decreto Commissario ad Acta di riorganizzazione dell'intera rete ospedaliera pubblica e privata (entro 15/03/2014)	Realizzazione dei Presidi Territoriali	entro 8 mesi dall'approvazione dell'atto
			9. Monitoraggio semestrale del livello di implementazione della rete ospedaliera attraverso indicatori di processo ed esito (ad esempio progetto PRE.VA.LE)	Produzione di documenti tecnici a cadenza semestrale	1 documento tecnico per semestre	Contestuale alla produzione del documento

Indicatori per il monitoraggio

Indicatore	Fonti	Standard (parametri di riferimento ottimali cui tendere)
Tasso di ospedalizzazione standardizzato per regime di assistenza	LEA 2012. F.2.1.	160 per 1.000 di cui 120 per i ricoveri ordinari
Numero di posti letto in acuzie per 1.000 abitanti	LEA 2012. F.1.2.	Non superiore al 3.0 per 1.000
Tasso di ospedalizzazione standardizzato per classe di età per 1000 ab. complessivo, ordinario e diurno per ciascuno dei 108 DRG ad alto rischio di inappropriatazza	LEA 2012. G.1.	Media nazionale delle regioni non in piano di rientro
Degenza media, mediana per DRG ed Istituto		Media nazionale delle regioni non in piano di rientro
Monitoraggio PDT complessi.	LEA 2012. H.5.	Quota di interventi entro i tempi previsti dalla classe di priorità del 90%
Implementazione di linee guida cliniche attraverso percorsi diagnostico-terapeutici sia in ambito ospedaliero	LEA 2012. X.1.1	
Proporzione di infarti miocardici acuti (ima) trattati con angioplastica coronarica percutanea transluminale (PTCA) entro 2 giorni	Piano Nazionale Esiti/PReValE	In aumento (a livello nazionale la proporzione di Ima trattati con PTCA entro 2 giorni è pari a 30.7%, mentre a livello regionale è pari a 41.1%).
Proporzione di IMA-STEMI trattati con angioplastica coronarica percutanea transluminale (PTCA) entro 90 minuti	PReValE	In aumento (A livello regionale la proporzione di STEMI trattati con PTCA entro 90 minuti è pari a 27.5%).
Riammissioni ospedaliere a 30 giorni dal trattamento per ictus	Piano Nazionale Esiti/PReValE	In diminuzione (a livello nazionale la riammissione media è pari a 0.55%, mentre a livello regionale è pari al 7.5%).
Riammissioni ospedaliere a 30 giorni da trattamento per BPCO riacutizzata	Piano Nazionale Esiti/PReValE	In diminuzione (a livello nazionale la proporzione di riammissioni a 30 giorni dopo ricovero per BPCO è pari a 14.1%, mentre a livello regionale è pari a 10.8%).
Ospedalizzazione per broncopneumopatia cronica in pazienti con BPCO.	PReValE	In diminuzione (a livello regionale il tasso di ospedalizzazione medio è pari a 14.9‰).
Proporzione di colecistectomie laparoscopiche con degenza post-operatoria entro 3 giorni	Piano Nazionale Esiti/PReValE	In aumento (a livello nazionale la proporzione di colecistectomie laparoscopiche pari a 57.7%, mentre a livello regionale è pari a 56.7%).
Proporzione di Parti con taglio cesareo primario	Piano Nazionale Esiti/PReValE	In diminuzione (a livello nazionale la proporzione di cesarei primari pari a 28.3%, mentre a livello regionale è pari a 31.3%).
Intervento chirurgico entro 48 ore dopo frattura del collo del femore	PReValE	In aumento (a livello regionale la proporzione media di interventi entro 48 ore è pari a 25.8%).
Ospedalizzazione per complicanze a breve e lungo termine del diabete nei pazienti assistiti diabetici	PReValE	In diminuzione (a livello regionale il tasso di ospedalizzazione medio è pari a 81.8‰).

Nota: Le definizioni degli indicatori sono esplicitate nelle fonti citate

ALLEGATI

Allegato 1- Posti letto per acuti per Area assistenziale e specialità. ISTITUTI PUBBLICI

Fonte dati NSIS 2013 (dati aggiornati al giugno 2013)

Area	codice	Disciplina	PL ordinari	PL DH	Totale
Medicina	5	ANGIOLOGIA	10		10
	8	CARDIOLOGIA	483		483
	2	DAY HOSPITAL	0	874	874
	52	DERMATOLOGIA	18		18
	18	EMATOLOGIA	145		145
	58	GASTROENTEROLOGIA	119		119
	21	GERIATRIA	113		113
	20	IMMUNOLOGIA	16		16
	19	MALATTIE ENDOCRINE DEL RICAMBIO E NUTRIZ	14		14
	26	MEDICINA GENERALE	1.700		1.700
	61	MEDICINA NUCLEARE	11		11
	29	NEFROLOGIA	124		124
	32	NEUROLOGIA	187		187
	66	ONCOEMATOLOGIA	52		52
	64	ONCOLOGIA	175		175
	68	PNEUMOLOGIA	180		180
71	REUMATOLOGIA	22		22	
	Totale Medicina		3.369	874	4.243
Chirurgia	7	CARDIOCHIRURGIA	105		105
	9	CHIRURGIA GENERALE	1.307		1.307
	10	CHIRURGIA MAXILLO FACCIALE	56		56
	12	CHIRURGIA PLASTICA	73		73
	13	CHIRURGIA TORACICA	91		91
	14	CHIRURGIA VASCOLARE	159		159
	98	DAY SURGERY	0	565	565
	37G	GINECOLOGIA	164		164
	48	NEFROLOGIA (ABILITATO AL TRAPIANTO RENE)	17		17
	30	NEUROCHIRURGIA	180		180
	34	OCULISTICA	55		55
	35	ODONTOIATRIA E STOMATOLOGIA	9		9
	36	ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA	859		859
	38	OTORINOLARINGOIATRIA	193		193
	43	UROLOGIA	288		288
		Totale Chirurgia		3.556	565
Area Critica	51	ASTANTERIA/BREVE OSS./MEDICINA D'URGENZA	274		274
	47	GRANDI USTIONATI	14		14
	49	TERAPIA INTENSIVA	357		357
	73	TERAPIA INTENSIVA NEONATALE	33		33
	50	UNITA' CORONARICA	156		156
	UTN	UTN			0
	Totale Area Critica		834	-	834
Materno Infantile	11	CHIRURGIA PEDIATRICA	26		26
	77	NEFROLOGIA PEDIATRICA	2		2
	62	NEONATOLOGIA	174		174
	33	NEUROPSICHIATRIA INFANTILE	14		14
	65	ONCOEMATOLOGIA PEDIATRICA	11		11
	370	OSTETRICIA	567		567
	39	PEDIATRIA	225	39	264
		Totale Materno Infantile		1.019	39
	97	DETENUTI	35		35
	40	PSICHIATRIA	294	37	331
	24	MALATTIE INFETTIVE E TROPICALI	312		312
	TOTALE		9.419	1.515	10.934

Allegato 2- Posti letto per acuti per Area assistenziale e specialità. ISTITUTI PRIVATI
 Fonte dati NSIS 2013 (dati aggiornati al giugno 2013)

Area	codice	Disciplina	PL ordinari	PL DH	Totale
Medicina	5	ANGIOLOGIA	10		10
	8	CARDIOLOGIA	246		246
	2	DAY HOSPITAL MULTISPECIALISTICO	0	354	354
	52	DERMATOLOGIA	199		199
	18	EMATOLOGIA	39		39
	58	GASTROENTEROLOGIA	44		44
	21	GERIATRIA	108		108
	19	MALATTIE ENDOCRINE DEL RICAMBIO E NUTRIZ	53		53
	26	MEDICINA GENERALE	1.172		1.172
	29	NEFROLOGIA	47		47
	32	NEUROLOGIA	91		91
	64	ONCOLOGIA	208		208
	68	PNEUMOLOGIA	67		67
	71	REUMATOLOGIA	24		24
Totale Medicina			2.308	354	2.662
Chirurgia	7	CARDIOCHIRURGIA	53		53
	9	CHIRURGIA GENERALE	900		900
	10	CHIRURGIA MAXILLO FACCIALE	7		7
	12	CHIRURGIA PLASTICA	32		32
	13	CHIRURGIA TORACICA	21		21
	14	CHIRURGIA VASCOLARE	71		71
	98	DAY SURGERY MULTISPECIALISTICO	0	320	320
	37G	GINECOLOGIA	148		148
	48	NEFROLOGIA (ABILITATO AL TRAPIANTO RENE)	26		26
	30	NEUROCHIRURGIA	62		62
	34	OCULISTICA	59		59
	35	ODONTOIATRIA E STOMATOLOGIA	3		3
	36	ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA	785		785
	38	OTORINOLARINGOIATRIA	111		111
43	UROLOGIA	202		202	
Totale Chirurgia			2.480	320	2.800
Area Critica	51	ASTANTERIA/BREVE OSS./MEDICINA D'URGENZA	68		68
	49	TERAPIA INTENSIVA	144		144
	73	TERAPIA INTENSIVA NEONATALE	56		56
	50	UNITA' CORONARICA	84		84
	UTN	UTN			0
Totale Area Critica			352		352
Materno Infantile	11	CHIRURGIA PEDIATRICA	10		10
	62	NEONATOLOGIA	59		59
	76	NEUROCHIRURGIA PEDIATRICA	14		14
	33	NEUROPSICHIATRIA INFANTILE	18		18
	370	OSTETRICA	401		401
39	PEDIATRIA	52	9	61	
Totale Materno Infantile			554	9	563
	40	PSICHIATRIA	72	5	77
	24	MALATTIE INFETTIVE E TROPICALI	40		40
TOTALE			5.806	688	6.494

Nota: in tabella non sono considerati i 455 posti letto per acuti dell'OPBG, calcolati sui residenti del Lazio

Allegato 3- Rimodulazione offerta ospedaliera posti letto per acuti per Area assistenziale e specialità ISTITUTI PUBBLICI

AREA	Codice	Disciplina	PL ordinari	PL DH	Totale
Medicina	5	ANGIOLOGIA	10		10
	8	CARDIOLOGIA	496		496
	2	DAY HOSPITAL MULTISPECIALISTICO	0	727	727
	52	DERMATOLOGIA	8		8
	18	EMATOLOGIA	135		135
	58	GASTROENTEROLOGIA	122		122
	21	GERIATRIA	120		120
	20	IMMUNOLOGIA	16		16
	19	MALATTIE ENDOCRINE DEL RICAMBIO E NUTRIZ	14		14
	26	MEDICINA GENERALE	1.872		1.872
	61	MEDICINA NUCLEARE	2		2
	29	NEFROLOGIA	122		122
	32	NEUROLOGIA	172		172
	66	ONCOEMATOLOGIA	51		51
	64	ONCOLOGIA	161		161
	68	PNEUMOLOGIA	180		180
	71	REUMATOLOGIA	22		22
Totale Medicina			3.503	727	4.230
Chirurgia	7	CARDIOCHIRURGIA	89		89
	9	CHIRURGIA GENERALE	1.303		1.303
	10	CHIRURGIA MAXILLO FACCIALE	57		57
	12	CHIRURGIA PLASTICA	60		60
	13	CHIRURGIA TORACICA	95		95
	14	CHIRURGIA VASCOLARE	154		154
	98	DAY SURGERY MULTISPECIALISTICO	0	538	538
	37G	GINECOLOGIA	137		137
	48	NEFROLOGIA (ABILITATO AL TRAPIANTO RENE)	17		17
	30	NEUROCHIRURGIA	181		181
	34	OCULISTICA	43		43
	35	ODONTOIATRIA E STOMATOLOGIA	7		7
	36	ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA	846		846
	38	OTORINOLARINGOIATRIA	176		176
	43	UROLOGIA	276		276
Totale Chirurgia			3.441	538	3.979
Area critica	51	ASTANTERIA/BREVE OSS./MEDICINA D'URGENZA	287		287
	47	GRANDI USTIONATI	14		14
	49	TERAPIA INTENSIVA	369		369
	73	TERAPIA INTENSIVA NEONATALE	53		53
	50	UNITA' CORONARICA	137		137
	UTN	UTN	82		82
Totale Area Critica			942		942
Materno Infantile	11	CHIRURGIA PEDIATRICA	21		21
	77	NEFROLOGIA PEDIATRICA	0		0
	62	NEONATOLOGIA	166		166
	33	NEUROPSICHIATRIA INFANTILE	14		14
	65	ONCOEMATOLOGIA PEDIATRICA	12		12
	370	OSTETRICIA	508		508
	39	PEDIATRIA	216	38	254
Totale Materno Infantile			937	38	975
	97	DETENUTI	35		35
	40	PSICHIATRIA	367	37	404
	24	MALATTIE INFETTIVE E TROPICALI	293		293
TOTALE			9.518	1.340	10.858

Nota: i PL di DH e DS dell'Area materno - infantile sono stati sommati, ad eccezione di quelli di pediatria,rispettivamente a quelli di DH medico e DS multispecialistico. I PL di DH dell'Area Malattie-Infettive sono stati sommati a quelli di DH medico multispecialistico.

**Allegato 4- Rimodulazione offerta ospedaliera posti letto per acuti per Area assistenziale e specialità
ISTITUTI PRIVATI**

AREA	Codice	Disciplina	PL ordinari	PL DH	Totale
Medicina	5	ANGIOLOGIA	10		10
	8	CARDIOLOGIA	191		191
	2	DAY HOSPITAL MULTISPECIALISTICO	0	289	289
	52	DERMATOLOGIA	64		64
	18	EMATOLOGIA	37		37
	58	GASTROENTEROLOGIA	44		44
	21	GERIATRIA	108		108
	19	MALATTIE ENDOCRINE DEL RICAMBIO E NUTRIZ	53		53
	26	MEDICINA GENERALE	1.129		1.129
	29	NEFROLOGIA	43		43
	32	NEUROLOGIA	90		90
	64	ONCOLOGIA	184		184
	68	PNEUMOLOGIA	67		67
71	REUMATOLOGIA	24		24	
Totale Medicina			2.044	289	2.333
Chirurgia	7	CARDIOCHIRURGIA	53		53
	9	CHIRURGIA GENERALE	814		814
	10	CHIRURGIA MAXILLO FACCIALE	7		7
	12	CHIRURGIA PLASTICA	26		26
	13	CHIRURGIA TORACICA	20		20
	14	CHIRURGIA VASCOLARE	42		42
	98	DAY SURGERY MULTISPECIALISTICO	0	298	298
	37G	GINECOLOGIA	132		132
	48	NEFROLOGIA (ABILITATO AL TRAPIANTO RENE)	26		26
	30	NEUROCHIRURGIA	63		63
	34	OCULISTICA	31		31
	35	ODONTOIATRIA E STOMATOLOGIA	3		3
	36	ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA	631		631
	38	OTORINOLARINGOIATRIA	89		89
	43	UROLOGIA	179		179
Totale Chirurgia			2.116	298	2.414
Area critica	51	ASTANTERIA/BREVE OSS./MEDICINA D'URGENZA	68		68
	49	TERAPIA INTENSIVA	153		153
	73	TERAPIA INTENSIVA NEONATALE	56		56
	50	UNITA` CORONARICA	62		62
	UTN	UTN	14		14
Totale Area Critica			353		353
Materno Infantile	11	CHIRURGIA PEDIATRICA	9		9
	62	NEONATOLOGIA	49		49
	76	NEUROCHIRURGIA PEDIATRICA	14		14
	33	NEUROPSICHIATRIA INFANTILE	16		16
	37O	OSTETRICIA	384		384
	39	PEDIATRIA	38	6	44
Totale Materno Infantile			510	6	516
	40	PSICHIATRIA	16	5	21
	24	MALATTIE INFETTIVE E TROPICALI	40		40
TOTALE			5.079	598	5.677

Nota: in tabella non sono considerati i 455 posti letto per acuti dell'OPBG, calcolati sui residenti del Lazio

I PL di DH e DS dell'Area materno - infantile sono stati sommati, ad eccezione di quelli di pediatria, rispettivamente a quelli di DH medico e DS multispecialistico. I PL di DH dell'Area Malattie-Infettive sono stati sommati a quelli di DH medico multispecialistico.

Azione 13.1.2: 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 – Casa della Salute.

Quadro di riferimento normativo

La Regione Lazio intende attivare, presso ciascun distretto, presidi territoriali denominati “Casa della Salute” nei quali garantire le funzioni dell’assistenza primaria avanzata (medica ed infermieristica), specialistica, area di sorveglianza temporanea, diagnostica di primo livello e, nelle forme organizzative più complesse, altre funzioni territoriali (residenzialità infermieristica, assistenza farmaceutica, punto di primo intervento, ecc.).

Al fine di contestualizzare il modello Casa della Salute nella realtà del territorio laziale, è stato istituito con determinazione regionale B02406 del 13/6/2013 uno specifico Gruppo di Lavoro che ha elaborato il documento “Raccomandazioni per la stesura degli Atti aziendali di cui al D.C.A. n.206 del 2013, relativamente all'organizzazione delle Case della salute”. Tale documento è stato formalmente adottato con DCA 428/2013.

La Casa della Salute supera i modelli utilizzati sino ad oggi nelle normative prodotte a livello regionale (CeCaD, PTP, Ospedali distrettuali).

La realizzazione delle Case della Salute sul territorio regionale riguarderà prioritariamente, nella prima fase, le strutture ospedaliere che hanno già avviato percorsi di trasformazione, prioritariamente quelle per le quali non è in atto alcun tipo di contenzioso. La Regione provvederà a stipulare specifiche intese con le ASL di competenza.

Analisi dell’offerta

Nella tabella seguente si riporta lo stato di attuazione della riconversione con specificate le funzioni territoriali attive e lo stato dell’eventuale contenzioso.

Strutture da riconvertire	Stato attuazione riconversione	Contenzioso
---------------------------	--------------------------------	-------------

<u>P.O. Nuovo Regina Margherita (ASL RM/A)</u>	Riconversione parziale. Risultano 4 P.L. di D.S. La ASL comunica che l’attuazione completa della riconversione, già avviata, prevista dal DPCA n. 80/2010, è subordinata alla formale approvazione dell’Atto aziendale da parte della Regione. Servizi territoriali attivi: ambulatorio di continuità assistenziale e guardia medica turistica, specialistica ambulatoriale, diagnostica per immagini, punto prelievi, ambulatorio infermieristico, ambulatorio malattie infettive, hospice, posti residenziali per non autosufficienti, salute mentale, NAD.	NO
<u>PO di Palombara Sabina (ASL RM/G)</u>	L’Ospedale è stato riconvertito (dal 1/04/2011). Servizi territoriali attivi: PUA, specialistica ambulatoriale, ambulatorio infermieristico, diagnostica di base, continuità assistenziale, ADI, PPI (con postazione 118), degenza infermieristica.	NO
<u>PO di Zagarolo (ASL RM/G)</u>	La chiusura è stata disposta con Delib. n. 480 del 24 maggio 2011 che contiene anche il Piano operativo per la riconversione. Servizi territoriali attivi: specialistica ambulatoriale, diagnostica di base.	NO

<u>PO di Rocca Priora (ASL RM/H)</u>	L'Ospedale è stato trasformato in struttura territoriale (vd. Delib. n. 988/2010 che dispone il trasferimento a Frascati del ricovero per acuti). Servizi territoriali attivi: UVA, specialistica ambulatoriale, diagnostica di base, continuità assistenziale, ADI, unità di cure primarie, consultorio familiare, punto prelievi, postazione 118.	NO
<u>PO "Spolverini" di Ariccia (ASL RM/H)</u>	Presso la Struttura oltre alle attività territoriali sono attivi, come da previsione del DPCA n. 80/2010, n. 28 posti di riabilitazione post acuzie (cod. 56) e risultano ancora attivi n. 6 p.l. di D.H. di Oncologia E' stato trasferito ad Albano l'UO di Ortopedia e Traumatologia. Servizi territoriali attivi: specialistica ambulatoriale, salute mentale, consultorio familiare, punto prelievi, neuropsichiatria infantile, DSM.	NO
<u>PO "Villa Albani" di Anzio (ASL RM/H)</u>	L'Ospedale è stata trasformato in struttura territoriale. Risultano ancora attivi 35 posti di riabilitazione post acuzie (cod. 56) e 4 p.l. D.H., come previsto dal DPCA n.80/2010. Servizi territoriali attivi: posti residenza per non autosufficienti.	NO
<u>PO di Acquapendente (ASL VT) *</u>	E' stato completato il trasferimento delle attività distrettuali all'interno del P.O. Permangono attivi 28 p.l. di Medicina, in procinto di essere parzialmente riconvertiti in Deg. Infermieristica e 4 p.l. di Day Surgery polispecialistico. Servizi territoriali attivi: PPI, diagnostica di base, punto prelievi, postazione 118.	NO
<u>Ospedale di Montefiascone (ASL VT) *</u>	Risultano attivi: Day Surgery 4 p.l., Geriatria 28 p.l., 24 p.l. di Medicina e 4 p.l. di riabilitazione. Servizi territoriali attivi: PPI, centro dialisi, specialistica ambulatoriale, ambulatorio infermieristico, diagnostica di base, servizio screening cancro mammella, continuità assistenziale, postazione 118.	NO
<u>PO di Ronciglione (ASL VT) *</u>	La riconversione è stata disposta con la Deliberazione ASL n. 156 del 24.02.2011. Risultano ancora attivi PL di DH ematologico. Servizi territoriali attivi: PPI, specialistica ambulatoriale, ambulatorio infermieristico, diagnostica di base, punto prelievi, consultorio familiare.	NO
<u>PO "San Carlo" di Sezze (ASL LT)</u>	L'Ospedale è stato riconvertito (vd. Delib. ASL n.441 del 19/07/2011). Servizi territoriali attivi: PPI, PUA, ADI, specialistica ambulatoriale, punto prelievi, diagnostica di base, UVA, servizio dialisi, continuità assistenziale.	NO
<u>PO "Luigi di Liegro" di Gaeta (ASL LT)</u>	L'Ospedale è stato riconvertito (vd. Delib. AUSL n.611 del 08/11/2011). Risulta attivo un Day Surgery polispecialistico con 15 pl. Servizi territoriali attivi: PPI, specialistica ambulatoriale, diagnostica di base, punto prelievi.	NO
<u>Ospedale Civile di Minturno (ASL LT)</u>	Le attività per acuti sono state dismesse. Risulta presente un PPI, con personale ospedaliero. Servizi territoriali attivi: specialistica ambulatoriale.	NO
<u>PO "Francesco Grifoni" di Amatrice (ASL RI)</u>	L'Ospedale è stato riconvertito. Risultano ancora attivi 8 p.l di Medicina Generale, in conformità con il DPCA n. 80/2010. Servizi territoriali attivi: PPI, degenza infermieristica, diagnostica di base.	NO

<u>PO di Ceccano (ASL FR)</u>	L'Ospedale è stato disattivato, 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. Servizi territoriali attivi: specialistica ambulatoriale, consultorio familiare, servizio vaccinazioni, diagnostica di base, ADI.	NO
<u>PO Riabilitativo Civico di Ferentino (ASL FR)</u>	L'Ospedale è stato disattivato 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. Servizi territoriali attivi: diagnostica di base, specialistica ambulatoriale, ADI, TSMREE, Centro di salute mentale.	NO
<u>PO di Arpino (ASL FR)</u>	L'Ospedale è stato disattivato 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.	NO
<u>PO di Isola del Liri (ASL FR)</u>	L'Ospedale è stato disattivato 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. Servizi territoriali attivi: NAD, specialistica ambulatoriale, diagnostica di base.	NO
<u>PO "Marzio Marini" di Magliano Sabina (ASL RI)</u>	L'Ospedale è stato riconvertito, con la conseguente interruzione delle attività di ricovero per acuti. Servizi territoriali attivi: PPI, specialistica ambulatoriale, degenza infermieristica, servizio dialisi, diagnostica di base, centro prelievi.	IN ATTO – R.G. n.228/2011 (Ricorso al T.A.R. con il quale è stato richiesto l'annullamento del DPCA n. 80/2010). Respinta richiesta di sospensiva, con Ordinanza.
<u>PO di Anagni (ASL FR)</u>	Il Presidio Ospedaliero risulta ancora aperto, con la configurazione preesistente 81 p.l.. La mancata chiusura è dovuta ad una pronuncia del Consiglio di Stato che ha accolto la richiesta di sospensiva.	IN ATTO - R.G. n. 3447/2011 (Ricorso al T.A.R. con il quale è stato richiesto l'annullamento del DPCA n. 80/2010). Accolta sospensiva dal C.d.S.. – udienza di merito fissata a gennaio 2013.
<u>PO di Pontecorvo (ASL FR)</u>	L'Ospedale è stato disattivato 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. Servizi territoriali attivi: degenza infermieristica, PPI, specialistica ambulatoriale, diagnostica di base, servizio dialisi.	IN ATTO – R.G. n.562/2011 – R.G. n. 1157/2011 (Ricorso al T.A.R. con il quale è stato richiesto l'annullamento del DPCA n. 80/2010). Respinta richiesta di sospensiva, con Ordinanza.
<u>PO Riabilitativo Ferrari di Ceprano (ASL FR)</u>	L'Ospedale è stato disattivato 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. Servizi territoriali attivi: diagnostica di base, specialistica ambulatoriale, postazione 118, PPI, PUA.	IN ATTO – R.G. n. 565/2011 (Ricorso al T.A.R. con il quale è stato richiesto l'annullamento del DPCA n. 80/2010). Respinta richiesta di sospensiva, con Ordinanza.
<u>PO di Atina (ASL FR)</u>	L'Ospedale è stato disattivato 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. Servizi territoriali attivi: diagnostica di base, specialistica ambulatoriale.	IN ATTO – R.G. n. 835/2011 (Ricorso al T.A.R. con il quale è stato richiesto l'annullamento del DPCA n. 80/2010). Respinta richiesta di sospensiva, con Ordinanza.

* per quel che concerne l'Azienda USL di Viterbo, va evidenziato che, fino alla conclusione dei lavori dell'Ospedale di Belcolle potranno esserci difficoltà nel trasferire le attività di degenza tuttora attive nei presidi di Acquapendente, Montefiascone e Ronciglione.

Nella tabella non è inserito il Presidio di Cori in quanto il processo di riconversione è stato completato in periodo antecedente l'emanazione dei DPCA n. 48/2010 e DPCA n.80/2010.

Con nota prot. 162758/DB/27/15 del 2 settembre 2013, al fine di aggiornare quanto riportato nella precedente tabella, è stata avviata una ricognizione sulle attività territoriali attualmente svolte presso le strutture citate.

Interventi prioritari del PO 2013-2015

Completamento graduale del processo di riconversione delle strutture interessate.

Attivazione a livello territoriale, con varie modulazioni, delle funzioni proprie della Casa della Salute, presso ciascun distretto.

Le strutture ospedaliere in riconversione potranno, inoltre, ospitare attività di tipo residenziale e semi residenziale per persone non autosufficienti e per persone con disabilità, coerentemente con il fabbisogno stimato.

Di seguito si riporta lo specifico quadro programmatico.

ASL	Denominazione struttura	Posti assistenza residenziale da attivare					
		Non autosuff. Intensiva	Non autosuff. Estensiva	Disturbi cognitivo comp. Estensiva	Non autosuff. Mantenimento	Disabilità Intensiva	Hospice
RMA	NUOVO REGINA MARGHERITA	-	20	***	10		-
RMG	PO SS SALVATORE PALOMBARA SABINA	-	-	-	-	-	-
	PO S G BATTISTA ZAGAROLO	-	-	-	-	-	-
RMH	PO CARTONI ROCCA PRIORA	-	-	-	-	-	-
	PO L SPOLVERINI ARICCIA	-	30	-	-	-	-
	PO VILLA ALBANI ANZIO	-	30	-	-	9	-
VT	PO ACQUAPENDENTE	-	30	-	-	-	-
	PO MONTEFIASCONE	7	30	20	-	-	-
	PO RONCIGLIONE	-	-	-	-	-	-
RI	PO M MARINI MAGLIANO SABINA	-	20	-	-	-	-
	PO F GRIFONI AMATRICE	-	20	-	-	-	-
LT	PO SEZZE	10	30	20	-	-	-
	PO GAETA	10	20	-	-	9	-
	PO MINTURNO	-	-	-	-	-	-
FR	PO CIVILE ANAGNI	-	-	-	-	-	-
	PO CIVILE CECCANO	-	20	-	-	-	-
	PO CIV P DEL PRETE PONTECORVO	-	40	-	-	-	-
	PO FERRARI CEPRANO	-	-	-	-	-	-
	PO CIVICO FERENTINO	-	-	-	-	-	-
	PO CIV S CROCE ARPINO	-	-	-	-	-	-
	PO CIV DELLA CROCE ATINA	-	-	63	-	-	-
PO CIV MEM CADUTI ISOLA LIRI	-	-	-	-	-	18	
TOTALE		27	290	103	10	18	18

Le indicazioni programmatiche sopra riportate dovranno essere ratificate dalle intese con le ASL interessate di cui al DCA n. 52/2013, tenuto conto delle risultanze della ricognizione di cui alla citata nota prot. n. 162757 DB/27/15 del 2/09/2013.

La realizzazione delle Case della Salute sul territorio regionale riguarderà prioritariamente quelle strutture che hanno già avviato percorsi di trasformazione. Si tratta, in particolare, delle strutture per le quali non è in atto alcun tipo di contenzioso. Nella tabella di seguito riportata sono elencati, per ASL, i presidi ospedalieri interessati:

ASL	Presidio
RMA	Nuovo Regina Margherita
RMG	Santissimo Salvatore di Palombara Sabina
	San Giovanni Battista di Zagarolo
RMH	A.C. Cartoni" di Rocca Priora
	Spolverini" di Ariccia
	Villa Albani" di Anzio
LT	San Carlo" di Sezze
	Luigi di Liegro" di Gaeta
	ex Ospedale di Minturno
RI	Francesco Grifoni" di Amatrice
FR	Ospedale Civile di Ceccano
	Presidio sanitario di Ferentino
	In memoria dei Caduti" di Isola del Liri

Nota: per quanto riguarda il Presidio Santa Croce" di Arpino, si rappresenta che tale struttura è adibita a funzioni scolastiche tramite concessione in comodato d'uso da parte dell'ASL di Frosinone a favore del Comune di Arpino.

Oltre alle strutture citate, tra i presidi per i quali è fattibile una riconversione in casa della salute, nel breve termine si inserisce i P.O.G. Eastman (ASL RM/A).

Per le altre strutture in corso di riconversione e, in particolare, per quelle oggetto di contenzioso, l'opportunità e la tempistica di realizzazione delle Case della Salute sarà soggetta a valutazione che terrà conto delle eventuali rinunce al contenzioso da parte dei comuni interessati.

Nei distretti presso i quali non vi sono strutture ospedaliere in riconversione, verrà valutata la fattibilità di avviare Case della salute utilizzando strutture sanitarie presenti (ad esempio poliambulatori) o rese disponibili da altri enti (ad esempio Enti locali).

Azioni e cronoprogramma

CRONOPROGRAMMA PO 2013-2015 REGIONE LAZIO						
Area	Programma	Obiettivo/Intervento	Azione	Atto normativo / documento	Indicatore di risultato (quantitativo/qualitativo) con standard	Tempi di realizzazione dell'azione
4: Livelli Essenziali di Assistenza	14: Riequilibrio ospedale-territorio	Intervento 13.1: Rete Ospedaliera e riconversioni Azione 13.1.2: 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 – Casa della Salute	1. Sottoscrizione intese delle ASL interessate al processo di riconversione	Intese	Intese con le ASL interessate dai processi di riconversione	31.3.2014
			2. Ricollocazione del personale	Piano di mobilità del personale 30/6/2014	=> 30% del personale delle strutture oggetto di riconversione trasferito al territorio	30.06.2015
			3. Completamento del processo di riconversione	Documento di monitoraggio / Atti ASL	Completamento della riconversione delle strutture interessate	31.12.2015

Indicatori per il monitoraggio

Cod	Indicatore	Definizione	Fonti	Standard (parametri di riferimento ottimali cui tendere)
	Strutture che hanno completato la riconversione in presidi territoriali	Numero di strutture che hanno completato la riconversione prevista dalle intese in presidi territoriali sul totale delle strutture programmate	ASL	Almeno l'80% delle strutture interessate
	Tasso di ospedalizzazione standardizzato di ricoveri ordinari (di 2 o più giornate) attribuiti a DRG a alto rischio di inappropriatazza del Patto della Salute 2010-2012	(N. dimissioni in degenza ordinaria (di 2 o più giornate) con DRG "inappropriato" (108 DRG ad alto rischio di inappropriatazza secondo Patto della Salute 2010-2012 all. B (cfr. art 6, c.5)) / Popolazione residente) * 1000	SDO	<= 23
	Somma ponderata di tassi specifici per alcune condizioni/patologie evitabili in ricovero ordinario: asma pediatrica, complicanze del diabete, scompenso cardiaco, infezioni delle vie urinarie, polmonite batterica nell'anziano, BPCO. (Indice pesato per fasce d'età)	L'indicatore complessivo è dato dalla somma ponderata dei tassi specifici per patologia (grezzi o standardizzati).	SDO	<= 600
	Prestazioni ambulatoriali specialistiche casa della salute	Numero di prestazioni specialistiche/ Popolazione residente * 1000	SIAS / Anagrafe	Andamento atteso primi due anni in aumento

Quadro di riferimento normativo

Rete di terapia del dolore cronico non oncologico

La Regione Lazio, con il DPCA n. 83 del 30 settembre 2010, ha istituito 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”.

Con Determinazione n. B0944 del 10.02.2011 e successivamente integrata con Determinazione B02264 del 19.4.2012 è stato istituito il Coordinamento della rete del dolore cronico non oncologico.

Rete delle cure palliative

Il DPCA n.84 del 30 settembre 2010 ha istituito la “Rete assistenziale delle Cure Palliative nella Regione Lazio”, recependo quanto previsto a livello nazionale. La sopracitata Legge 38/2010 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 ed ha successivamente avviato le procedure per l’individuazione del Centro di Riferimento Regionale e la realizzazione dell’Hospice pediatrico.

Con Determinazione B02265 del 19.4.2012 è stato istituito il Coordinamento della Rete delle Cure Palliative, con la partecipazione anche di esperti in cure palliative pediatriche. E’ necessario che il Coordinamento regionale e i coordinamenti locali della rete delle cure palliative, in relazione alla specificità clinico assistenziale dei bisogni legati a specifiche patologie quali SLA, tumori cerebrali, patologie oncoematologiche, individuino, per quanto attiene all’assistenza domiciliare, referenti di equipe specialistiche già attive nel territorio regionale al fine di un loro eventuale coinvolgimento sia a livello delle attività di coordinamento che nelle attività assistenziali, ed in particolare per quanto riguarda queste ultime, di una loro integrazione nelle Unità di Cure Palliative delle reti locali.

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.

Analisi dell’offerta

La rete di terapia del dolore è composta da 2 Hub: l’Azienda Policlinico Umberto I e il Policlinico Tor Vergata, e da Spoke 1 (attività di tipo ambulatoriale medico multidisciplinare, eventuale supporto alle unità di degenza) e Spoke 2 (attività di tipo ambulatoriale anche chirurgico e approccio multidisciplinare, supporto alle unità di degenza). Alla rete partecipano i Medici di Medicina Generale.

Per quanto riguarda l’offerta residenziale in strutture hospice, risultano attivi ad oggi numero 348 posti su un fabbisogno stimato, calcolato sulla base del rapporto di 1,2 posti residenziali ogni 56 deceduti per tumore, di 325 posti.

E’ previsto l’aggiornamento del fabbisogno nel 2014, con i dati di mortalità 2013.

Per ogni posto residenziale in Hospice sono previsti 4 posti di assistenza domiciliare.

Interventi prioritari del PO 2013-2015

Consolidamento delle reti assistenziali delle cure palliative, delle cure palliative e terapia del dolore in età pediatrica e del dolore cronico non oncologico al fine di integrare l'ambito di assistenza ospedaliera con quello territoriale e domiciliare.

Nello specifico, si intendono portare a compimento i seguenti interventi:

1. Attuazione degli adempimenti previsti dal Ministero della Salute relativi ai requisiti delle strutture e dei servizi compresi nella rete attraverso il recepimento e l'applicazione 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".

2. Sviluppo del sistema informativo per il monitoraggio dell'assistenza erogata presso gli Hospice

Azioni e cronoprogramma

CRONOPROGRAMMA PO 2013-2015 REGIONE LAZIO						
Area	Programma	Obiettivo/Intervento	Azione	Atto normativo / documento	Indicatore di risultato (quantitativo/qualitativo) con standard	Tempi di realizzazione dell'azione
4: Area "Livelli Essenziali di Assistenza"	13.1: Riequilibrio ospedale-territorio	Intervento 13.2: Cure palliative e terapia del dolore per il paziente adulto e pediatrico Azione 13.2.1: Rete di terapia del dolore e cure palliative in età pediatrica	1. Rete terapia dolore: emanazione di specifico atto normativo per il riconoscimento delle strutture della rete (Hub, Spoke, AFT) 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" del Ministero della Salute approvato con Intesa del 25 luglio 2012	Provvedimento regionale	Riconoscimento formale delle strutture appartenenti alla rete in coerenza con i requisiti indicati dal Ministero della Salute	30.06.2014
			2. Rete terapia dolore: 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	Piano di formazione / informazione 30.6.2014	Attuazione di almeno 2 eventi formativi / informativi per anno	31.12.2014
			3. Attuazione dei progetti formativi relativi all'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	Monitoraggio	Attuazione degli interventi formativi / informativi (relazione Centri Hub)	31.12.2014
			4. Rete cure palliative: 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	Provvedimento regionale	Riconoscimento formale delle strutture appartenenti alla rete in coerenza con i requisiti indicati dal Ministero della Salute	30.06.2014

4: Area "Livelli Essenziali di Assistenza"	13.1: Riequilibrio ospedale-territorio	Intervento 13.2: Cure palliative e terapia del dolore per il paziente adulto e pediatrico Azione 13.2.1: Rete di terapia del dolore e cure palliative in età pediatrica	5. Rete cure palliative: messa a punto del Sistema Informativo, con il supporto di LAiT, 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	Provvedimento regionale	Debito informativo verso Ministero Salute assolto	31.12.2013
			6. Rete cure palliative: 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	Provvedimento regionale 31.3.2014 / Monitoraggio	Avvio della fase organizzativa e delle attività del Centro di riferimento	30.06.2014
			7. Rete cure palliative: predisposizione di un programma di formazione, informazione e comunicazione	Piano di formazione / informazione 30.06.2014	Attuazione di almeno 2 eventi formativi / informativi per anno	31.12.2014
			8. Rete cure palliative: aggiornamento del fabbisogno di posti residenziali in Hospice	Provvedimento regionale	Disponibilità fabbisogno aggiornato	31.03.2014

Indicatori per il monitoraggio

Cod	Indicatore	Definizione	Fonti	Standard
	Registrazione dolore in cartella clinica	Numero di pazienti con dolore registrato in cartella clinica / numero totale di pazienti ricoverati	Monitoraggio Centri HUB	> 85 %
	Consumo di oppioidi	DDD oppioidi * 1000 residenti	Sistema informativo farmaceutica	> 2,3 DDD
	Posti letto attivi in hospice sul totale dei deceduti per tumore (per 100)	(Posti letto in hospice / Media deceduti per tumore) * 100	Accreditamento / RENCAM	> 1
	Ricoveri in Hospice entro ultima settimana di vita	Numero di ricoveri di malati con patologia oncologica nei quali il periodo di ricovero in hospice è inferiore o uguale a 7 giorni sul numero di ricoveri in hospice di malati con patologia oncologica	ASL	< 20%

Intervento 13.3 Assistenza primaria

Azione 13.3.1 Riorganizzazione dell'Assistenza primaria secondo le indicazioni della Legge 189/2012

La riorganizzazione dell'assistenza primaria, relativamente al personale in convenzione (MMG, PLS, MCA, MMS), è subordinata al rinnovo degli ACN che dovranno esser integrati con le previsioni normative prevista la riguardo dalla legge nazionale 189/2012.

Conseguentemente la regione Lazio avvierà le trattative necessarie per il rinnovo dell'AIR.

Azione 13.3.2 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 s.m.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.
- 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.
- Provvedimento di razionalizzazione della formazione degli MMG nel rispetto dell'ACN vigente

Responsabile Del Procedimento Attuativo

- Dirigente dell'Area Risorse Umane e del Potenziale di Sviluppo delle Professioni e della Dirigenza, dirigente dell'area Formazione - Dirigente dell'Area Programmazione dei servizi territoriali e delle attività distrettuali della integrazione socio sanitaria

Quadro normativo di riferimento

- Legge 27 dicembre 2006, n. 296 “Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato (legge finanziaria 2007)” richiama le Regioni a riorganizzare la rete delle strutture pubbliche e private eroganti prestazioni specialistiche e di diagnostica di laboratorio;
- DGR Lazio 1040/2007 “Approvazione del «Piano di riorganizzazione delle Strutture Accreditate che erogano prestazioni di laboratorio nella Regione Lazio, in attuazione del dispositivo dell’art.1, comma 796 lettera O, legge finanziaria del 23 dicembre 2006, n.296», come previsto dalla deliberazione Giunta regionale 12 giugno 2007, n.218”.
- Istituisce un apposito Nucleo Operativo Tecnico (NOT) per la Diagnostica di laboratorio, 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 e di supportare gli uffici regionali nel confronto con i tavoli tecnici ministeriali. Il NOT, oltre a portare a termine le visite di verifica presso AO e ASL per verificare gli adempimenti del DCA 54/10, collabora con la Centrale acquisti.
- DCA 54/2010 “Ulteriori adempimenti per il completamento del riassetto della rete laboratoristica e di assistenza specialistica ambulatoriale pubblica e privata”, modifica quanto previsto nella DGR 1040/2007 a causa del ridotto repertorio prestazionale attribuito in convenzione agli erogatori privati provvisoriamente accreditati:
 - viene individuata una soglia minima di attività svolta in favore degli utenti del SSR pari a 200.000 esami di laboratorio erogati/anno da raggiungere nell’arco del triennio, con un valore minimo di 100.000 esami di laboratorio complessivamente erogati/anno sin dal 2011;
 - sono conteggiate, quale attività di valutazione per il conseguimento della soglia minima prevista, anche le prestazioni erogate a totale carico del cittadino dalle strutture private provvisoriamente accreditate ma prescritte su ricettario SSR;
- Determina Regionale D4280/2010, con cui viene dato mandato a Laziosanità-ASP di procedere alla rilevazione di tutte le prestazioni di laboratorio analisi (di cui ai due punti precedenti) allo scopo di valutare l’attività complessiva delle strutture erogatrici.
- Determina B00162 del 19/2/2013, istituisce 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 di riorganizzazione della rete di laboratorio che ottimizzi l’uso delle risorse e favorisca i processi di automazione ed informatizzazione.”
- DCA n. 313 del 4 luglio 2013 “Approvazione Nomenclatore Tariffario Regionale per Prestazioni di Assistenza Specialistica Ambulatoriale. DM 18.10.2012”, recepimento del Decreto Ministero Salute.

Analisi dell’offerta

A seguito del DCA 54/2010, dal 2010 Laziosanità-ASP invia periodicamente alla Direzione regionale i dati relativi al monitoraggio delle prestazioni di Laboratorio analisi (branca specialistica 00), limitatamente a quelle prescritte su ricettario regionale SSR, comprese le prestazioni relative all’attività privata pagata in proprio dal cittadino.

Da tale monitoraggio, per l'anno 2012, risulta che 548 strutture - di cui 330 private accreditate - hanno erogato prestazioni di laboratorio analisi (dati "Quasias On line"). Dal monitoraggio non si evince la distinzione fra Centro prelievi e Laboratorio analisi.

Produzione strutture private accreditate

Le 330 strutture di laboratorio analisi private accreditate hanno erogato complessivamente 20.270.402 prestazioni di laboratorio analisi (inclusi i prelievi), di cui 15.641.056 a carico del SSR, 62.353 prestazioni contenute in Accorpamenti di Prestazioni Ambulatoriali (APA), 122.880 incluse nei trattamenti di dialisi, 7.080 incluse in Pacchetti Ambulatoriali Complessi (PAC) e 4.437.033 prestazioni pagate in proprio dal cittadino ma prescritte su ricettario SSR.

Il limite di produzione di 100.000 prestazioni annue (DCA 54/2010) è stato superato solo da 64 strutture (19%), mentre 85 strutture hanno effettuato tra le 50.000 e le 100.000 prestazioni annue e 181 strutture hanno registrato una produzione inferiore alle 50.000 prestazioni annue.

Si precisa che nel conteggio complessivo sono state incluse anche le prestazioni di Anatomia Patologia, Microbiologia ed i prelievi, e non solo quelle di Chimica clinica ed Ematologia (DCA 54/2010).

Relativamente alla tipologia di struttura, risultano 35 Laboratori in CdC, 42 Poliambulatori Territoriali e 253 Ambulatori Monospecialistici Territoriali con volumi totali di prestazioni, rispettivamente, pari a 1.484.818, 3.010.027 e 15.775.557.

Produzione strutture pubbliche

I 184 centri prelievo a gestione diretta delle ASL collocati presso strutture poliambulatoriali territoriali ovvero presso strutture ospedaliere hanno erogato, attraverso l'attività dei laboratori pubblici di afferenza, complessivamente 26.868.584 prestazioni (inclusi i prelievi), di cui 26.113.116 come singole prestazioni ambulatoriali, 248.606 all'interno di APA, 316.091 incluse nei trattamenti di dialisi, 117.292 all'interno di PAC e 73.479 in altri pacchetti.

Si precisa che nel conteggio complessivo sono state incluse anche le prestazioni di Anatomia Patologia, Microbiologia ed i prelievi, e non solo quelle di Chimica clinica ed Ematologia (DCA 54/2010).

Produzione altre strutture (classificate, aziendalizzate e SMOM)

Le ulteriori 34 strutture presenti (di cui 8 classificate, 5 SMOM e 21 aziendalizzate) hanno erogato complessivamente 13.442.884 prestazioni, di cui 13.747.523 a carico del SSR, 343.170 all'interno di APA, 99.706 incluse nei trattamenti dialitici, 236.134 all'interno di PAC e 16.351 all'interno di altri pacchetti.

Il limite di produzione di 100.000 prestazioni annue è stato superato da 30 strutture, 2 strutture hanno effettuato tra le 50.000 e le 100.000 prestazioni annue e altre 2 strutture hanno registrato una produzione inferiore alle 50.000 prestazioni annue.

Relativamente alla tipologia di struttura, risultano 29 Ambulatori Ospedalieri, 4 Poliambulatori Territoriali e 1 Ambulatorio Monospecialistico Territoriale con volumi totali di prestazioni, rispettivamente, pari a 13.315.115, 1.005.778, 121.991.

Tabella – Numero dei centri/punto prelievi, esistenti al 31.12.2012

Tipologia	Gestione diretta	Privato accreditato	Altro
Monospecialistico territoriale	4	244	1
Territoriale	128	41	4
Ospedaliero	52	35	29
Totale	184 *	320	34

Nel numero sono ricompresi circa 100 punti di offerta che offrono solo prelievo

Interventi prioritari

- Centralizzazione delle attività di laboratorio attraverso la realizzazione di un laboratorio CORE per ogni ASL.
- 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 della tipologia.
- 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.
- Razionalizzazione delle procedure di acquisto di beni e servizi (sistemi diagnostici, trasporto campioni biologici).
- Programma di promozione dell'appropriatezza prescrittiva ed erogativa in medicina di laboratorio, per alcuni ambiti di patologia, con la collaborazione di società scientifiche e delle associazioni dei medici di medicina generale e pediatri di famiglia.
- Individuazione dei laboratori di riferimento per settore diagnostico e per specializzazione, in raccordo alle previsioni del Piano di Riordino della rete ospedaliera.
- Attuazione di programmi di riorganizzazione e potenziamento delle reti specialistiche riferite alle discipline di Anatomia Patologica, Genetica Medica, Microbiologia e Virologia.
- Sviluppo delle reti informatiche aziendali e realizzazione della rete Unica di Laboratorio.

CRONOPROGRAMMA PO 2013-2015

CRONOPROGRAMMA PO 2013-2015 REGIONE LAZIO						
Area	Programma	Obiettivo/Intervento	Azione	Atto normativo/ documento	Indicatore di Risultato	Tempi di realizzazione dell'azione
4: Area "Livelli Essenziali di Assistenza"	14 Riequilibrio Ospedale Territorio	13.3.3. Assistenza specialistica ambulatoriale (riorganizzazione dei laboratori con previsione di forme di accorpamento)	1.Mappatura dei laboratori pubblici e privati (numero, tipologia, valore assoluti di produzione per branca) Acquisizione, in valori assoluti, del numero, tipologia e volumi di attività dei	documento (30/11/2013)	mappatura del 100%	contestuale alla redazione del documento
			2.Concentrazione/disattivazione/trasformazione della rete laboratoristica privata accreditata, attraverso stipula di accordi con le associazioni rappresentative del settore privato accreditato.	sottoscrizione accordi (28/02/2014)		entro 4 mesi dalla stipula degli accordi
			3.Verifica dei verbali del NOT relativi ai sopralluoghi effettuati presso i laboratori afferenti ad ASL, AO e AU; attuazione delle indicazioni contenute nei verbali del NOT in riferimento alla rimodulazione del numero di laboratori del rispetto degli standard strutturali ed organizzativi.	direttiva alle DD.GG. di adeguamento alle prescrizioni contenute nei verbali del NOT (28/02/2014)	tutti li laboratori delle ASL, AO e AU rispettano le indicazioni regionali contenute nella direttiva	entro due mesi dal ricevimento della direttiva
			4.Supporto del NOT alla Centrale Acquisti per l'espletamento delle procedure di gara per i laboratori	documento tecnico per la definizione delle strategie e redazione dei capitolati di gara	tutte le gare effettuate dalla Centrale acquisti contengono un capitolato tecnico elaborato dal NOT	contestuale alla redazione del documento tecnico
			5. Rete informatica regionale per la realizzazione del laboratorio logico unico.	documento tecnico (28/02/2014)	realizzazione delle rete informatica	entro 12 mesi dalla redazione del documento tecnico

4: Area "Livelli Essenziali di Assistenza"	14 Riequilibrio Ospedale Territorio	13.3.3. Assistenza specialistica ambulatoriale (riorganizzazione dei laboratori con previsione di forme di accorpamento)	6.Promozione dell'appropriatezza prescrittiva in medicina di laboratorio per patologie tiroidee, prostatiche, celiachia, epatiti virali da realizzare con le società scientifiche e le associazioni dei MMGG e Pediatri di famiglia	documento di intesa con le società scientifiche e le associazioni dei MMGG e Pediatri di famiglia (30/04/2014)	documento diffuso a tutti i MMGG e Pediatri di Famiglia della R.L.	entro due mesi dalla redazione del documento di intesa
			7.individuazione dei laboratori di riferimento per settore diagnostico e per specializzazione in raccordo alle previsioni del piano di riordino della rete ospedaliera	Decreto Commissario ad Acta (28/02/2014)	Individuazione assetto dei laboratori di riferimento	entro 10 mesi dall'approvazione del decreto
			8.riorganizzazione e potenziamento delle reti specialistiche riferite alla medicina trasfusionale alle discipline di Anatomia Patologica, laboratorio di genetica medica, microbiologia e virologia	Decreto Commissario ad Acta (28/02/2014)	riassetto delle reti specialistiche	entro 10 mesi dall'approvazione del decreto

INDICATORI PER IL MONITORAGGIO

Indicatore	Definizione	Fonte	Standard (parametri di riferimento ottimali cui tendere)
Attività dei laboratori	Numero assoluto di prestazioni per branca, per laboratorio (pubblico e privato accreditato)	SIAS	almeno 100.000 Prestazioni/anno
Offerta prestazioni per branca	Numero prestazioni per branca su popolazione residente per classe di età e genere	SIAS	Media regionale
Distribuzione laboratori per ambito geografico	Numero di laboratori su popolazione residente	SIAS	Media regionale
Spesa procapite per branca	Valorizzazione teorica delle prestazioni per branca, classe di età e genere sulla popolazione residente	SIAS	Media regionale
Utilizzo protocolli appropriatezza – reflex test	numero di prestazioni diagnostiche per patologia e a parità di richieste appropriate/numero totale di prestazioni per patologia	SIAS	80% di riduzione per test

Azione 13.3.4 Medicina Trasfusionale

Quadro normativo di riferimento

- Decreto del Commissario ad acta n.U0082 del 16.12.2009 con il quale è stato approvato il Piano di riorganizzazione del Sistema Trasfusionale regionale;
- Decreto del Commissario ad Acta n. U0092 del 23.11.2010 che ha confermato il Centro Regionale Sangue (CRS) come struttura regionale per il governo della Rete regionale del Sistema Trasfusionale ed ha individuato 21 Servizi d'Immunoematologia e Medicina Trasfusionale (SIMT) ;
- Decreto del Commissario ad Acta n.U0122 del 29.12.2011 con il quale sono state centralizzate le attività di qualificazione biologica del sangue presso il centro di riferimento regionale per la Sicurezza Trasfusionale presso il SIMT della ASL RM B con il supporto del SIMT del Policlinico Umberto I;
- Deliberazione della Giunta Regionale 13 aprile 2012, n.139 che ha 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;
- Deliberazione della Giunta Regionale 13 aprile 2012, n.138 che ha 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;
- Determinazione dirigenziale n. B04512 del 20.07.2012 con la quale 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 gli ispettori designati dalla Regione Lazio e inseriti nell'Elenco nazionale dei valutatori per il sistema trasfusionale, ai sensi dell'Accordo del 16 dicembre 2010. E' stato nominato il responsabile/coordinatore delle attività di verifica;
- Decreto del Commissario ad Acta n.U00379 del 07.08.2013 con il quale è stata nominato il Direttore del Centro Regionale Sangue (CRS) .

Analisi dell'offerta

Tabella- Attività trasfusionale . Regione Lazio– anno 2012 – Fonte SISTRA

Numero Servizi Trasfusionali (SIMT)	21
Numero Articolazioni Funzionali SIMT	2
Numero Unità associative di raccolta	100
Unità Prodotte	193.881
Unità Consumate	226.477
Unità Acquisite da fuori Regione	27.021
Unità Eliminate:	11.915
per scadenza	4.706
per cause tecniche	2.531
per cause sanitarie	4.678
Bilancio Produzione - Consumo	-32.596
Plasma conferito all'industria per produzione farmaci plasmaderivati (Kg)	32.661
Totale Donatori	144.763
Nuovi Donatori	58.000
Donatori iscritti ad Associazioni	112.086
Donatori di Aferesi	6.966
Indice Donazione (n. sacche/n. donatori)	1,4
Indice di produzione x 1.000 abitanti	35,3
Indice di consumo x 1.000 abitanti	41,2

Interventi PRIORITARI

Riordino attività produttiva

La Produzione del Lazio che ammonta a circa 200.000 sacche/anno permette di costituire 5 aree di produzione, come da schema di Decreto del Ministero della Salute ai sensi dell'art.14, comma 2 della Legge 21 ottobre 2005, n.219.

I criteri per l'individuazione delle sedi di produzione si basano fundamentalmente sulla territorialità e sulle attuali risorse disponibili (sostenibilità). Pertanto a Roma i tre centri che meglio rispondono ai requisiti e alla possibilità di incremento della produzione sono:

- 1 San Camillo Forlanini: ha a disposizione locali, personale e professionalità. Rispetto dei Requisiti Minimi. Nel suo database già convergono il SIM di Ostia e dell'UOSD dell'IFO. Potrebbe produrre anche per i SIMT S. Eugenio, San Giovanni, FbF Isola Tiberina (considerata la ridefinizione in UdR anche la distribuzione e assegnazione) e per il SIMT Bambino Gesù.
- 2 San Filippo Neri: Ha disponibilità di locali, personale e professionalità e pregressa esperienza in quanto fino al 2009 ha prodotto anche per il SIMT S. Spirito già facente parte del Dip. Roma Nord. .Nel suo database già coesistono i SIMT S. Spirito, S. Andrea e Civitavecchia. Dovrebbe acquisire a breve altri 2 locali (450 mq con rampa diretta d'accesso) che non necessitano di grande impegno economico. Può produrre per i SIMT Santo Spirito, Sant'Andrea, FbF San

Pietro, Pol. La Sapienza, Pol. Gemelli, Rieti e Civitavecchia (considerata la ridefinizione in UdR anche la distribuzione e assegnazione)

- 3 Policlinico Tor Vergata: situata vicino svincolo Autostrada del Sole e del GRA, ha a disposizione locali, personale (medici specializzandi e Tecnici di Laboratorio tirocinanti) e professionalità. Rispetto dei Requisiti Minimi. Dovrebbe acquisire a breve altri 2 locali che non necessitano di grande impegno economico. Potrebbe produrre anche per i SIMT di Frosinone, Velletri, Tivoli, Pertini, Colferro (anche la distribuzione e assegnazione), Campus Biomedico (anche la distribuzione e assegnazione).

Il Policlinico “La Sapienza” è stato considerato per la storia accademica e per la qualità dei percorsi, ma attualmente non dispone di locali sufficienti.

In ultimo il SIMT Pertini che allo stato attuale svolge tutte le attività di qualificazione biologica degli emocomponenti, al momento dispone di personale commisurato all’attività svolta, e di locali appena sufficienti per la suddetta attività.

Nella Regione possono essere individuate due aree di produzione nella provincia di Latina e Viterbo considerata la loro capacità produttiva e la posizione geografica.

RIORDINO Rete S.I.M.T. REGIONE LAZIO

Attualmente il DCA U0092 elenca n. 21 Servizi di Medicina Trasfusionale.

A seguito delle visite ispettive di pre-audit, tali servizi sono risultati disomogenei per la qualità delle prestazioni e la rispondenza ai Requisiti Minimi strutturali, organizzativi e tecnologici previsti dalla normativa. Per quattro di essi si propone la riconduzione della attività prevalente alla sola attività di raccolta (UdR) ed il trasferimento delle altre attività correlate (TAO, Terapia trasfusionale ed infusione) ad altra area clinica appropriata dello stesso presidio.

In particolare:

- per il SIMT di Civitavecchia le funzioni potranno essere assicurate dal SIMT il S. Filippo Neri;
- per la UOSD IFO dal SIMT San Camillo Forlanini ;
- per la A.F. Campus Biomedico dal Pol. Tor Vergata (già collaborano per la raccolta, l’infusione di cellule staminali e per l’aferesi terapeutica),
- per il SIMT FBF S. Giovanni Calibita dal SIMT S. Camillo Forlanini;

Anche per le A.O. di Colferro, Anzio, Sora, Cassino e Formia soppressi dal DCA U0092/10 ma tutt’ora funzionanti come S.T. si propone la conversione in Unità di Raccolta con la dismissione definitiva delle attività trasfusionali come da normativa vigente.

Colferro può afferire presso il SIMT di Tor Vergata considerata la viabilità ed il tempo di percorrenza, Anzio presso il SIMT di Velletri, Sora e Cassino presso il SIMT di Frosinone e Formia presso il SIMT di Latina.

Le attività dei 17 SIMT rimanenti attualmente disciplinata dall’art.5 della Legge n.219/2005 potranno essere rivalutate puntualmente prevedendo una specifica autorizzazione/accreditamento per le singole prestazioni come da modello allegato, già in uso in altre regioni.

CRONOPROGRAMMA PO 2013-2015 REGIONE LAZIO

Area	Programma	Obiettivo/Intervento	Azione	Atto normativo/documento	Indicatore di risultato	Tempi di realizzazione
4: Area "Livelli Essenziali di Assistenza"	14: Riequilibrio Ospedale - Territorio	14.3 – Assistenza Primaria – Azione 14.3.4 Medicina Trasfusionale	Completamento visite ispettive effettuate dal CRS sui 21 SIMT per verifica requisiti autorizzazione e accreditamento	Documento sui risultati delle visite ispettive (31/12/2013)	Completamento visite su tutti i 21 SIMT	Contestuale alla redazione del documento
			Adeguamento di tutti i SIMT ai requisiti di cui all'Accordo Stato/Regioni n. 242/2010	Documento nel quale sono elencati gli interventi correttivi (31/10/2014)	Tutti i 21 SIMT risultano adeguati alla normativa	entro 6 mesi dalla produzione del documento
			Visite ispettive presso Unità associative di raccolta sangue per autorizzazione e accreditamento	Documento sui risultati delle visite ispettive (30/06/2014)	Visite effettuate presso tutte le Unità di associative di raccolta sangue autorizzate	Contestuale alla redazione del documento
			Adeguamento delle Unità associative di raccolta sangue ai requisiti di cui all'Accordo Stato/Regioni n. 242/2010	Documento nel quale sono elencati gli interventi correttivi (30/06/2014)	Tutte le Unità associative di raccolta sangue risultano adeguate alla normativa	entro 6 mesi dalla produzione del documento
			Recepimento dell'Accordo Stato/Regioni n. 149 del 25/07/2012 " Linee guida per l'accreditamento dei servizi trasfusionali e delle unità di raccolta del sangue e degli emocomponenti"	Delibera Giunta Regionale (31/01/2014)	Conclusione del processo di accreditamento	Entro 13 mesi dall'approvazione della DGR

			Aggiornamento del Piano Sangue che preveda: riduzione del numero di sedi di produzione del sangue ed emocomponenti; riduzione del numero di SIMT ; rimodulazione del numero di Unità associative di raccolta sangue	Decreto Commissario ad Acta (31/03/2014)	Riduzione di almeno 4 sedi di produzione su 21 presenti; riduzione di almeno 3 SIMT sui 21 presenti; riduzione del numero di Unità associative di raccolta sangue basato sul fabbisogno territoriale	entro 10 mesi dall'adozione del Decreto
			Monitoraggio e programmazione mensile delle raccolte legate al fabbisogno trasfusionale. Coinvolgimento dei MMGG nella informazione alla popolazione.	Documenti tecnici. Materiale formativo per i MMGG. Opuscoli informativi per la popolazione.	Riduzione di almeno il 40% delle unità acquisite da altra regione.	Entro il triennio (con un andamento in riduzione già dal 2014)
			Invio del plasma dai SIMT all'industria per la produzione di farmaci plasmaderivati	Elaborazione di un protocollo unico regionale per aumentare l'invio del plasma	Incremento del 10% nell'anno 2014 rispetto al 2012 ed incremento del 15% nel 2015 rispetto al 2012.	Entro il biennio 2014-2015 (con un andamento in aumento già dal 2014)
			Formazione del Personale dei SIMT e delle Associazioni di Volontariato	Documento regionale sul piano formativo	n. 2 aggiornamenti annui	Entro il triennio

Indicatori per il monitoraggio

Indicatore	Definizione	Fonti	Standard (parametri di riferimento ottimali cui tendere)
Attività dei servizi trasfusionali	N. unità di sangue prodotte per servizio trasfusionale	SISTRA	Almeno 40.000 unità di sangue intero/anno per servizio trasfusionale
Comitati ospedalieri per il buon uso del sangue	Numero comitati attivati e funzionanti sul totale degli ospedali in cui è presente un servizio trasfusionale	Verbali prodotti dai comitati	Almeno un comitato per ospedale; almeno 2 Riunioni/anno per comitato
Autosufficienza	Numero unità di GR prodotte/n. unità GR consumate	SISTRA	1
Invio del plasma da parte dei SIMT all'industria	Kg. plasma inviati alla lavorazione industriale/1.000 pop	SISTRA	Valore medio nazionale (fonte CNS)
Indice di donazione	Numero unità di sangue raccolte/numero donatori	SISTRA	2

Azione 13.3.5: 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.

Quadro normativo di riferimento

- Legge 23 dicembre 2005, n. 266 “Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato (legge finanziaria 2006)”;
- Intesa tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano del 28 marzo 2006, relativa al “Piano nazionale di contenimento dei tempi di attesa per il triennio 2006-2008, di cui all’art.1, comma 280 della Legge 23 dicembre 2005, n. 266” ;
- DGR 431 del 14 luglio 2006 “ Piano regionale sulle liste di attesa: recepimento delle indicazioni contenute nell’intesa tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano del 28 marzo 2006;
- DGR 342 dell’8 maggio 2008 “Approvazione delle linee-guida per l’esercizio della libera professione intramuraria nella Regione Lazio”;
- Intesa tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano del 28 ottobre 2010, relativa al “Piano nazionale di governo dei tempi di attesa per il triennio 2010-2012, di cui all’art.1, comma 280 della Legge 23 dicembre 2005, n. 266”;
- Legge regionale 22 aprile 2011, n. 6 “Disposizioni urgenti in materia sanitaria”;
- DGR 314 del 28 giugno 2012 ““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”;
- DCA 437 del 28 ottobre 2013 “Piano regionale per il governo delle liste di attesa 2013-2015”.
-

Analisi dell’offerta

La Regione Lazio, pur avendo recepito nel giugno del 2012 l’accordo Stato-Regioni del 28 ottobre 2010, solo nell’ottobre del 2013 ha approvato il proprio Piano Regionale per il Governo delle Liste di Attesa.

Per quanto riguarda il 2012:

- Ai fini del monitoraggio ex-post dei tempi di attesa per le prestazioni incluse nel flusso informativo ex articolo 50 della legge 326/2003, il livello di completezza delle informazioni rilevate non è tale da consentire il calcolo degli indicatori previsti dal PNGLA;
- Il monitoraggio ex-ante degli stessi tempi fornisce valori di rispetto dei tempi massimi di attesa previsti dal PNGLA non soddisfacenti (attorno al 75% per la classe B e attorno al 20% per la classe D);
- Per quanto riguarda il monitoraggio ex-post dei tempi di attesa per le prestazioni in regime di ricovero, i dati sulla data di prenotazione e sulla classe di priorità non raggiungono i livelli di completezza previsti dal monitoraggio nazionale.

La situazione del Lazio è caratterizzata dalla presenza di CUP aziendali (che non interagiscono tra di loro) e di un call center unico a livello regionale (ReCUP) a cui però la maggioranza degli erogatori pubblici rendono disponibile meno del 50% delle proprie agende. Inoltre, attraverso il ReCUP non è possibile prenotare sulle agende degli erogatori privati accreditati, che producono circa la metà del totale delle prestazioni erogate.

Interventi prioritari

- Definizione dei criteri, standard di riferimento, strumenti e metodologia per il monitoraggio dei tempi di attesa;

- Riorganizzazione ed estensione ai soggetti erogatori privati accreditati del sistema regionale di prenotazione ReCUP;
- Iniziative, adottate ai diversi livelli e indirizzate ai diversi attori del SSR, per promuovere l'appropriatezza prescrittiva, organizzativa e clinica;
- Sviluppo ed implementazione di percorsi assistenziali per la presa in carico dei malati cronici, a partire dalle aree cardiovascolare e oncologica;
- Applicazione generalizzata del divieto di sospendere le attività di prenotazione delle prestazioni, salvo che per documentati motivi tecnici;
- Revisione della regolamentazione dell'attività libero-professionale intramuraria.
- Attuazione ed ottimizzazione delle attività di monitoraggio previste dal PNGLA
-
- Impatto economico previsto
- La realizzazione degli interventi indicati in questa azione comporterà, per il SSR, costi aggiuntivi limitati, che si concentreranno soprattutto nella realizzazione della nuova piattaforma tecnologica per il ReCUP e che possono essere complessivamente stimati al di sotto dei 5 milioni di €.
- Sulla base di una spesa regionale per le prestazioni specialistiche incluse nelle branche 69 (Radiologia Diagnostica) e 79 (Risonanza Magnetica Nucleare), che ammonta, nel 2012, a 167 milioni di €, ipotizzando che la riduzione dell'inappropriatezza prescrittiva permetta di abbattere questa spesa del 10%, otteniamo un possibile risparmio annuo di 16,7 milioni di €. I risparmi in oggetto sono assorbiti nei programmi 7 e 9.
- PDTA Diabete

Il rapporto sullo stato di salute della popolazione del Lazio, elaborato dal Dipartimento di Epidemiologia del SSR (DEP-LAZIO) stima i casi di diabete mellito sopra i 35 anni prevalenti nel Lazio al 31/12/2008 in 313853 unità.

Nello studio SCoSSA-*pra*, anch'esso condotto dal DEP- Lazio sono stati calcolati i costi assistenziali di una coorte di 26775 pazienti affetti da Diabete mellito. I pazienti sono stati arruolati nel 2001 e seguiti per 5 anni.

Tabella 6.9 - Costo medio pro-capite (in €) nei 60 mesi successivi al periodo di arruolamento, per anno di follow-up. Coorte Diabete.

	I° anno	II° anno	III° anno	IV° anno	V° anno
Ricoveri ospedalieri	2341	2301	2234	2297	2200
Prestazioni ambulatoriali(*)	370	390	473	513	556
Prescrizioni farmaceutiche	744	770	840	888	967
Totale	3455	3461	3547	3698	3723

(*) inclusi gli accessi in pronto soccorso non seguiti da ricovero

Il costo annuo medio pro-capite di un paziente diabetico, in assenza di percorsi di cura integrati, si può dunque stimare in € 3600

Uno studio condotto nella ASL CN2 Alba-Bra (The European House – Ambrosetti, “Meridiano Sanità Diabete 2020”; 2013), oltre a produrre la stessa stima del costo medio annuo pro-capite, valuta in € 600 il “risparmio” derivato dalla implementazione di un ben definito PDTA.

Ipotizzando di attivare il PDTA per il Diabete in tutte le ASL del Lazio entro il 30/06/2014 e di applicarlo, nel secondo semestre dell'anno, al 30% dei pazienti diabetici, si può prevedere un risparmio, per il 2014, di 28 milioni di €.

Se il PDTA venisse esteso, nel 2015, al 50% dei pazienti il risparmio stimato per tale anno sarebbe di 94 milioni di €. I risparmi in oggetto sono assorbiti nei programmi 7, 9 e 17.

- PDTA Broncopneumopatia Cronica Ostruttiva
- Il rapporto sullo stato di salute della popolazione del Lazio, elaborato dal Dipartimento di Epidemiologia del SSR (DEP-LAZIO) stima i casi di BPCO prevalenti nel Lazio al 31/12/2008 in 265283 unità.

Una recente revisione sistematica con meta-analisi pubblicata nel 2013 su BMJ Pulmonary Medicine (Boland RS, et al.) stima che l'inserimento di un paziente con BPCO in un programma di disease management produca, in media, una riduzione dei costi assistenziali annui pari a circa € 900.

Ipotizzando di attivare il PDTA per la BPCO in tutte le ASL del Lazio entro il 30/06/2014 e di applicarlo, nel secondo semestre dell'anno, al 30% dei pazienti, si può prevedere un risparmio, per il 2014, di 36 milioni di €.

Se il PDTA venisse esteso, nel 2015, al 50% dei pazienti il risparmio stimato per tale anno sarebbe di 119 milioni di €. I risparmi in oggetto sono assorbiti nei programmi 7 e 9.

CRONOPROGRAMMA PO 2013-2015 REGIONE LAZIO PROGRAMMA 13.3.5

Area	Programma	Obiettivo/Intervento	Azione	Atto normativo/ Documento	Indicatore di risultato	Tempi di realizzazione dell'azione
4: Area "Livelli Essenziali di Assistenza"	13: Riequilibrio Ospedale-Territorio	13.3: Assistenza Primaria - 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	1. Adozione del Piano Regionale per il Governo delle Liste di Attesa, con recepimento dell'elenco delle prestazioni sottoposte a monitoraggio, della classificazione per priorità e dei relativi tempi massimi di attesa indicati nel PNGLA	Decreto del Commissario ad acta (entro il 31/10/2013)	Erogazione delle prestazioni previste dal PRGLA entro i tempi massimi di attesa per il 90% delle prenotazioni	Entro il 31/01/2014
			2. Avvio dell'utilizzo, da parte del sistema ReCUP, delle agende di prenotazione dei soggetti erogatori privati accreditati e classificati	Approvazione del Regolamento con Determina Regionale (entro il 31 dicembre 2013)	Integrazione nel ReCUP di almeno il 30% delle agende delle strutture private/classificate	Entro il 31/01/2015
			3. Estensione dell'utilizzo, da parte del sistema ReCUP, delle agende di prenotazione dei soggetti erogatori pubblici (AUSL, AO, IRCCS e Policlinici Universitari)	Assegnazione degli obiettivi ai Direttori Generali con Delibera di Giunta Regionale (entro il 30 giugno 2013)	Gestione da ReCUP di almeno il 60% delle agende delle strutture pubbliche	Entro il 31/01/2015
			4. Allineamento delle informazioni riportate sulla ricetta a cura del medico prescrittore a quanto previsto dal PRGLA (tipologia di accesso, classe di priorità, quesito diagnostico) per le prestazioni oggetto di monitoraggio	Determina regionale (entro il 28/02/2014)	Compilazione dei campi previsti nel 90% delle prescrizioni di prestazioni sottoposte a monitoraggio	Entro il 31/12/2014
			5. Realizzazione della nuova piattaforma tecnologica per il ReCUP	Bando di gara con provvedimento della Direzione Regionale Centrale Acquisti (entro il 30/06/2014)	Messa in produzione della nuova piattaforma web based	Entro il 30/06/2015
			6. Definizione e implementazione dei percorsi diagnostico terapeutici (PDT) nell'area cardiovascolare e oncologica	Approvazione dei percorsi con determina regionale (entro il 31/03/2014)	Rispetto dei tempi massimi previsti dal PRGLA (per i PDT ivi indicati) per il 90% dei pazienti	Entro il 31/12/2014

			7. Promozione dell'appropriatezza prescrittiva e organizzativa	Documento di indirizzo per i medici prescrittori approvato con Determina regionale (entro il 31/03/2014)	Riduzione del 10% dell'uso dei codici di priorità B e D	Entro il 30/06/2015
			8. Regolamentazione dell'attività libero-professionale intramuraria	Documento di indirizzo per gli erogatori pubblici approvato con Determina regionale (entro il 31/03/2014)	Tempi di attesa ordinari non superiori al 150% dei tempi di attesa ALPI	Entro il 31/12/2014
			9. Realizzazione del piano di comunicazione rivolto a prescrittori, erogatori e cittadini	Approvazione del piano con determina regionale (entro il 31/03/2014)	Incremento del 15% delle richieste di prenotazione rivolte al ReCUP per le prestazioni previste dal PRGLA	Entro il 31/12/2014
			10. Attivazione dei monitoraggi previsti dal PRGLA	Documento di indirizzo per le aziende sanitarie approvato con Determina regionale	Rispetto degli adempimenti previsti dalla griglia LEA	Entro il 31/12/2014

Indicatori per il monitoraggio.

Indicatore	Definizione	Fonte	Standard (parametri di riferimento ottimali cui tendere)
Implementazione del PRGLA	N° di piani attuativi aziendali approvati entro il 31/01/2014	Siti AA.SS.	100%
Utilizzo delle agende degli erogatori privati accreditati	% di prestazioni PRGLA prenotate da ReCUP presso erogatori privati accreditati	ReCUP	30%
Utilizzo delle agende degli erogatori pubblici	% di prestazioni PRGLA prenotate da ReCUP tra quelle erogate da soggetti pubblici	ReCUP/SIAS	60%
Garanzia dei tempi di attesa in regime ambulatoriale - 1	Risultato del monitoraggio ex-post – Classe B	SIAS/TS	90%
Garanzia dei tempi di attesa in regime ambulatoriale - 2	Risultato del monitoraggio ex-post – Classe D	SIAS/TS	90%
Garanzia dei tempi di attesa in regime ospedaliero - 1	Risultato del monitoraggio ex-post – Classe A	SIO	90%
Garanzia dei tempi di attesa in regime ospedaliero - 2	Risultato del monitoraggio ex-post – Classe B	SIO	90%

Intervento 13.4 Rete territoriale - Sub intervento 13.4.1.a: Piano di riorganizzazione, riqualificazione ed implementazione dell'assistenza territoriale e distrettuale, con indicazione delle aree con maggiori criticità (anziani, disabili, pazienti psichiatrici, tossicodipendenti, minori ...)

Quadro di riferimento normativo

La Regione Lazio ha intrapreso un percorso di riorganizzazione e riqualificazione dell'assistenza territoriale e in particolare di promozione dell'assistenza distrettuale, al fine di portare a compimento il processo di riequilibrio tra l'offerta ospedaliera per l'acuzie e quella territoriale, anche tenendo conto dell'evoluzione del quadro demografico ed epidemiologico.

Di seguito si elencano i principali provvedimenti adottati:

- 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";
- DCA 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";
- DCA 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";
- DCA 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";
- DCA 76/2013 "Assistenza territoriale. Rivalutazione dell'offerta assistenziale residenziale e semiresidenziale a persone non autosufficienti, anche anziane ai sensi del Decreto commissariale n. U00039/2012;
- DCA 105/2013 "Assistenza territoriale residenziale a persone non autosufficienti anche anziane. DPCA n. U0039/2012 e DPCA n. U0008/2011. Approvazione documento contenente i requisiti riferiti alla tipologia di trattamento estensivo per persone non autosufficienti, anche anziane".

Analisi dell'offerta

I Punti Unici di Accesso (PUA) attualmente attivi sono 40 e 7 PUA risultano parzialmente attivi.

L'offerta attuale per persone non autosufficienti, anche anziane, è pari a 5.524 posti residenziali. Relativamente all'offerta semiresidenziale, risultano con onere a carico SSR 26 posti, autorizzati 64 e 50 posti con parere favorevole alla realizzazione post L.R. 4/2003. Tale offerta è inferiore al valore indicato dal Comitato LEA (10 per mille), essendo attualmente pari al 5,5 per mille.

L'offerta attuale per persone con disabilità è pari a:

- posti residenziali estensivi 635 con onore a carico del SSR e 150 posti di ulteriore offerta
- posti residenziali socio-riabilitativi di mantenimento 1195 con onore a carico del SSR e 86 posti di ulteriore offerta
- posti semiresidenziale estensivi 1289 con onere a carico e 411 posti di ulteriore offerta
- posti socio-riabilitativi di mantenimento 1148 con onore a carico del SSR e 35 posti di ulteriore offerta.

L'ulteriore offerta comprende i posti di cui ai processi di riconversione, ai contenziosi in essere e i posti gestiti dalle strutture pubbliche.

Per quanto riguarda il regime non residenziale, l'offerta attuale è pari a 9.838 trattamenti (ambulatoriali e domiciliari).

Interventi prioritari dei PO 2013-2015

Promuovere la gestione efficace e proattiva, da parte dei servizi territoriali, delle condizioni di fragilità, disabilità, non autosufficienza e cronicità attraverso lo sviluppo di un rapporto più incisivo e integrato dei servizi distrettuali (ambulatoriali, domiciliari, residenziali) con la medicina generale e la pediatria di libera scelta, adottando l'approccio previsto dal Chronic Care Model per favorire la presa in carico ed avendo quale riferimento organizzativo il modello Casa della Salute.

Di seguito si elencano gli interventi ritenuti prioritari.

1. Promozione dell'accessibilità attraverso il completamento dell'attivazione dei Punti Unici di Accesso integrati sociosanitari. La prevista dotazione finale di PUA sul territorio è di uno per ciascun distretto. Al momento attuale risulta necessario attivare ancora 7 PUA.

2. Sviluppo della funzione distrettuale di Valutazione Multidimensionale. E' attiva presso ciascun distretto la funzione di valutazione multidimensionale per l'accesso all'assistenza residenziale e semiresidenziale per non autosufficienti, per la disabilità, per l'assistenza domiciliare e per le cure palliative. Si intende adottare un insieme di strumenti di valutazione multidimensionale uniformi per tutto il territorio regionale, come di seguito specificato.

Non autosufficienza

Con DGR 40/2008 la Regione Lazio ha adottato lo strumento di classificazione del case mix assistenziale in ambito residenziale e semiresidenziale Resource Utilization Groups (RUG), derivante dal Minimum Data Set-Long Term Care Facility appartenente alla suite InterRai (strumento indicato dal Gruppo di Lavoro Mattone 12 e Comitato LEA - Ministero della Salute). In coerenza con tale scelta e in considerazione delle specifiche tecnico scientifiche degli strumenti oggi disponibili all'interno della Suite InterRai, la Regione Lazio intende adottare i seguenti strumenti di valutazione validati in lingua italiana:

- InterRai Long Term Care Facility (residenzialità e semiresidenzialità)
- InterRai Home Care (assistenza domiciliare).

Disabilità

La Regione intende utilizzare, data l'indisponibilità di uno specifico strumento InterRai, la scheda di valutazione multidimensionale per la disabilità sviluppato dalla Regione Veneto S.Va.M.Di (residenzialità, semiresidenzialità, domiciliarità).

Punto Unico di Accesso

Verrà adottato, quale strumento di primo contatto, l'InterRai Contact Assessment, integrato per la componente sociale.

La Regione avvierà un percorso finalizzato all'implementazione degli strumenti sopra descritti, attraverso la stipula di un accordo rispettivamente con InterRai e Regione Veneto, affidando a LAit lo sviluppo delle componenti informatiche. Il processo di adozione dei suddetti strumenti con la relativa formazione del personale, sarà completato entro giugno 2015.

3. Realizzazione di Percorsi Diagnostico Terapeutico Assistenziali a livello distrettuale, in collaborazione con il livello ospedaliero e con i servizi sociali. Tali percorsi sono finalizzati alla gestione integrata del paziente per le principali patologie croniche e condizioni di fragilità (non autosufficienza, disturbi cognitivo-comportamentali, patologie cardiovascolari, diabete, BPCO, ecc.), sulla base di specifiche linee di indirizzo regionali da sviluppare anche utilizzando esperienze sia locali che di altre regioni.

4. L'intervento prevede il potenziamento dell'assistenza residenziale e semiresidenziale per persone non autosufficienti, anche anziane.

Il fabbisogno di posti residenziali e semiresidenziali per non autosufficienti è di seguito riportato (DCA 76/2013):

- 261 p.r. intensivi
- 1.177 p.r. estensivi
- 653 p. r. estensivi per disturbi cognitivo comportamentali gravi
- 653 posti semiresidenziali estensivi per disturbi cognitivo comportamentali gravi
- 9.675 p.r. mantenimento
- 653 posti semiresidenziali mantenimento

Per quanto attiene la programmazione di nuovi posti residenziali e semiresidenziali, si prevede di attivare 3.000 nuovi posti nel triennio:

- 110 p.r. intensivi (di cui 63 da riconversioni, come previsto dall'Azione 13.1.2);
- 600 p.r. estensivi (di cui 549 da riconversioni, comprensivi di 169 p.r. per disturbi cognitivo comportamentale);
- 300 posti semiresidenziali (di cui 100 semiresidenziali per disturbi cognitivo comportamentali gravi);
- 1990 p.r. di mantenimento di cui 500 di mantenimento A e 1490 di mantenimento B

per giungere ad un'offerta complessiva pari a 8.524 posti residenziali e 440 posti semiresidenziali (8,6 posti residenziali e semiresidenziali ogni 1.000 persone anziane).

5. Nell'ambito degli interventi programmatori relativi all'assistenza territoriale rivolta alle persone con disabilità, in considerazione del fatto che l'attuale offerta regionale residenziale e semiresidenziale si colloca al di sopra della soglia prevista dal Comitato LEA, si intende procedere alla rimodulazione nei diversi livelli di intensità assistenziale come previsti dal DPCA 39/2012. Si intende, altresì, procedere alla rimodulazione dell'offerta non residenziale (ambulatoriale e domiciliare) per la quale è previsto un incremento massimo pari al 20%, prevalentemente ambulatoriale.

6. Consolidamento della rete assistenziale per le persone con demenza. E' prevista la riorganizzazione delle Unità Valutative Alzheimer (UVA) regionali e, più in generale, dei servizi dedicati alla gestione dei pazienti con demenza, in coerenza con le indicazioni nazionali.

Azioni e crono programma

CRONOPROGRAMMA PO 2013-2015 REGIONE LAZIO						
Area	Programma	Obiettivo/Intervento	Azione	Atto normativo / documento	Indicatore di risultato (quantitativo/qualitativo) con standard	Tempi di realizzazione dell'azione
4: Livelli Essenziali di Assistenza	13: Riequilibrio ospedale-territorio	13.4: Rete Territoriale Azione 13.4.1: Piano di riorganizzazione, riqualificazione ed implementazione dell'assistenza territoriale e distrettuale, con indicazione delle aree con maggiori criticità (anziani, disabili, pazienti psichiatrici, tossicodipendenti, minori ...)	1. Attivazione PUA nei distretti ancora sprovvisti di tale funzione	Documento monitoraggio PUA	PUA attivi in tutti i distretti	30.06.2014
			2. Adozione, a livello regionale, degli strumenti di valutazione multidimensionale per gli ambiti assistenziali relativi alle persone non autosufficienti e alle persone con disabilità (domiciliarità, residenzialità e semiresidenzialità).	Provvedimenti regionale di adozione degli strumenti di valutazione multidimensionale – 30.06.2014	Disponibilità e utilizzo degli strumenti per la valutazione multidimensionale, informatizzati, presso tutti i distretti	30.06.2015
			3. Sviluppo PDTA per le principali patologie cronico degenerative	Provvedimento di adozione linee di indirizzo regionali 30.03.2014	Completamento dell'implementazione PDTA regionali per almeno 2 patologie cronico degenerative	30.06.2015
			4. Attivazione di nuovi posti residenziali e semiresidenziali per non autosufficienti	Documento monitoraggio provvedimenti autorizzazione di dei di	Attivazione di 3.000 nuovi posti residenziali e semiresidenziali	31.12.2015
			5. Rimodulazione dell'offerta per la disabilità	Documento monitoraggio provvedimenti rimodulazione di dei di	Rimodulazione dell'offerta in almeno l'80% delle strutture interessate	31.12.2014
			6. Riorganizzazione delle UVA in Centri diagnostici specialistici per le demenze e in Centri territoriali esperti e riequilibrio dell'offerta	Documento monitoraggio di	Riorganizzazione delle UVA in Centri diagnostici specialistici per le demenze e in Centri territoriali esperti in tutte le ASL e strutture ospedaliere interessate	31.12.2014

Indicatori per il monitoraggio

Cod	Indicatore	Definizione	Fonti	Standard
	Accessi PUA	Numero accessi PUA / popolazione residente *1000	Sistema informativo PUA	Andamento primi due anni in aumento
	Valutazione multidimensionale	Numero valutazioni multidimensionali per primo ingresso con strumenti standardizzati per ADI, residenzialità non autosufficienti e disabilità / numero assistiti primo ingresso ADI, residenzialità non autosufficienti e disabilità *100	SIAD, SIRA, SIAR	=> 85%
	Pazienti presi in carico PDTA	Numero di pazienti presi in carico per PDTA / numero di pazienti eleggibili (stima) *100 (PDTA Diabete e BPCO)	ASL	=> 30% nel 2014 => 50% nel 2015
	Numero di posti equivalenti per assistenza agli anziani in strutture residenziali ogni 1000 anziani residenti	(Giornate di assistenza agli anziani / 365) / Popolazione anziana residente * 1000	Fonti: ISTAT –SIS Modello STS.24 quadro G “Attività residenziale” / SIRA	6 - 9,9
	Numero di posti equivalenti residenziali e semiresidenziali in strutture che erogano assistenza ai disabili ogni 1000 residenti per livello assistenziale	((Giornate di assistenza per attività / 365) + (Giornate di assistenza per attività semiresidenziale * 0,5 / 365) + (Giornate di assistenza per attività residenziale di assistenza ai disabili psichici e ai disabili fisici / 365) + (Numero di giornate per attività semiresidenziale di assistenza ai disabili psichici e ai disabili fisici * 0,5 / 365)) / Popolazione residente) * 1.000	Fonti: ISTAT –; SIS Modello RIA.11 quadro H; SIS Modello STS.24 quadro F e Quadro G	>= 0,6

Quadro di riferimento normativo

Dall'anno 2008 ad oggi, nella Regione il quadro di riferimento normativo è stato regolato dai seguenti decreti:

- Decreto del Commissario ad Acta n. U0015 del 5 settembre 2008 recante "Definizione dei fabbisogni sanitari dell'assistenza residenziale per la salute mentale. Ridefinizione di alcune funzioni assistenziali delle Case di Cura Neuropsichiatriche. Approvazione della Relazione tecnica di ridefinizione di alcune funzioni assistenziali delle Case di Cura Neuropsichiatriche";
- il Decreto del Commissario ad Acta n.U0048 del 7 luglio 2009, avente ad Oggetto "Integrazione e modifica dei requisiti di cui alla DGR 424/2006" (ALL'. 1); "Ridefinizione dell'offerta complessiva di posti letto nelle Case di Cura Neuropsichiatriche e valorizzazione delle relative tariffe" (ALL'. 2) e successive modificazioni;
- Decreto del Commissario ad Acta n.U0090 recante: Approvazione di Requisiti minimi autorizzativi per l'esercizio di attività sanitarie e socio-sanitarie " (All.1), "Requisiti ulteriori per l'accreditamento" (All.2), "Sistema Informativo per le Autorizzazioni e gli accreditamenti delle Strutture Sanitarie (SAAS) - Manuale d'uso" (All.3). Adozione dei provvedimenti finalizzati alla cessazione degli accreditamenti provvisori e avvio del procedimento di accreditamento definitivo ai sensi dell'art.1, commi da 18 a 26 (Disposizioni per l'accreditamento istituzionale definitivo delle strutture sanitarie e socio-sanitarie private), Legge Regionale 10 Agosto 2010, n.3 e successive modificazioni;
- Decreto del Commissario ad Acta 3 febbraio 2011 n.8 "Modifica dell'Allegato 1 al decreto del Commissario ad Acta n.U0090".
- Piano di Azione Nazionale per la Salute Mentale.

Nello specifico il DCA 101 avrà attuazione, una volta ultimato l'iter di accreditamento

Analisi dell'offerta

Sul territorio della Regione Lazio sono presenti:

- a) 12 ex case di cura Neuropsichiatriche per le quali è in corso la procedura di accreditamento definitivo (800 posti di cui 240 STPIT, 150SRTRi, 130 SRTRe, 260 SRSR h24, 20 SRSR 12h) ;
- 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)
- d) centri diurni 55 nei DSM, 6 privati accreditati per 80 posti residenza.

In tutti i dipartimenti di salute mentale sono presenti strutture residenziali psichiatriche a gestione diretta (comunità terapeutica).

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.

Interventi prioritari

Completamento della riconversione delle strutture di cui al punto a)

Area	Programma	Obiettivo / Intervento	Azione	Atto normativo / documento	Indicatore di risultato (quantitativo/qualitativo) con standard	Tempi di realizzazione
Area 4. "Livelli Essenziali di Assistenza"	13. Riequilibrio Ospedale / Territorio	13.4. Rete territoriale	1. Completamento azione di riconversione come individuato dal DCA 101/2010 in collaborazione con Area Accreditamento	Decreto (dicembre 2013)	n. strutture accreditate come da riconversione (100%)	Giugno 2014
			2. Uniformare gli standard organizzativi e gestionali delle strutture residenziali psichiatriche (Ex CdCNP ed ex Comunità Terapeutiche)	Circolare (giugno 2014)	n. procedimenti regolamentati (almeno 3: liste di attesa, sistema di remunerazione, UVM)	Dicembre 2014
			3. Migliorare ed uniformare i Protocolli diagnostico terapeutici	Determina (dicembre 2014)	Linea guida regionale	Giugno 2015
			4. Regolazione delle quote di compartecipazione degli Enti Locali alla spesa dei trattamenti socio - riabilitativi -residenziali	Decreto (dicembre 2013)	Enti locali che compartecipano alla spesa (80%)	Giugno 2014

Responsabile del procedimento attuativo

Azione 1: Area Accreditamento - Area Programmazione Rete dei Servizi nell'area dei Soggetti Deboli

Azione 2: Area Programmazione Rete dei Servizi nell'area dei Soggetti Deboli – Sistema di Remunerazione e Verifica e Controllo Attività Sanitaria

Azione 3: Area Programmazione Rete dei Servizi nell'area dei Soggetti Deboli

Azione 4: Area Programmazione Rete dei Servizi nell'area dei Soggetti Deboli

Quadro di riferimento normativo

Progetto Obiettivo Nazionale Salute Mentale

Progetto Obiettivo Regionale Salute Mentale (DGR 236/2000)

Analisi dell'offerta

Sono attivi 12 Dipartimenti di Salute Mentale, articolati in strutture ospedaliere (SPDC) e territoriali (Ambulatoriali, Residenziali e Semiresidenziali), con 72 presidi(CSM), 31 ambulatori, 54 C.D, Sono state assistite circa 75.000 persone (con un incremento progressivo annuo) con diverse patologie che comprendono prevalentemente disturbi della sfera psicotica. Il personale dedicato, d'altra parte, è continuativamente in decremento, in relazione 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 (al primo semestre 2013 gli operatori erano 2.027)

Particolare criticità è data anche dalla complessità di adeguamento dell'offerta in relazione alla chiusura degli OPG.

In alcune ASL, ma non tutte, sono attivi protocolli operativi con i Ser.T. e i Servizi Materno Infantili (TSRMEE) per la gestione congiunta di pazienti con comorbilità psichiatrica e patologie della dipendenza e/o di pazienti giovani adulti.

Interventi Prioritari

Definizione della rete di assistenza territoriale ed ospedaliera in ambito di salute mentale

Definizione di modelli d'intervento per casistiche specifiche (urgenza; doppia diagnosi; giovani)

Definizione di fabbisogno di personale nei DSM (attuazione c.5, art. 3-ter, L.9/2012)

Area	Programma	Obiettivo / Intervento	Azione	Atto normativo / documento	Indicatore di risultato (quantitativo/qualitativo) con standard	Tempi di realizzazione
Area 4. "Livelli Essenziali di Assistenza"	13. Riequilibrio Ospedale / Territorio	13.4. Rete territoriale	1. Definizione della rete di assistenza territoriale ed ospedaliera in ambito di salute mentale	Decreto (settembre 2014)	n. servizi riorganizzati (100%)	Gennaio 2015
			2. Definizione di modelli d'intervento per casistiche specifiche (urgenza; doppia diagnosi; giovani	Determina (dicembre 2014)	n. ASL che recepiscono indicazioni regionali (80%)	Giugno 2015
			3. Definizione di fabbisogno di personale nei DSM	Decreto (giugno 2014)	n. personale acquisito (70%)	Dicembre 2015

Responsabile del procedimento attuativo

Azione 1: Area Programmazione Rete dei Servizi nell'area dei Soggetti Deboli – Area Programmazione della Rete Ospedaliera (Pubblica-Privata-Policlinici Universitari) e Ricerca

Azione 2: Area Programmazione Rete dei Servizi nell'area dei Soggetti Deboli

Azione 3: Area Programmazione Rete dei Servizi nell'area dei Soggetti Deboli

Quadro di riferimento normativo

- 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
- Decreto del Commissario ad Acta n. U00424 del 19 dicembre 2012, 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”, 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) finalizzate a limitare i ricoveri inappropriati e a produrre risparmi.

Analisi dell’offerta

I principali dati epidemiologici di riferimento in questo settore provengono dai dati del Sistema Informativo Ospedaliero (SIO). La Regione Lazio si sta dotando di un sistema informativo specifico per la salute mentale in età evolutiva che raccoglierà i dati delle prestazioni effettuate dai servizi territoriali che rappresentano un altro fondamentale elemento dell’assistenza in questo ambito.

Nel Lazio in tutto il 2010, su 117.105 dimissioni di minori da reparti di degenza per acuti (regime ordinario, tutte le specialità) 921 (0,8%) avevano una diagnosi principale psichiatrica. Il 30,3% di queste dimissioni (N=279) proveniva da reparti con nessuna specificità psichiatrica (né psichiatrici, né neuropsichiatria infantile, né neurologici). Le dimissioni da reparti di neuropsichiatria infantile (NPI) costituivano il 49,1% (N=452), quelle da reparto di pediatria costituivano il 17,2% (N=158), quelle da reparto neurologico il 14,9% (N=137) e quelle da reparto psichiatrico (N=53) costituivano solo il 5,8%. La maggioranza assoluta delle dimissioni provenienti da reparti non psichiatrici (N=279), non di neuropsichiatria infantile né neurologici, aveva una diagnosi compresa nel gruppo delle *nevrosi* (58,8%) ed era stata ricoverata in un reparto di pediatria (56,6%). La distribuzione per classi di età delle dimissioni in regime ordinario di minori da reparti di degenza per acuti con diagnosi principale psichiatrica, evidenzia che 321 di queste, cioè circa un terzo, è prodotto da minori con età compresa fra 14 e 17 anni (18 anni non compiuti).

I reparti psichiatrici pubblici per acuti (cod. 40) di norma ricoverano esclusivamente soggetti maggiorenni. Peraltro, presso tali reparti nel 2010 hanno avuto luogo 53 dimissioni di minori, la cui età era per il 94,3% compresa fra 14 e 17 anni. Complessivamente, le 53 dimissioni di minori da reparti psichiatrici sono state prodotte da 39 soggetti. Dei 39 soggetti relativi alle 53 dimissioni, 36 erano adolescenti (età 14-17 anni) ed hanno prodotto 50 dimissioni. Le dimissioni degli adolescenti sono avvenute nei seguenti reparti: Servizi Psichiatrici di Diagnosi e Cura (SPDC) 60%; Reparti Universitari di psichiatria in degenza ordinaria 22%; Reparti di Case di Cura Neuropsichiatriche provvisoriamente accreditate 18% (Agenzia di Sanità Pubblica, *Dimissioni di minori da reparti di degenza per acuti*, Lazio, 2010).

A seguito del DPCM 1 aprile 2008, i minori coinvolti nel circuito penale vanno inseriti in questo sistema di assistenza sanitaria. Al centro di tale sistema assistenziale per la salute mentale dei

minori è collocato il TSMREE quale struttura pubblica territoriale aperta ad accesso diretto che esercita funzioni di prevenzione, tutela, diagnosi, cura, riabilitazione, inserimento scolastico e sociale dei soggetti in età evolutiva (0-17 anni).

La differenziazione delle strutture e dei livelli assistenziali offerti da tutto il sistema a regime ha come obiettivi sia il raggiungimento di una migliore appropriatezza delle prestazioni, considerata l'età evolutiva come momento altamente mutabile dal punto di vista psicologico, sia una permanenza temporale dei minori ridotta il più possibile. Infatti i disturbi dell'età evolutiva si modificano nel tempo e col tempo secondo linee complesse e specifiche e la riabilitazione è componente essenziale del processo di cura.

Interventi prioritari

Adeguamento strutture per minori con disturbi psicopatologici e/o psichiatrici

Area	Programma	Obiettivo /Intervento	Azione	Atto normativo /documento	Indicatore di risultato (quantitativo/qualitativo) con standard	Tempi di realizzazione
n. 4: "Livelli Essenziali di Assistenza"	4.13. Riequilibrio Ospedale-Territorio	13.4.1.d Minori	Apertura Struttura SRTR intensiva per Adolescenti	Decreto	n. strutture aperte SRTR intensiva per Adolescenti (almeno una)	Giugno 2014
			Apertura Struttura SRTR estensiva per Adolescenti	Decreto	n. strutture aperte SRTR estensive per Adolescenti (almeno una)	Giugno 2015
			Apertura Reparto di emergenza psichiatrica	Decreto	apertura Reparto di emergenza psichiatrica	Giugno 2015

Indicatori per il monitoraggio

Cod	Indicatore	Definizione	Fonti	Standard
1	n. strutture aperte SRTR intensiva per Adolescenti	Strutture Residenziali Terapeutico Riabilitative intensive	Rete territoriale	>= 1 struttura attivata
2	n. strutture aperte SRTR estensive per Adolescenti	Strutture Residenziali Terapeutico Riabilitative estensive	Rete territoriale	>= 1 struttura attivata
3	apertura Reparto di emergenza psichiatrica per minori	Riunioni per la condivisione della pianificazione e strategia regionale	Piano rete ospedaliera	>= 1 struttura attivata

Responsabile del procedimento attuativo

Azione 1: Area Programmazione Rete dei Servizi nell'area dei Soggetti Deboli – Area Autorizzazione e Accreditamento - Completamento Adempimenti Legge 12/2011

Azione 2: Area Programmazione Rete dei Servizi nell'area dei Soggetti Deboli – Area Autorizzazione e Accreditamento - Completamento Adempimenti Legge 12/2011

Azione 3: Area Programmazione Rete dei Servizi nell'area dei Soggetti Deboli – Area Programmazione della Rete Ospedaliera (Pubblica-Privata-Policlinici Universitari) e Ricerca

Sub intervento 13.4.1.e – Piano di riorganizzazione ed implementazione dell'assistenza territoriale e distrettuale in riferimento all'area delle dipendenze

Quadro di riferimento normativo

- Decreto del Presidente della Repubblica del 9 ottobre 1990, n. 309 e s.m.e.i., recante: "Testo unico delle leggi in materia di disciplina degli stupefacenti e sostanze psicotrope, prevenzione, cura e riabilitazione dei relativi stati di tossicodipendenza".
- Legge 18 febbraio 1999, n. 45 - Disposizioni per il Fondo nazionale di intervento per la lotta alla droga e in materia di personale dei Servizi per le tossicodipendenze.
- Accordo Stato Regioni e P.A. 21 gennaio 1999 Conferenza permanente per i rapporti tra lo stato le regioni e le province autonome di Trento e Bolzano per la "Riorganizzazione del sistema di assistenza ai tossicodipendenti".
- Accordo Stato – Regioni e P.A. Provvedimento del 5 agosto 1999, C.U. Regioni e P.A. "Determinazione dei requisiti minimi standard per l'autorizzazione al funzionamento e per l'accREDITAMENTO dei servizi privati di assistenza alle persone dipendenti da sostanze di abuso".
- DPCM 29 Novembre 2001: "Definizione dei Livelli essenziali di assistenza".
- Legge 30 marzo 2001, n. 125, recante "Legge quadro in materia di alcol e di problemi alcol correlati".
- Accordo Stato – Regioni e P.A. Provvedimento del 30 ottobre 2007, "Intesa, ai sensi dell'articolo 8, comma 6, della legge 5 giugno 2003, n. 131, in materia di accertamento di assenza di tossicodipendenza"
- Accordo Stato – Regioni e P.A. Provvedimento del 17 settembre 2008. "Procedure per gli accertamenti sanitari di assenza di tossicodipendenza o di assunzione di sostanze stupefacenti o psicotrope in lavoratori addetti a mansioni che comportano particolari rischi per la sicurezza, l'incolumità' e la salute di terzi applicative del provvedimento n. 99/cu 30 ottobre 2007"
- Legge 29 luglio 2010, n. 120, recante "Disposizioni in materia di sicurezza stradale"
- Decreto-legge 13 settembre 2012, n. 158, coordinato con la legge di conversione 8 novembre 2012, n. 189, recante: «Disposizioni urgenti per promuovere lo sviluppo del Paese mediante un più alto livello di tutela della salute.»

Atti della Regione Lazio (attualmente in vigore)

- DGR 332/2009 "Recepimento dell'Intesa n.99/CU del 30/09/2007 sancita in Conferenza Unificata e dell'Accordo Stato-Regioni rep. Atti n. 178 del 18/09/2008 e approvazione delle procedure adottate dalla Regione Lazio per gli "Accertamenti Sanitari di assenza di tossicodipendenza o di assunzione di sostanze stupefacenti o psicotrope in lavoratori addetti a mansioni che comportano particolari rischi per la sicurezza, l'incolumità e la salute di terzi"
- DGR 230/2009 "Approvazione "Manuale operativo per i professionisti dei Servizi per le Tossicodipendenze (Ser.T.) addetti all'assistenza sanitaria ai detenuti tossicodipendenti" .
- Decreto del Commissario ad Acta 24 dicembre 2012, n. U00430 recante "Lotta alla droga. Approvazione bando per l'assegnazione di progetti di carattere sanitario per la cura di soggetti con patologie della dipendenza nella Regione Lazio. Istituzione della commissione per la valutazione dei progetti. Proroga dei progetti di cui alla DGR 159/2011"
- Determina Regionale B02807 del 04.07.2013 "Approvazione Linea Guida per la valutazione degli esiti clinici per i servizi per le patologie delle dipendenze"

Analisi dell'offerta

L'utenza dei Ser.T. 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).

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 Lazio).

Nella Regione Lazio sono attivi 47 Servizi Pubblici per le Dipendenze (Ser.T.), 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 quindici anni attraverso la realizzazione di 45 progetti, messi periodicamente a bando, che garantiscono:

- Servizi ambulatoriali specialistici (cocainomani, alcolisti, immigrati, gambler)
- Servizi semiresidenziali specialistici (trattamento psicopatologia, alcolisti)
- Servizi residenziali specialistici (Cocainomani, alcolisti, minori, comorbilità psichiatrica)
- Servizi di Prima Accoglienza (centri diurni e centri notturni)
- Servizi Mobili per la Prevenzione di Patologie Correlate (Unità mobili, Unità h24, Unità farmacologica, Unità giovani, Unità grandi eventi)

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.**

Sono impegnati nel settore delle dipendenze più di 1000 professionisti, di cui circa 550 dipendenti dalle Aziende Sanitarie Locali. La mancanza di nuove assunzioni nel settore pubblico sta conducendo ad un progressivo impoverimento di figure professionali, con il rischio di chiusura di servizi.

Interventi prioritari

Completamento della rete assistenziale prevista dalla normativa vigente

Area	Programma	Obiettivo / Intervento	Azione	Atto normativo/documento	Indicatore di risultato (quantitativo/qualitativo) con standard	Tempi di realizzazione
Area – 4. Livelli essenziali di assistenza	13.4 - Rete territoriale – Riequilibrio Ospedale Territorio	13.4.1.e - Piani di riorganizzazione ed implementazione dell'assistenza territoriale e distrettuale, in riferimento all'area delle dipendenze	1. Analisi del fabbisogno e accreditamento strutture previste dai LEA (riconversione progetti)	Decreto (dicembre 2014)	– report fabbisogno – n. nuove tipologie di strutture accreditate	Giugno 2014 Dicembre 2014
			2. Programmazione e verifica delle strategie e delle azioni in ambito di patologie delle dipendenze.	DGR (Dicembre 2013)	– n. incontri Tavoli di Coordinamento dei responsabili dei servizi pubblici e privati accreditati per le dipendenze – Piano di azione regionale, annuale/triennale per le patologie delle dipendenze	Ottobre 2014 Dicembre 2014
			3. Adeguamento delle rette regionali per i trattamenti residenziali /semiresidenziali	DCA (Giugno 2014)	– analisi di impatto economico – tariffa rette per tipologia trattamento	Giugno 2014
			4. Gestione di minori con problematiche collegate all'uso di sostanze, (con o senza psicopatologia in atto) e sviluppo rete interservizi	DCA (Settembre 2014)	– report fabbisogno strutture dedicate – protocollo operativo di cogestione paziente – piano di sviluppo lavoro interservizi	Settembre 2014

Indicatori per il monitoraggio

Cod	Indicatore	Definizione	Fonti	Standard
1	report fabbisogno	Pianificazione della necessaria offerta di servizi previsti dai LEA per le patologie della dipendenza in ambito ambulatoriale, semiresidenziale, residenziale e sul campo	Atto regionale	Si/no
2	n. nuove tipologie di strutture accreditate	Tipologie di strutture accreditate, in relazione a quanto previsto dai LEA e specificato dall'Atto di intesa Stato Regioni 1999	Area Accreditamento	80%
3	n. incontri Tavoli di Coordinamento dei responsabili dei servizi pubblici e privati accreditati per le dipendenze	Riunioni per la condivisione della pianificazione e strategia regionale	Atti regionali (verbali)	10 incontri
4	Piano di azione regionale, annuale/triennale per le patologie delle dipendenze	Redazione ed approvazione del Piano di azione regionale	Atto regionale	Si/no
5	analisi di impatto economico	Report di analisi dei costi complessivi per l'adeguamento rette	Atto regionale	Si/no
6	tariffa rette per tipologia trattamento	Tariffa giornaliera per rette per trattamento residenziale /semiresidenziale in relazione alla tipologia (terapeutico, pedagogico, specialistico, di rete)	Atto regionale	Adeguamento alla media nazionale
7	report fabbisogno strutture dedicate	Pianificazione dei servizi ambulatoriali, semiresidenziali, residenziali e di ricovero per minori, con o senza psicopatologia, con problematiche collegate all'uso di sostanze	Atto regionale	Si/no
8	protocollo operativo di cogestione paziente	Redazione atto regionale, condiviso tra servizi	Atto regionale	Si/no
9	piano di sviluppo lavoro interservizi	Redazione linee di indirizzo organizzativo	Atto regionale	Si/no

Responsabile del procedimento attuativo

Azione 1: Area Programmazione Rete dei Servizi nell'area dei Soggetti Deboli – Area Autorizzazione e Accreditamento - Completamento Adempimenti Legge 12/2011

Azione 2: Area Programmazione Rete dei Servizi nell'area dei Soggetti Deboli

Azione 3: Area Programmazione Rete dei Servizi nell'area dei Soggetti Deboli – Area Sistema di Remunerazione e Verifica e Controllo Attività Sanitaria

Azione 13.4.2: 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).

Quadro di riferimento normativo

La Regione Lazio ha, negli ultimi anni, intrapreso un percorso di riorganizzazione e qualificazione dei servizi domiciliari, coinvolgendo i referenti dei Centri di Assistenza Domiciliare delle Aziende USL del Lazio in Tavoli Tecnici finalizzati alla predisposizione dei relativi provvedimenti normativi. Tale percorso è finalizzato a sviluppare e consolidare la presa in carico dei pazienti a domicilio, ed in particolare di quelli con patologia cronica, nell'ambito di definiti percorsi diagnostico terapeutico assistenziali.

Le DGR 325 e 326 del 2008 definiscono l'organizzazione dei servizi di assistenza domiciliare.

Il DCA 429/2012 omogeneizza alcune procedure ADI, con particolare riferimento al Piano di Assistenza Individuale. Lo stesso DCA definisce la stima di prevalenza della popolazione eleggibile e dei posti per l'Assistenza Domiciliare Integrata nella Regione Lazio, per persone non autosufficienti, anche anziane per livello assistenziale.

Analisi dell'offerta

La percentuale di anziani di età uguale o maggiore ai 65 anni seguiti dai Centri di Assistenza Domiciliare della Regione Lazio è pari al 4,02%, a fronte dello standard =>4% (Fonte: LEA 2011). Il novero complessivo delle 45.688 persone seguite in ADI nel 2011 è comprensivo dei soggetti con età uguale o inferiore ai 64 anni.

Interventi prioritari del PO 2013-2015

Completamento della riqualificazione dell'Assistenza Domiciliare Integrata in linea con gli standard assistenziali nazionali.

Supporto al processo di deospedalizzazione e valutazione di eventuali forme di ospedalizzazione a domicilio in coerenza con i principi di appropriatezza delle cure, sostenibilità degli interventi e economicità.

In particolare, gli interventi considerati prioritari sono di seguito elencati:

- Ricollocazione nei servizi di assistenza domiciliare di parte delle risorse umane e tecnologiche derivanti dai processi di riconversione.
- Adozione dello strumento di valutazione multidimensionale unico a livello regionale per l'accesso alle cure domiciliari (rif. azione 13.4.1).

CRONOPROGRAMMA PO 2013-2015 REGIONE LAZIO

Area	Programma	Obiettivo/Intervento	Azione	Atto normativo / documento	Indicatore di risultato (quantitativo/qualitativo) con standard	Tempi di realizzazione dell'azione
4: Livelli Essenziali di Assistenza	14: Riequilibrio ospedale-territorio	Intervento 13.4: Rete Territoriale Azione 13.4.2: 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)	1. Collocazione di parte delle risorse umane e tecnologiche derivanti dai processi di riconversione presso i centri di assistenza domiciliare	Piano di mobilità 30.06.2014	Ricollocazione del personale previsto dal piano di mobilità	30.06.2015
			2. Adozione dello strumento di valutazione multidimensionale unico a livello regionale per l'accesso alle cure domiciliari (cfr. Azione 14.4.1)	Provvedimento regionale di adozione dello strumento di valutazione multidimensionale 30.06.2014	Utilizzazione dello strumento di VMD regionale da parte delle unità valutative	30.06.2015

Indicatori per il monitoraggio

Cod	Indicatore	Definizione	Fonti	Standard
	Percentuale di anziani ≥ 65 anni trattati in ADI	(Numero anziani trattati in ADI / Popolazione anziana residente) * 100	SIAD / ISTAT	>= 4%

Programma 14 – reti assistenziali per intensità di cure

Intervento 14.1.: individuazione dei presidi secondo il modello hub&spoke secondo la logica dell'intensità delle cure

Rete cardiologica

Quadro normativo di riferimento

Il Decreto del Commissario ad Acta n. 74 del 2010 definisce la programmazione dell'offerta assistenziale ospedaliera di cardiologia. Il modello organizzativo prevede una rete *Hub&Spoke* articolata su diversi livelli di complessità assistenziale, cui corrispondono specifiche tipologie di struttura.

La rete cardiologica nel Lazio

I centri HUB sono 4 Policlinico Umberto I, Policlinico Tor Vergata, AO San Camillo-Forlanini, Policlinico Gemelli e sono strutture sede di DEA, con UTIC ad alta tecnologia, emodinamica interventistica h24, un reparto di cardiocirurgia e di chirurgia vascolare.

I centri Spoke di II livello sono 16 e sono strutture sede di DEA o PS con UTIC ed emodinamica interventistica h24

I centri Spoke di I livello sono nove e sono strutture sede di PS o DEA dotata di posti letto di cardiologia ed UTIC.

La rete è integrata con strutture con strutture sede di PS senza UTIC che partecipano alla gestione dei pazienti con IMA giunti autonomamente, interfacciandosi con i *Spoke* I e II, a seconda della gravità del caso

Data la configurazione della rete, il 78,9% della popolazione residente nel Lazio può raggiungere, considerando i tempi di percorrenza teorici della rete stradale, una struttura dotata di Emodinamica e posti letto di cardiologia ed UTIC in un tempo inferiore ai 20'. Questo indicatore è pari al 100% nell'area metropolitana di Roma, risulta inferiore nelle aree di Fiumicino (73,7%) e di Latina e provincia (72,0%) e molto più basso nel resto della regione (ASL RM/G, 55,3%; ASL Frosinone, 53,4%; ASL Rieti, 49,8%; ASL Viterbo, 39,7%; ASL RM/F, 15,4%).

I servizi di emodinamica previsti dal DCA 74/2010 non sono uniformemente distribuiti a livello regionale: risulta un eccesso di offerta sul territorio della ASL RME, dove si concentrano 6 strutture, mentre non sono presenti presso le tre ASL della provincia di Roma (ASL RM/F, RM/G e RM/H) . Per quanto riguarda la dotazione di posti letto, non tutte le strutture rispettano il rapporto 3:1 fra posti letto di cardiologia ed UTIC ed 3 strutture dichiarano posti di cardiologia senza UTIC (Allegato).

Dati di attività

È stato definito sotto soglia un reparto i cui i volumi di ricovero per IMA fossero inferiori a 80 ricoveri per anno e il numero di PTCA fosse inferiore a 200 procedure per anno. Per il 2012 sono stati calcolati i volumi di ricovero per IMA e di intervento di PTCA per singolo reparto e sono stati valutati i reparti al di sotto delle soglie previste dal D.L. n. 95 del Ministero della Salute (6 luglio 2012).

La tabella mostra che 26 (36,6%) dei 71 reparti di cardiologia della Regione Lazio risultano essere al di sotto delle soglie previste, pur ridotte del 20%, con un totale di 10.044 ricoveri su 48258 (20,8%) effettuati in strutture al di sotto delle soglie minime di volume di attività.

Tabella 1 – Ricoveri e reparti sotto soglia di volume di ricoveri per IMA e PTCA.

Specialità	N° Ricoveri sotto soglia	N° totale di ricoveri	% ricoveri sotto soglia	N° reparti sotto soglia	N° totale di reparti	% reparti sotto soglia
Cardiologia	10.044	48.285	20,8	26	71	36,6

Il numero di pazienti ricoverati per IMA che accedono al PS trasportati da mezzi di soccorso (Ambulanza 118, pubblica, privata, eliambulanza etc.) è pari al 50,8%. La quota di casi di pazienti con sopralivellamento del tratto ST (STEMI) trasportati da mezzi di soccorso è analoga, pari al 49,9%.

Gli indicatori di esito del P.Re.Val.E. mostrano che la proporzione di ricoveri per IMA che hanno ricevuto una PTCA entro 48 ore dall'accesso in ospedale è pari a 40,3%, con un minimo di 11,2% e un massimo di 66,4%. La proporzione di ricoveri per STEMI che hanno ricevuto una PTCA entro 90 minuti dall'accesso in ospedale è pari a 21,2%, con un minimo di 1,3% e un massimo di 51,3%.

Dai dati di attività 2012, le strutture che documentano una procedura di PTCA risultano 26 (sono escluse due strutture con meno di 10 PTCA); il volume di PTCA presenta un'ampia variabilità (range 61- 902), inoltre la proporzione di PTCA eseguite per condizioni diverse dall'infarto (NO IMA) varia dal 16,6% al 96,3% (Allegato).

Interventi prioritari

- Ridefinizione del modello organizzativo previsto dal DCA 74/2010 con tre tipologie di punti di offerta e relativi bacini di afferenza: (1) centro con emodinamica, posti letto di cardiologia ed UTIC (rapporto 3:1) e posti letto di Cardiocirurgia e Chirurgia Vascolare; (2) centro con emodinamica e posti letto di cardiologia ed UTIC (rapporto 3:1); (3) centro con posti letto di cardiologia ed UTIC (rapporto 3:1).
- Accredimento dei punti di offerta basato sul fabbisogno e localizzazione geografica. Le emodinamiche dovranno essere attive h24 (anche in reperibilità notturna), avere un volume minimo pari a 400 PTCA/anno (in accordo con le Linee guida GISE) ovvero inferiore in base a particolari condizioni oro-geografiche. Accredimento di servizi di emodinamica senza Pronto Soccorso a condizione che eseguano angioplastiche non primarie in funzione di service per le strutture appartenenti alla rete.
- Conversione dei posti letto di cardiologia in posti letto di medicina generale in strutture prive di emodinamica ed UTIC.
- Organizzazione di percorsi "fast track" per invio diretto degli infarti STEMI ai nodi della rete
- Monitoraggio sistematico delle performance delle strutture della rete cardiologica e delle criticità relative al trasporto primario con particolare riferimento alla quota di accessi in PS con mezzi autonomi.
- Attivazione di un sistema regionale di telemedicina per la trasmissione dei tracciati ECG e consulenza a distanza.

CRONOPROGRAMMA PO 2013-2015

CRONOPROGRAMMA PO 2013-2015 REGIONE LAZIO						
Area	Programma	Obiettivo/Intervento	Azione	Atto normativo/ Documento	Indicatore di risultato	Tempi di realizzazione dell'azione
4: Area "Livelli Essenziali di Assistenza"	14: Reti assistenziali per intensità di cura	14.1 Individuazione di presidi secondo il modello Hub&Spoke secondo la logica dell'intensità delle cure - RETE CARDIO	1. Ridefinizione dell'assetto della rete per cardiologie, UTIC ed emodinamiche, basata sui criteri della bozza di regolamento ministeriale di cui alla L. 135/2012, sulle LG GISE e sulla presenza di punti di offerta con PL di cardiologia e UTIC in rapporto di 3:1	Decreto Commissario ad Acta (entro 31/03/2014)	100% dei punti di offerta in linea con il nuovo DPCA	entro 9 mesi dall'approvazione dell'atto
			2. Riduzione/rimodulazione emodinamiche garantendo volumi di attività minimi di 400 PTCA annue nell'area metropolitana di Roma ed inferiori in aree extra-metropolitane	Decreto Commissario ad Acta (entro 31/03/2014)	100% dei punti di offerta in linea con il nuovo DPCA	entro 9 mesi dall'approvazione dell'atto
			3. Attribuzione ai Direttori Generali delle Aziende Sanitarie, Ospedaliere ed Universitarie dell'obiettivo "Qualità ed esito delle cure" riguardante il miglioramento della proporzione di episodi di STEMI trattati con PTCA entro 90' dall'accesso nella struttura di ricovero.	Determina regionale (entro 31/03/2014)	Almeno 60% dei pazienti con STEMI per struttura trattati entro 90'	entro 9 mesi dall'approvazione dell'atto
			4. Realizzazione di un sistema di telemedicina per la lettura dei tracciati ECG	Determina regionale (entro 31/03/2014)	Teleconsulto in almeno l'80% dei trasporti 118 non medicalizzati di soggetti con sospetto di IMA	entro 9 mesi dall'approvazione dell'atto

Indicatori per il monitoraggio

Indicatore	Definizione	Fonti	Standard (parametri di riferimento ottimali cui tendere)
Infarto Miocardico Acuto: proporzione di trattati con PTCA entro 2 giorni (struttura di accesso)	Numero di episodi di IMA in cui il paziente abbia eseguito una PTCA entro 2 giorni/ Numero di episodi di IMA	SIO, SIES	70%
Infarto Miocardico Acuto: proporzione di trattati con PTCA entro 2 giorni (struttura di ricovero)	Numero di episodi di IMA in cui il paziente abbia eseguito una PTCA entro 2 gg/ Numero di episodi di IMA	SIO, SIES	70%
STEMI: proporzione di trattati con PTCA entro 90 minuti (struttura di accesso)	Numero di episodi di STEMI in cui il paziente abbia eseguito una PTCA entro 90 minuti/ Numero di episodi di STEMI	SIO, SIES, RAD ESITO	60%
STEMI: proporzione di trattati con PTCA entro 90 minuti (struttura di ricovero)	Numero di episodi di STEMI in cui il paziente abbia eseguito una PTCA entro 90 minuti/ Numero di episodi di STEMI	SIO, SIES, RAD ESITO	60%
Bypass Aortocoronarico: mortalità a 30 giorni	Numero di ricoveri con esecuzione di BPAC isolato, in cui il paziente risulta deceduto entro trenta giorni dalla data dell'intervento/ Numero di ricoveri con esecuzione di BPAC isolato	SIO, SIES, RAD ESITO	≤4%
Ospedalizzazione per PTCA	Ricoveri programmati per acuti ordinari e day hospital con intervento di PTCA/Popolazione residente	SIO	
Proporzione dei ricoveri per IMA per provenienza	Numero di episodi di IMA per provenienza (stesso PS, altro PS e non proveniente da PS)/ Numero di episodi di IMA	SIO, SIES	
Proporzione dei ricoveri per IMA per destinazione	Numero di episodi di IMA per destinazione (ricovero in UTIC, TI, cardiologia e altro)/ Numero di episodi di IMA	SIO, SIES	
Proporzione dei ricoveri per STEMI per provenienza	Numero di episodi di STEMI per provenienza (stesso PS, altro PS e non proveniente da PS)/ Numero di episodi di STEMI	SIO, SIES	
Proporzione dei ricoveri per STEMI per destinazione	Numero di episodi di STEMI per destinazione (ricovero in UTIC, TI, cardiologia e altro)/ Numero di episodi di STEMI	SIO, SIES	
Volume di Infarto miocardico acuto	Numero di ricoveri per IMA	SIO	100 casi
Volume di STEMI	Numero di ricoveri per STEMI	SIO	60 casi
Volume di PTCA	Numero di ricoveri con intervento di PTCA	SIO	250-400 casi per area metropolitana
Volume di PTCA eseguita per condizione diverse dall'Infarto Miocardico Acuto.	Numero di ricoveri con intervento di PTCA eseguito in assenza di diagnosi di IMA	SIO	Inferiore 60%
Volume di Bypass aortocoronarico	Numero di interventi di Bypass aortocoronarico	SIO	150 casi

ALLEGATO – Istituti con posti letto di cardiologia e/o di cardiocirurgia e/o chirurgia vascolare e/o servizio di emodinamica con dati di attività (anno 2012).

Istituto	PL ordinari NSIS		Rapporto PL Cardio /UTIC	Cardio gg degenza	Cardio PL equival. *	UTIC gg degenza	UTIC PL equival. *	PL CARDIO-CHIRURGIA	PL CHIR VASC.	Ruolo DCA 74/10	Tipo PS	Emodinamica programmata dal DPCA 74/2010	IM A n.	PTC A n.	NO IMA %
San Giovanni Calibita - FBF	19	4	4,8	6332	20	1339	4			SPOKE 1	DEA I		110	87	54,0
Villa Tiberia	14			3034	10								3	0	-
OSPEDALE SANDRO PERTINI	30	8	3,8	10347,5	33	2673	9		10	SPOKE 2	DEA I	h12 + rep. nott. e festiva	461	436	35,1
POLICLINICO CASILINO	24	6	4,0	8163	26	2111	7			SPOKE 2	DEA I	h12 + rep. nott. e festiva	369	653	56,5
Nuova Itor	0	4	0,0			1135	4						153	0	-
MADRE GIUSEPPINA VANNINI	18	9	2,0	9379,5	30	0	0			SPOKE 2	DEA I	h12 + rep. nott. e festiva	400	454	41,9
OSP. S. EUGENIO	16	6	2,7	5375	17	1933	6		6	SPOKE 1	DEA I	C	240	258	45,3
OSPEDALE G. B. GRASSI	16	6	2,7	5633	18	2249	7			SPOKE 2	DEA I	h12	397	353	35,7
Villa Pia	21			4545	15								6	0	-
Citta' di Roma	12	4	3,0	2526	8	879	3						54	75	73,3
European Hospital	9	8	1,1	1288	4	1259	4						97	557	84,0
AURELIA HOSPITAL	18	8	2,3	4139	13	2449	8		0	SPOKE 2	DEA I	h12 + rep. nott. e festiva	330	322	39,8
OSP. S. PIETRO FATEBENEFRATELLI	30	8	3,8	8714,5	28	1939	6		8	SPOKE 2	DEA I	h12 + rep. nott. e festiva	168	453	73,1
OSP. S. SPIRITO - VILLA BETANIA	17	7	2,4	5259,5	17	2071	7		4	SPOKE 2	DEA I	h12 + rep. nott. e festiva	521	326	24,5
OSP. Israelitico	10			3041	10								11	4	100
OSP. S.P. Civitavecchia	8	4	2,0	2416,5	8	1274,5	4		6	SPOKE 1	DEA I		191	0	-
OSP. L. PARODI DELFINO Colferro	12	4	3,0	3700	12	992	3			SPOKE 1	PS		160	0	-
OSP. S. GIOVANNI EVANGELISTA Tivoli	8	6	1,3	2799,5	9	2477	8			SPOKE 1	DEA I		116	161	67,7

OSP. SS. GONFALONE Monterotondo											PS	PS					
CDC S.ANNA POMEZIA	12	4	3,0	3722	12	871	3				PS	PS		10	0	5	0,0
OSP. ANZIO-NETTUNO	12	5	2,4	3071	10	1344	4				SPOKE 1	DEA I		15	0	0	-
OSP. RIUNITI ALBANO - GENZANO	10	5	2,0	2925,5	9	1551	5				SPOKE 1	PS		12	1	0	-
OSP. S. SEBASTIANO FRASCATI	10	4	2,5	3051	10	1137	4				SPOKE 1	PS		12	5	0	-
OSP.P. COLOMBO VELLETRI	2			3771,5	12				8		PS	PS		32	0		-
OSPEDALE BELCOLLE- Viterbo	21	6	3,5	3861	12	1576	5		9		SPOKE 2	DEA I	h24	40	3	354	26,6
S. CAMILLO DE LELLIS di Rieti	20	6	3,3	6261	20	1437	5				SPOKE 2	DEA I	h12 + rep. nott. e festiva	29	3	374	55,9
CdC CITTA` DI APRILIA	16			3274	11						PS	PS		79	0		0,0
ICOT- Latina	0							0			PS	PS_SP EC					
PO CENTRO - A. FIORINI di Terracina-Fondi	0										PS	PS					
PO NORD - S. MARIA GORETTI di Latina	26	8	3,3	9435	30	2744,5	9	0	14		SPOKE 2	DEA I	h12 + rep. nott. e festiva	64	2	545	25,3
PO SUD - DONO SVIZZERO di Formia	10	8	1,3	2703,5	9	2366	8				SPOKE 2	DEA I	h6	29	2	193	34,2
OSP. CIVILE GEMMA DE BOSIS Cassino	8	4	2,0	2511	8	897	3				SPOKE 1	DEA I		10	8	0	-
OSP. S.S.TRINITA` - Sora	8	4	2,0	2017	6	1100	4				SPOKE 1	PS		15	5	0	-
OSP. F SPAZIANI- Frosinone	19	4	4,8	6755	22	1954	6				SPOKE 2	DEA I	h24	58	5	404	16,6
Civile di Anagni	0			1786	6	846	3				PS			77	0		-
AZ. OSP. S. CAMILLO - FORLANINI	54	7	7,7	17811,5	57	2425,5	8	35	18		HUB	DEA II	h12 + rep. nott. e festiva	63	6	676	42,8
AZ. OSP. S. GIOVANNI / ADDOLORATA	34	10	3,4	10033,5	32	2854	9		12		SPOKE 2	DEA II	h12 + rep. nott. e festiva	34	7	420	43,1
AZ. COMPL. OSP. S. FILIPPO NERI	50	10	5,0	16419,5	53	3242,5	10	12	20		SPOKE 2	DEA I	h12 + rep. nott. e festiva	45	9	631	62,3
POLICLINICO A. GEMELLI E	42	31	1,4	21775	70	9316	30	21	9		HUB	DEA II	h12 + rep. nott. e	50	753		54,4

C.I.C.												festiva	4		
COLUMBUS	0				0								26	61	95,1
POLICLINICO UMBERTO I	30	14	2,1	8845,5	28	4131	13	24	24	HUB	DEA II	h12 + rep. nott. e festiva	390	669	54,9
POL. U. CAMPUS BIOMEDICO	16	4	4,0	4909	16	55	0	10		spoke 2		Manca info	113	440	84,1
AZIENDA OSPEDALIERA SANT'ANDREA	18	6	3,0	6280,5	20	2029	7	14	14	SPOKE 2	DEA I	h12 + rep. nott. e festiva	312	457	47,0
AOU - PTV	20	8	2,5	6283	20	2518	8	20	8	HUB	DEA I	Manca info	672	902	44,1
Totale PL	720	240													

Rete trauma grave e neuro-trauma

Quadro normativo di riferimento

La DGR 420/2007 ha istituito il Sistema Integrato per l'Assistenza al Trauma (SIAT), costituito da una rete di strutture ospedaliere tra loro funzionalmente connesse e classificate sulla base delle risorse e competenze disponibili secondo livelli di complessità.

Con il Decreto 76/2010, la Regione Lazio ha approvato la riorganizzazione della rete assistenziale al Trauma Grave e Neuro-trauma progettata secondo il modello *Hub&Spoke*, con un'articolazione territoriale su tre macroaree e una distinzione dei centri in tre livelli: Pronto Soccorso Traumatologico (PST), Centro Trauma di Zona (CTZ), Centro Trauma Specialistico (CTS-*Hub*). Per il funzionamento di una rete ispirata a tale modello, peraltro dedicata ad eventi traumatici e quindi operante in condizioni di emergenza-urgenza, è fondamentale il riferimento del paziente dal luogo dell'evento al centro (trasporto primario) più appropriato per livello di gravità e complessità clinica, secondo il *principio di centralizzazione primaria*. Rilevante inoltre, ai fini del funzionamento della rete, è l'aspetto che riguarda il trasferimento da un centro all'altro della rete (trasferimento secondario).

Risulta fondamentale integrare l'attività assistenziale in acuzie con quella erogata in post-acuzie da strutture di riabilitazione, per garantire una tempestiva presa in carico riabilitativa, attivando in area intensiva posti letto sui quali realizzare il prima possibile programmi riabilitativi.

La rete del trauma grave e neuro-trauma nel Lazio

L'atto di programmazione ha previsto una concentrazione dei punti di offerta, mantenendo i tre *Hub* e riducendo i CTZ da 14 a 5 ed i PST da 38 a 17. Ciascun CTS è collegato funzionalmente con un elenco definito di CTZ e PST (Tabella 1).

Tra le specialità che qualificano la rete vi è senz'altro la Neurochirurgia, presente oltre che nei tre CTS in tutti i CTZ, ad eccezione di quello di Frosinone.

Tabella 1 - La rete trauma, per livello di complessità e ASL

Azienda	Denominazione	Comune	Livello rete emergenza	Livello rete trauma
AOU	Policlinico Umberto I	Roma	DEAll	CTS
FR	Umberto I	Frosinone	DEAI	CTZ
RMB	Sandro Pertini	Roma	DEAI	PST
RMB	Policlinico Casilino	Roma	DEAI	PST
AO	San Giovanni	Roma	DEAll	PST
RMG	San Giovanni Evangelista	Tivoli	DEAI	PST
RMG	Parodi Delfino	Colleferro	PS	PST
FR	Santa Scolastica	Cassino	DEAI	PST
AOU	Policlinico Gemelli	Roma	DEAll	CTS
RME	P.O. Santo Spirito	Roma	DEAI	PST
AO	San Filippo Neri	Roma	DEAI	PST
RME	Aurelia Hospital	Roma	DEAI	PST
AO	Sant'Andrea	Roma	DEAI	PST
RMF	San Paolo	Civitavecchia	DEAI	PST
RI	San Camillo De Lellis	Rieti	DEAI	PST
VT	Belcolle	Viterbo	DEAI	CTZ
AO	San Camillo - Forlanini	Roma	DEAll	CTS
AU	Tor Vergata	Roma	DEAI	CTZ
RMC	Sant'Eugenio	Roma	DEAI	CTZ
RMD	Giovanni Battista Grassi	Roma	DEAI	PST
RMH	Generale Provinciale	Anzio	DEAI	PST
RMH	San Giuseppe	Albano Laziale	PS	PST
LT	Santa Maria Goretti	Latina	DEAI	CTZ
LT	A. Fiorini	Terracina	PS	PST
LT	Dono Svizzero	Formia	DEAI	PST

Dati di attività

I centri appartenenti alla rete hanno accolto l'88% di tutti gli accessi per trauma grave e neuro-trauma a livello regionale, senza variazioni tra il 2010 e il 2012. Gli accessi agli *Hub* sono aumentati da 33% nel 2010 a 38% nel 2012, con un calo di accessi ai PST (I livello della rete) da 41% a 35%. La quota di accessi con trasporto primario sul totale dei trasporti è lievemente aumentata nei centri appartenenti alla rete (dal 72% al 75%), mentre è decisamente diminuita nelle strutture fuori rete (dall'82% del 2010 al 73% del 2012); di particolare rilevanza l'aumento della quota di trasporti primari presso gli *Hub*, passati dal 53% nel 2010 al 66% nel 2012. Nel complesso questi dati indicano una progressiva maggiore capacità di presa in carico dei pazienti da parte dei centri della rete trauma.

Rispetto al totale dei trasporti primari, i trasferimenti secondari verso altre strutture di emergenza diminuiscono dal 14,5% del 2010 all'11% del 2012, soprattutto per un calo dei trasporti da centri non appartenenti alla rete e da centri di I livello della rete. Da rilevare il dimezzamento dei trasferimenti secondari tra centri della rete appartenenti ad aree diverse (da 18% nel 2010 a 9% nel 2012), il che indica una maggiore "autosufficienza" dell'offerta all'interno delle tre aree.

Tutti i PST (centri di I livello) facenti parte della rete avevano un numero di accessi in PS non inferiore a 25.000, e almeno 36 accessi per trauma grave l'anno.

Interventi prioritari

- Incremento della centralizzazione primaria verso i tre centri Hub della rete e adeguamento delle dotazioni ai nuovi PCAE.

- Implementazione di protocolli e consulenze inter-ospedalieri e attivazione della telemedicina (comprensiva di teleconsulto e trasmissione di immagini), con conseguente miglioramento della qualità assistenziale, riduzione dei trasporti secondari e maggiore efficienza nell'utilizzo delle risorse.
- Gestione ottimale dei posti letto ad alta intensità, attraverso posti letto di terapia sub-intensiva dedicati e integrazione con i percorsi riabilitativi post- acuzie.
- Realizzazione di un Sistema Informativo del Trauma Grave come strumento di valutazione dei processi e degli esiti, e per la manutenzione della rete.

CRONOPROGRAMMA PO 2013-2015

CRONOPROGRAMMA PO 2013-2015 REGIONE LAZIO						
Area	Programma	Obiettivo/Intervento	Azione	Atto normativo/ Documento	Indicatore di risultato	Tempi di realizzazione dell'azione
4: Area "Livelli Essenziali di Assistenza"	14: Reti assistenziali per intensità di cura	14.1 Individuazione di presidi secondo il modello Hub&Spoke secondo la logica dell'intensità delle cure - RETE TRAUMA	1. Implementazione dei Percorsi Clinico-Assistenziali per l'Emergenza (PCAE) nel Trauma	Determina regionale (entro 31/12/2013)	Individuazione di un responsabile del PCAE per struttura	entro 1 mese dall'approvazione dell'atto
			2. Adeguamento dei CTS con la dotazione di radiologia interventistica in Sala Operatoria e gestione della coagulazione nell'area dell'emergenza	Atto aziendale del CTS (entro 31/03/2014)	Adeguamento dei CTS a quanto previsto nell'Atto aziendali	entro 3 mesi dall'approvazione dell'atto
			3. Implementazione con il 118 di protocolli per il trasferimento primario di pazienti con triage giallo/rosso con diagnosi di trauma grave/neuro trauma verso i CTS nell'area metropolitana e verso i CTZ nelle aree extra-metropolitane	Protocollo ARES 118 per il trasferimento primario (entro 31/12/2013)	Almeno il 90% dei trasferimenti primari verso i CTS nell'area metropolitana e verso i CTZ nelle aree extra-metropolitane	entro 6 mesi dall'approvazione dell'atto
			4. Stesura e adozione di protocolli operativi per il collegamento funzionale tra CTS e CTZ /PST di riferimento	Accordo sottoscritto fra CTS e CTZ/PST afferenti (entro 31/03/2014)	Sottoscrizione di tutti gli accordi	contestuale alla sottoscrizione dell'accordo
			5. Sviluppo di un sistema regionale di telemedicina per la trasmissione di immagini a distanza e la consulenza a distanza tra PST e CTZ con il CTS di riferimento	Progetto sul sistema di telemedicina approvato con Determina regionale (entro 30/06/2014)	Operatività del sistema sul 100% dei nodi della rete	entro 18 mesi dall'approvazione del progetto
			6. Individuazione di posti letto dedicati di terapia sub-intensiva ad alta valenza riabilitativa nei CTS della rete trauma	Atto aziendale (entro 30/06/2014)	Almeno 2 pl dedicati per le gravi cerebrolesioni in UTN II/CTS	entro 6 mesi dall'approvazione dell'atto
			7. Stesura di protocolli operativi per il trasferimento da reparti di acuzie verso reparti di post-acuzie	Adozione del protocollo da parte dei CTS/CTZ e reparti di riabilitazione (entro 30/04/2014)	Operatività dei protocolli	contestuale alla adozione del protocollo
			8. Realizzazione di un Sistema Informativo del Trauma Grave	Determina regionale (entro 31/10/2014)	Nomina di un responsabile aziendale del SI ; almeno l'80% dei casi eleggibili inseriti nel Sistema Informativo	entro 6 mesi dall'approvazione dell'atto

Indicatori per il monitoraggio

Indicatore	Definizione	Fonti	Standard (parametri di riferimento ottimali cui tendere)
Trasporti primari per trauma grave in PST/CTZ/CTS	numero di trasporti primari per trauma grave verso PST/CTZ/CTS.	SIES	100%
Trasporti tra centri HUB	numero di trasporti da CTS a CTS	SIES	Zero
Trasporti in elicottero fuori rete	numero di pazienti con trauma grave trasportati in elicottero fuori da un CTS / numero di pazienti con trauma grave trasportati in elicottero	SIES	Zero
Trasferimenti in continuità di soccorso all'interno di bacini territoriali definiti	Percentuale dei trasferimenti che si effettuano all'interno di uno specifico bacino territoriale sul totale dei trasferimenti in continuità di soccorso	SIES	100%
Accesso alla riabilitazione	numero di trasferimenti di pazienti con trauma grave (post-comatosi e/o mielolesi) da PST/CTZ/CTS verso reparti di riabilitazione codice 56/28/75	RAD-R	100% degli eleggibili

Rete ictus

Quadro normativo di riferimento

Con il Decreto 75/2010 la Regione Lazio ha approvato la riorganizzazione della rete assistenziale dell'ictus prevista dalla DGR 420/2007, progettandola secondo il modello *Hub&Spoke*.

La rete dell'ictus nel Lazio

Il modello prevede un'articolazione territoriale su quattro aree di afferenza e una distinzione dei centri in tre livelli: Ospedale con presenza di un Team NeuroVascolare/Pronto soccorso esperto (TNV/Pse) per cui sono state individuate 19 strutture, Ospedale con una Unità di Trattamento Neurovascolare di primo livello (UTN I) per cui sono state individuate 11 strutture ed Ospedale con una Unità di Trattamento Neurovascolare di secondo livello (UTN II-*Hub*) per cui sono state individuate 4 strutture. Per ogni UTN II ed I è previsto un modulo, rispettivamente di 8 posti e 6 posti letto (Tabella 1).

TABELLA 1 - Descrizione della rete come prevista dal DCA 75/2010

Azienda	Denominazione	Comune	Livello rete emergenza	Livello rete ictus	PL UTN
AOU	Policlinico Umberto I	Roma	DEAII	UTN II	8
RMA	San Giovanni Calibita FBF	Roma	DEAI	UTN I	6
RMG	Parodi Delfino	Colleferro	PS	TNV/Pse	-
RMG	Coniugi Bernardini	Palestrina	PS	TNV/Pse	-
RMG	S.Giovanni Evang. Tivoli	Tivoli	DEAI	TNV/Pse	-
FR	Spaziani	Frosinone	DEAI	UTN I	6
FR	Santissima Trinità	Sora	PS	TNV/Pse	-
FR	Santa Scolastica	Cassino	DEAI	TNV/Pse	-
AOU	Policlinico Tor Vergata	Roma	DEAI	UTI II	8
AO	San Giovanni-Addolorata	Roma	DEAII	UTN I	6
RMB	Sandro Pertini	Roma	DEA I	UTN I	6
RMB	Policlinico Casilino	Roma	DEA I	TNV/Pse	-
RMC	S. Eugenio	Roma	DEAI	UTN I	6
RMC	Madre Giuseppina Vannini	Roma	DEAI	TNV/Pse	-
RMH	S. Sebastiano Martire	Frascati	PS	TNV/Pse	-
RMH	San Giuseppe	Albano Laziale	PS	TNV/Pse	-
RMH	Paolo Colombo	Velletri	PS	TNV/Pse	-
AO	AO. S. Camillo Forlanini	Roma	DEAII	UTN II	8
RMD	Giovanni Battista Grassi	Roma	DEAI	UTN I	6
RMH	Ospedale Civile	Anzio	DEA I	TNV/Pse	-
RMH	S Anna	Pomezia	PS	TNV/Pse	-
LT	Polo LT nord	Latina	DEA I	UTN I	6
LT	Città di Aprilia	Aprilia	PS	TNV/Pse	-
LT	Polo LT centro	Terracina	PS	TNV/Pse	-
LT	Dono Svizzero	Formai	DEAI	TNV/Pse	-
AOU	Policlinico A. Gemelli	Roma	DEA II	UTN II	8
AO	S. Filippo Neri	Roma	DEA I	UTN I	6
AOU	Sant'Andrea	Roma	DEA I	UTN I	6
RME	Santo Spirito	Roma	DEA I	TNV/Pse	-
RME	S. Pietro-FBF	Roma	DEA I	TNV/Pse	-
RME	Aurelia Hospital	Roma	DEA I	TNV/Pse	-
RMF	S.Paolo	Civitavecchia	DEA I	TNV/Pse	-
VT	Ospedale Belcolle	Viterbo	DEA I	UTN I	6
RI	S. Camillo De Lellis	Rieti	DEA I	UTN I	4

La rete si propone di garantire: uniformità del trattamento dell'ictus su tutto il territorio regionale; uniformità di protocolli per la gestione clinica dei pazienti con patologie cerebro-vascolari acute; percorso diagnostico terapeutico nel setting più appropriato; prestazioni a più elevata complessità in strutture adeguatamente attrezzate; rientro dei pazienti, che non necessitano più di interventi di alta complessità, in strutture prossime al loro domicilio; una fase riabilitativa tempestiva fin dalla fase dell'acuzie; continuità delle cure post-acute presso le strutture di riabilitazione dedicate; formazione e scambio culturale fra gli operatori dedicati o esperti in trattamento delle patologie cerebro vascolari con particolare attenzione alla opportunità di effettuare la trombolisi endovenosa anche nelle strutture UTN I; appropriatezza dei trasferimenti secondari; sistema di teleconsulenza fra centri Spoke e centro Hub.

Nel giugno 2012, con una indagine *ad hoc* realizzata da Laziosanità attraverso l'invio di un questionario alle Direzioni Sanitarie degli Ospedali della rete, è stato verificato lo stato di adeguamento delle strutture ai requisiti previsti dal Decreto 75/10. I quattro Hub (UTN II) rispondevano ai requisiti.

Fra le strutture UTN I, 9 delle 11 risultavano dotate di neuroradiologia interventistica, un centro (AO San Giovanni - Addolorata) aveva una neuroradiologia interventistica h6 ed uno (San Giovanni Calibita-FBF) non aveva ancora attivato il servizio di neuroradiologia interventistica; 6 Ospedali fra gli 11 non avevano attivato i posti letto UTN previsti (S. Giovanni Calibita FBF, Sandro Pertini, Grassi di Ostia, Spaziani di Frosinone, S. Camillo de Lellis di Rieti e Belcolle di Viterbo); 5 Ospedali non avevano attivato l'unità di neurologia interventistica (S. Giovanni Calibita FBF, Grassi di Ostia, Spaziani di Frosinone, S. Camillo de Lellis di Rieti e Sant'Eugenio di Roma).

Fra i 19 Pronto Soccorso della rete il Team NeuroVascolare risultava presente solo in due strutture (Aurelia Hospital e San Pietro Fatebenefratelli), mentre non si avevano informazioni per il polo di Latina Centro, l'Ospedale di Anzio ed in quello di Tivoli.

Dati di attività

Dal monitoraggio della rete riferita agli anni 2011-2012, si rileva una discreta efficienza della rete in termini di accessi verso i nodi dedicati (il 90% dei trasporti primari avviene verso nodi della rete) e un contenimento dei trasferimenti all'interno dell'area di afferenza, in particolare per i trasferimenti in continuità di soccorso (91%). I trasferimenti per mancanza di posto letto sono relativamente limitati (circa 500 l'anno). Specie negli UTN resta critica la gestione dei pazienti nella area 2 (Hub PTV) in cui solo il 74% dei trasferimenti secondari in continuità di soccorso avviene all'interno della stessa area, contro il 95% delle altre aree.

Fino ad ora il trasporto diretto alla UTN I/II è stato limitato (meno del 50% dei trasporti primari), conseguentemente i pazienti trattati con trombolisi sono stati poco numerosi (meno di 200 l'anno fino al 2011 e 245 nel 2012). Si tratterebbe quindi di circa il 18% dei pazienti/anno trattabili con trombolisi. Va detto che questo dato potrebbe tuttavia essere sottostimato in quanto l'informazione sull'effettuazione della trombolisi è dedotta dal flusso SDO, che ha mostrato in passato evidenti limiti di reporting per questa procedura.

Interventi prioritari

- Riorganizzazione della rete in relazione alle dotazioni attuali, a quelle attivabili, tenendo conto dei dati di attività

- Adeguamento dei posti letto UTN (Unità di Trattamento Neurovascolare) a quanto previsto dal DCA 75/2010
- Implementazione di protocolli e consulenze inter-ospedalieri e attivazione della telemedicina (comprensiva di teleconsulto e trasmissione di immagini), con riduzione dei trasporti secondari e maggiore efficienza nell'utilizzo delle risorse.
- Incremento della centralizzazione primaria verso i centri UTN II e I.
- Stesura e adozione di percorsi operativi finalizzati a effettuare la trombolisi anche nei centri UTN I.
- Attivazione di percorsi riabilitativi fin dalla fase della acuzie.
- Realizzazione di posti letto dedicati di terapia sub-intensiva ad alta valenza riabilitativa negli Hub della rete e adozioni di protocolli operativi per il trasferimento da reparti di acuzie verso reparti di post-acuzie

CRONOPROGRAMMA PO 2013-2015

Area	Programma	Obiettivo/Intervento	Azione	Atto normativo/ Documento	Indicatore di risultato	Tempi di realizzazione dell'azione
4: Area "Livelli Essenziali di Assistenza"	14: Reti assistenziali per intensità di cura	14.1 Individuazione di presidi secondo il modello Hub&Spoke secondo la logica dell'intensità delle cure - RETE ICTUS	1. Riorganizzazione della rete in relazione alle dotazioni attuali, a quelle attivabili, tenendo conto dei dati di attività e del ruolo effettivamente svolto nella rete	Decreto del commissario ad acta (entro 30/06/2014)	Adeguamento dei nodi della rete a quanto previsto dal DCA	Entro 6 mesi dall'approvazione del decreto
			2. Implementazione dei Percorsi Clinico-Assistenziali per l'Emergenza (PCAE) per l'ictus	Determina regionale (entro 31/12/2013)	Individuazione di un responsabile del PCAE per struttura	entro 1 mese dall'approvazione dell'atto
			3. Sviluppo di un sistema regionale di telemedicina per la trasmissione di immagini a distanza e la consulenza tra nodi della rete	Progetto sul sistema di telemedicina approvato con Determina regionale (entro 30/06/2014)	Operatività del sistema sul 100% dei nodi della rete	entro 18 mesi dall'approvazione del progetto
			4. Stesura di protocolli operativi e formativi per l'effettuazione della trombolisi negli UTN I e TNV/Pse	Documento dal coordinamento degli UTN II (entro 30/01/2014)	Operatività dei protocolli nell'80% degli UTN I e nel 50% dei TNV/Pse	Entro sei mesi dalla diffusione del documento
			5. Realizzazione di posti letto dedicati di terapia sub-intensiva ad alta valenza riabilitativa negli Hub della rete	Atto aziendale (entro 30/06/2014)	Almeno 2 pl dedicati per le gravi cerebrolesioni in UTN II/CTS	entro 6 mesi dall'approvazione dell'atto
			6. Stesura e adozioni di protocolli operativi per il trasferimento da reparti di acuzie verso reparti di post-acuzie	Adozione del protocollo da parte degli UTN II e reparti di riabilitazione (entro 30/04/2014)	Operatività dei protocolli	Contestuale all'adozione del protocollo

Indicatori per il monitoraggio

Indicatore	Definizione	Fonti	Standard (parametri di riferimento ottimali cui tendere)
Trasporti primari per ictus in UTN I/II	Numero trasporti primari per ictus in UTN I/II / Totale trasporti primari per ictus	SIES	>60%
Trasporti primari per ICTUS verso nodi della rete	N. Trasporti primari per ICTUS verso nodi della rete / Totale trasporti primari per ictus	SIES	100%
Trasporti primari per ICTUS tempestivi con 118 verso nodi della rete	N. Trasporti primari per ICTUS con 118 verso nodi della rete effettuati entro intervallo di tempo terapeutico	SIES	100%
Trasferimenti secondari per ictus da TNV/PSe verso UTN I/II e da UTN I a UTN II	Numero trasferimenti per ictus da TNV/PSe verso UTN I/II sul totale dei trasferimenti da TNV; e da UTN I a UTN II sul totale dei trasferimenti da UTN I	SIES	100%
Quota trasferimenti secondari per ictus all'interno dell'area	Numero trasferimenti per ictus da TNV/PSe verso UTN I/II e da UTN I a UTN II all'interno della area / Totale dei trasferimenti per ictus da TNV/PSe verso UTN I/II e da UTN I a UTN II	SIES/SIO	100%
Trasferimenti tra UTN I /II e altro UTN I/II	Numero di trasferimenti tra UTN I /II e altro UTN I/II	SIES	0%
Accessi per ictus in nodi della rete	Numero di accessi per ictus in nodi della rete / Totale accessi per ictus	SIES	100%
Trombolisi effettuate	Numero di trombolisi effettuate	SIO	100% eleggibili
Turn over sui posti letto di stroke unit	Indice di turn over sui posti letto di stroke unit	SIO	≤8 giorni
Riabilitazione post-ictus	N. dimessi con ictus verso strutture di riabilitazione sul totale dei dimessi con ictus	SIO-RADR	100% eleggibili

Rete perinatale

Quadro normativo di riferimento

Con il Decreto 56/2010 la Regione Lazio ha approvato la riorganizzazione della rete perinatale progettata secondo il modello *Hub&Spoke* nel quale le cure ostetriche e neonatali siano fortemente integrate in una logica di unico percorso assistenziale indirizzato alla gravidanza, al parto ed al neonato. Nel Decreto viene fatta una valutazione del fabbisogno sia di punti di offerta che di posti letto (ostetricia, patologia e terapia intensiva neonatale) commisurato ai bisogni e rispondente a standard strutturali e organizzativi modulati in tre livelli di cura (I, II e III). Il Decreto ha definito, inoltre, le caratteristiche cliniche di accesso ai tre livelli di cura.

A seguito dell'approvazione, nel Dicembre 2010, da parte della Conferenza Unificata Stato-Regioni delle "Linee di indirizzo per la promozione ed il miglioramento della qualità, della sicurezza e dell'appropriatezza degli interventi assistenziali nel percorso nascita e per la riduzione del taglio cesareo", è stato istituito un Gruppo Regionale di Coordinamento della Rete Perinatale (Det. 2166/2012) che ha elaborato una nuova proposta di riorganizzazione delle UUOO di Ostetricia e Neonatologia finalizzata al superamento delle criticità presenti ed al recepimento delle suddette Linee di indirizzo.

Aderendo alle indicazioni delle Linee di indirizzo, il Gruppo regionale ha previsto un modello organizzativo su 2 livelli di cura, dove il nuovo I livello conterrebbe il I e II del Decreto 56 ed il nuovo II livello il III livello, ed una progressiva disattivazione delle UUOO con meno di 1000 parti/anno.

Analisi dell'offerta

Nel 2012 i punti di offerta di assistenza ostetrica e neonatologica pubblici o convenzionati erano 39 per un totale di 53.227 nascite assistite (in allegato).

Rispetto al volume di attività, 21 Istituti risultavano con meno di 1000 parti/anno e di questi 4 con meno di 500 parti/anno. Rispetto al livello di cura, 18 erano le Unità Operative Perinatali (UOP) di I livello, 10 di II livello, 4 livello II+ (UOP in grado di assistere gravidanze e neonati dalle 30 settimane o 1250 gr. di peso alla nascita) e 7 di III livello. La distribuzione delle UOP di I e II livello risulta omogeneamente distribuita in tutte e cinque le province del Lazio, mentre quella di UOP di III livello è collocata esclusivamente nella città di Roma (a Viterbo e Frosinone sono collocate solo UOP di livello II+). Esiste una buona concentrazione dell'assistenza verso le 7 UOP di III livello dove viene assistito il 36,6% di tutte le nascite delle strutture pubbliche e convenzionate. Per quanto riguarda l'assistenza al neonato ad alto rischio rimane alto il tasso di trasferimento tra strutture di III livello (intraterziari) per mancanza di posto letto (25%) a dimostrazione di una non piena attivazione dei 142 posti letto intensivi (di cui la metà di sub-intensiva) previsti dal decreto 56/2010. Per quanto riguarda l'assistenza al parto e neonato fisiologici va rilevato l'elevato ricorso al taglio cesareo sia complessivo (43%) che per i parti a basso rischio (valore regionale 35%, range fra le strutture 64%-20%) e la incompleta realizzazione sia del rooming-in che del percorso Ospedale Amico del Bambino promosso dall'OMS/UNICEF (22 UOP hanno intrapreso il percorso con il solo Ospedale di Viterbo-Belcolle riconosciuto ufficialmente dall'UNICEF come Amico del Bambino).

Interventi prioritari

- Rimodulazione della rete, riconducendo a due livelli (I e II) i precedenti tre livelli assistenziali previsti dal Decreto 56/2010; dovrebbero tendenzialmente scomparire quelle UOP, accreditate con il SSR, che offrono assistenza solo alle gravidanze e parti fisiologici ed ai neonati sani (I livello del Decreto 56/2010).
- Riduzione progressiva del numero di punti nascita con numero di parti inferiore a 1000/anno.
- Tendenziale adeguamento dei posti letto di Terapia Intensiva Neonatale al fabbisogno previsto (71 di TIN e 71 di sub-TIN).
- Riduzione dei trasferimenti neonatali da UOP di I e II livello da realizzare attraverso la promozione del trasporto "in utero".
- Attivazione di programmi di revisione fra pari per la riduzione del Tasso di tagli cesarei, principalmente nelle gravidanze a basso rischio.
- Incremento della pratica del *rooming-in*.

CRONOPROGRAMMA PO 2013-2015

Area	Programma	Obiettivo/Intervento	Azione	Atto normativo/ Documento	Indicatore di Risultato	Tempi di realizzazione dell'azione
4: Area "Livelli Essenziali di Assistenza"	14: Reti assistenziali per intensità di cura	14.1 Individuazione di presidi secondo il modello Hub&Spoke secondo la logica dell'intensità delle cure - RETE PERINATALE	1. Ridefinizione dell'assetto della rete delle Unità di Assistenza perinatale (UOP) basato su due livelli di cura (accordo stato/regioni "percorso nascita" Dicembre 2010) e sulla tendenziale chiusura di UOP con volumi di attività ostetrica inferiore a 1.000	Decreto del Commissario ad acta di riorganizzazione della rete (entro 30/04/2014)	Tutte le UOP pubbliche, e private accreditate classificate al I o II livello	Entro 8 mesi dall'approvazione del decreto
			2.Revoca accreditamento delle UOP private con volumi di attività ostetrica/neonatale (parti/anno) inferiore a 750	Decreto del Commissario ad acta di riorganizzazione della rete (entro 30/04/2014)	Tutte le UOP private accreditate con volumi di attività superiore a 750 parti/anno	Entro 3 mesi dall'approvazione del decreto
			3.Revoca accreditamento delle UOP private con volumi di attività ostetriche (parti/anno) inferiore a 1.000	Decreto del Commissario ad acta di riorganizzazione della rete (entro 30/04/2014)	Tutte le UOP private accreditate con volumi di attività superiore a 1.000 parti/anno	Entro 18 mesi dall'approvazione del decreto
			4. Accorpamento di UOP pubbliche con volumi di attività ostetriche (parti/anno) inferiore a 1.000	Decreto del Commissario ad acta di riorganizzazione della rete (entro 30/04/2014)	Tutte le pubbliche con volumi di attività superiore a 1.000 parti/anno	Entro 8 mesi dall'approvazione del decreto
			5. Realizzazione UOP II livello al Santa Maria Goretti di Latina	Decreto del Commissario ad acta di riorganizzazione della rete (entro 30/04/2014)	Attivazione di un'area per le gravidanze ad alto rischio e di PL di TIN	Entro 12 mesi dall'approvazione del decreto
			6. Realizzazione di una attività sistematica di audit fra pari sui cesarei in parti a basso rischio in tutte le UOP pubbliche e private convenzionate	Atto organizzativo aziendale (entro 31/03/2014)	Identificazione di un referente dell'attività di audit in ciascuna UOP	Contestuale all'adozione dell'atto
			7. Promozione dei 10 passi dell'iniziativa OMS/UNICEF "Ospedale Amico del Bambino"	Atto organizzativo aziendale (entro 31/03/2014)	Identificazione di un referente dell'iniziativa OMS/UNICEF in ciascuna UOP	Contestuale all'adozione dell'atto

Indicatori per il monitoraggio

Indicatore	Descrizione	Fonte	Standard (parametri di riferimento ottimali cui tendere)
Nascite	Numero di nati per UOP	SIO/CEDAP	1.000 NATI
Assistenza in TIN	% di neonati assistiti per centro TIN , di cui sotto i 1500 gr. o le 32 settimane di Età Gestazionale	SIO	Quota corrispondente ad un indice di occupazione dei PL di TIN non inferiore al 90%
Assistenza neonati a rischio fuori TIN	% di nati <1500 g o <32 sett. in UOP senza centro TIN	SIO	zero
Trasporti di neonati a rischio verso centri TIN	% di nati <1500 g o <32 sett. trasportati dopo la nascita in un ospedale con centro TIN	SIO	100% (il valore atteso, condizionato all'indicatore P3, sarebbe zero. Tuttavia quando si verifica il caso di un neonato a rischio in un centro senza TIN questo deve essere trasportato verso un centro con TIN)
Trasferimenti di neonati a rischio verso altro centro TIN per mancanza di posto letto	% di nati trasportati dopo la nascita da un centro TIN ad un altro per mancanza di posti letto	SIO	Zero
Taglio cesareo	Tasso di taglio cesareo per classi di Robson I e II	CEDAP	28% (Vedi riferimento regionale ex DCA310/2013)
Allattamento	Percentuale di neonati "sani" che hanno ricevuto esclusivamente latte materno durante la degenza per nascita	Progetto ospedale amico del bambino	80 % (standard OMS –UNICEF)
Allattamento	Numero UOP che hanno sottoscritto la politica aziendale sulla promozione e pratica dell'allattamento al seno	Progetto ospedale amico del bambino	100%

Allegato - Rete Perinatale attuale

COMUNE	Azienda	DENOMINAZIONE	TIPOLOGIA [§]	LIVELLO 2012 (DCA 56/2010)	NATI 2012
Roma	ROMA A	San Giovanni Calibita - FBF	CL	III	4179
Roma	ROMA B	Sandro Pertini	Pub	II	1279
Roma	ROMA B	Policlinico Casilino	Pub	III	2281
Roma	ROMA C	Fabia Mater	CA	II	1969
Roma	ROMA C	Sant'Eugenio	Pub	II+	628
Roma	ROMA C	Madre Giuseppina Vannini - Figlie di San Camillo	CL	I	763
Roma	ROMA D	Citta' di Roma	CA	II	1912
Roma	ROMA D	Giovanni Battista Grassi	Pub	II	2031
Roma	ROMA D	Villa Pia	CA	I	370
Roma	ROMA E	P.O. Santo Spirito	Pub	I	867
Roma	ROMA E	Aurelia Hospital	CA	I	710
Roma	ROMA E	Santa Famiglia	CA	II	2288
Roma	ROMA E	San Pietro - Fatebenefratelli	CL	III	4578
Roma	ROMA E	Cristo Re	CL	II	2078
Roma	AOU	Policlinico Umberto I	AU	III	1877
Roma	AOU	Policlinico A. Gemelli	AU	III	3166
Roma	AO	San Giovanni - Addolorata	AO	III	1866
Roma	AO	San Filippo Neri	AO	II+	1176
Roma	AO	San Camillo - Forlanini	AO	III	3401
Tivoli	ROMA G	San Giovanni Evangelista	Pub	II	854
Palestrina	ROMA G	Coniugi Bernardini	Pub	I	679
Colleferro	ROMA G	Parodi Delfino	Pub	I	507
Monterotondo	ROMA G	Santissimo Gonfalone	Pub	I	445
Anzio	ROMA H	P.O. Anzio-Nettuno	Pub	I	666
Albano Laziale	ROMA H	P.O. Albano-Genzano	Pub	II	857
Velletri	ROMA H	Civile Paolo Colombo	Pub	I	575
Marino	ROMA H	San Giuseppe	Pub	I	534
Tarquinia	VITERBO	Civile di Tarquinia	Pub	I	420
Civitavecchia	ROMA F	San Paolo	Pub	I	381
Viterbo	VITERBO	Belcolle	Pub	II+	1372
Rieti	RIETI	P.O. Unificato Rieti	Pub	II	660
Formia	LATINA	P.O. Latina Sud	Pub	I	777
Terracina-Fondi	LATINA	P.O. Latina Centro	Pub	I	942
Latina	LATINA	P.O. Latina Nord	Pub	II	2067
Aprilia	LATINA	Città di Aprilia	CA	I	604
Frosinone	FROSINONE	Fabrizio Spaziani (ex Umberto I)	Pub	II+	1223
Cassino	FROSINONE	Santa Scolastica	Pub	I	718
Sora	FROSINONE	Santissima Trinita'	Pub	I	821
Alatri	FROSINONE	San Benedetto	Pub	I	706

§ AU-Azienda Universitaria; AO-Azienda Ospedaliera; Pub-presidio Ospedaliero Pubblico; CL-Ospedale Classificato; CA-Struttura privata accreditata

Rete trapianti

Quadro normativo di riferimento

Il Programma Operativo tiene conto della seguente normativa nazionale:

- legge del 1 aprile 1999, n. 91 “Disposizioni in materia di prelievi e di trapianti di organi e di tessuti”;
- D.Lgs. del 30 dicembre 1992 n. 502 “Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell’art. 1 della legge 23 ottobre 1992 n. 421”;
- Linee guida per l’accertamento della sicurezza del donatore di organi” Conferenza Stato-Regioni del 26/11/2003” e successivo aggiornamento del 9/08/2012
- “Linee guida per l’idoneità ed il funzionamento dei centri individuati dalle Regione come strutture idonee ad effettuare trapianti di organi e di tessuti” Conferenza Stato-Regioni del 29/4/2004;
- decreto del Ministro della Salute dell’11 marzo 2008 “Integrazione del decreto 8 aprile 2000 sulla ricezione delle dichiarazioni di volontà dei cittadini circa la donazione di organi a scopo di trapianto”
- Accordo della Conferenza Stato Regioni sul documento relativo alla rete nazionale per i trapianti (Rep. Atti 189 del 13 ottobre 2011)

L’assetto della rete trapianti a livello regionale è regolamentato dai seguenti atti normativi:

- deliberazione del 28 aprile 1998, n. 1437 identificazione del “Centro Regionale Trapianti presso il Centro di Coordinamento per i Trapianti, con annesso Laboratorio Tissutale ed Immunologia dei Trapianti, dell’Università di Roma “Tor Vergata”;
- deliberazione n. 1733/2002 attribuzione al Centro Regionale Trapianti delle funzioni previste dall’art. 10 della citata legge 91/99;
- Deliberazione di Giunta Regionale del 7 aprile 2009 n. 229: “Programma regionale triennale per l’incentivazione delle attività di donazione, di prelievo e di trapianto di organi e tessuti ai sensi della DGR del 23 dicembre 2006 n. 944 – approvazione del Programma per l’organizzazione e l’incremento del procurement di organi e tessuti”.
- Decreto del Presidente della Giunta n. 186 del 25/5/2012 “rinnovo nomina del Prof. Domenico Adorno a Coordinatore Regionale per i Trapianti ai sensi dell’art. 11 comma 1 della Legge 91/1999. “Disposizioni in materia di prelievi e di trapianti di organi e di tessuti”
- Deliberazione della Giunta Regionale del 20.5.2011, n. 225 concernente “AUDIT dei Centri di Trapianto – Istituzione Commissione Regionale Audit per i Centri di Trapianto”;
- Decreto del Presidente del 12 ottobre 2012, n. T00354, recante: “Costituzione della Commissione Regionale AUDIT per i Centri di Trapianto della Regione Lazio istituita con la deliberazione della Giunta regionale del 20.5.2011, n. 225”

L’attività di donazione e trapianto

In tabella 1 è riportata l’attività di segnalazione e di donazione degli organi per Istituto. 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%.

Tabella 1- Attività Segnalazione Potenziali Donatori di Organo per Ospedale

Anno 2012		Potenziali Donatori di Organi					Causa Non Utilizzo			Organi Trapiantati				
		Segnalati	Procurati	Effettivi	Utilizzati	Multior- gano	Opposi- zioni	NIC	ACC	Rene	Pancreas	Cuore	Fegato	Polmoni
RM	A.O. S. Camillo	24	12	8	8	6	6	6	0	15	3	3	6	2
RM	A.O. S. Giovanni	20	11	11	10	7	5	3	1	16	0	1	8	0
RM	A.O. S. Filippo Neri	6	0	0	0	0	2	3	1	0	0	0	0	0
RM	C.T.O.	5	0	0	0	0	3	2	0	0	0	0	0	0
RM	Pol. Umberto I	52	21	16	13	9	15	15	1	24	1	3	10	1
RM	Pol. Gemelli	30	15	15	14	9	10	5	0	22	0	4	11	2
RM	A.U. Pol. Tor Vergata	16	11	10	9	6	2	3	0	16	0	1	7	2
RM	A.U. S. Andrea	8	5	5	5	5	1	2	0	9	0	2	5	0
RM	I.R.C.C.S. Spallanzani	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
RM	O.P.B.G.	9	2	0	0	0	0	6	1	0	0	0	0	0
RM	I.R.C.C.S. IFO	1	1	1	1	0	0	0	0	2	0	0	0	0
RM	Sandro Pertini	3	0	0	0	0	2	0	1	0	0	0	0	0
RM	Pol. Casilino	1	1	1	1	0	0	0	0	2	0	0	0	0
RM	S. Eugenio	6	4	4	4	3	1	1	0	6	1	1	4	0
RM	G.B. Grassi	8	4	4	3	2	3	1	0	4	0	1	3	0
RM	S. Spirito	5	2	1	1	1	2	1	0	2	0	0	1	0
RM	Aurelia Hospital	1	1	1	1	0	0	0	0	2	0	0	0	0
RM	Osp. Anzio	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
RM	Osp. Velletri	1	1	1	1	1	0	0	0	2	0	0	1	0
VT	Osp. Belcolle	1	1	1	1	1	0	0	0	2	0	1	1	2
FR	Umberto I	1	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
LT	S. Maria Goretta	21	6	5	5	2	10	4	1	8	0	1	2	1
RI	S. Camillo	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
TOTALE		219	99	85	77	52	62	52	6	132	5	18	59	10

Nella Regione Lazio sono attivi i seguenti Centri di Trapianto (tabella 2):

- 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)

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.

Tabella 2- Distribuzione dei Trapianti di Organo nei CT del Lazio - Anno 2012

ORGANO	OBG	Pol. Gemelli	Pol. Umberto I	Pol. Tor Vergata	Osp. S. Camillo Osp. Spallanzani	Osp. S. Camillo	TOTALE
Rene	12	32	22 + 10 ^{a)}	39	29		134 + 10 ^{a)}
Fegato	13	19	20 + 2 ^{a)}	29	25		106 + 2 ^{a)}
Cuore	14		0			8	22
Polmone	0	0	12				12
Combinati	1	0	1	3	6		11
TOTALE	40	51	55 + 12^{a)}	71	60	8	285 + 12^{a)}

a) Trapianti eseguiti per CRT Basilicata

Nella Regione Lazio è presente una Banca degli Occhi presso l'A.O. S. Giovanni Addolorata ed una Banca del Tessuto Muscolo-Scheletrico presso l'IRCCS IFO; nel 2012 sono stati registrati 532 donatori di tessuti oculari e 175 donatori di tessuto muscolo scheletrico.

Interventi prioritari

- Qualificazione ed incentivazione delle attività di procurement e donazione svolte nelle aziende sanitarie attraverso l'utilizzo finalizzato di quota parte del fondo SSR (l'attività di donazione non ha una propria valorizzazione non potendo essere compresa nei DRG).
- Centralizzazione dei servizi correlati all'attività di donazione e trapianto (servizi di anatomia patologica, equipe di prelievo, centralizzazione del servizio di trasporto d'organo).
- 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.
- Effettuazione di audit presso i centri di trapianto d'organo ed i coordinamenti aziendali per le donazioni.

CRONOPROGRAMMA PO 2013-2015

CRONOPROGRAMMA PO 2013-2015 REGIONE LAZIO						
Area	Programma	Obiettivo/Intervento	Azione	Atto normativo/ Documento	Indicatore di risultato	Tempi di realizzazione dell'azione
4: Area "Livelli Essenziali di Assistenza"	14: Reti assistenziali per intensità di cure	14.1 Rete trapianti	1. Assegnazione ai Direttori Generali delle Aziende sanitarie di specifici obiettivi relativi alla donazione e trapianto d'organo .	Decreto contenente obiettivi DDGG	Approvazione del Decreto	Annuale
			2. Rendicontazione da parte delle Aziende sanitarie degli accertamenti di morte con criteri neurologici delle donazioni effettuate	Documento di rendicontazione su base semestrale	Invio del documento da parte di tutte le Aziende sanitarie	Entro ogni semestre
			3. Assegnazione di fondi finalizzati alla attività di donazione (DCA finanziamento a funzione) solo previa rendicontazione economica analitica annuale da parte delle Aziende e verifica del Centro Regionale Trapianti del raggiungimento degli obiettivi e dell'impiego dei fondi.	Decreto finanziamento a funzione	Invio del documento di rendicontazione da parte di tutte le Aziende sanitarie	Annuale
			4. Assegnazione di fondi finalizzati alla attività di trapianto (DCA finanziamento a funzione) solo previa rendicontazione economica analitica annuale da parte delle Aziende sede di Centro trapianto e verifica del Centro Regionale Trapianti del raggiungimento degli obiettivi e dell'impiego dei fondi.	Decreto finanziamento a funzione	Invio del documento di rendicontazione da parte di tutte le Aziende sanitarie	Annuale

			5. Identificazione e realizzazione di un centro unico di immunogenetica e di anatomia patologica.	Provvedimento reg. recepimento documento del CRT (entro 28/02/2014 per il centro di immunogenetica ; entro il 31/12/2014 per il centro di anatomia patologica)	Realizzazione di un centro unico di immunogenetica e di anatomia patologica.	entro 28/02/2014 per il centro di immunogenetica ; entro il 31/12/2014 per il centro di anatomia patologica
			6. Realizzazione di una unica equipe regionale per il prelievo degli organi	Provvedimento regionale (entro 30/06/2014)	Realizzazione di una unica equipe chirurgica	entro 6 mesi dall'approvazione dell'atto
			7. Realizzazione di un servizio di trasporto organi e equipe gestito mediante convenzione unica regionale	Provvedimento regionale (entro 30/10/2014)	Realizzazione di un contratto unico per il servizio di trasporto	entro 6 mesi dall'approvazione dell'atto
			8. Realizzazione di una lista di attesa unica per ogni singolo programma di trapianto	Regolamento del Centro regionale (entro il 31/12/2013)	Lista unica per singolo organo	Contestuale all'approvazione del regolamento
			9. Favorire l'utilizzazione in loco dei donatori identificati presso la propria sede, al fine di ridurre il numero dei trasferimenti delle equipe chirurgiche.	Regolamento del Centro regionale (entro il 31/12/2013)	Riduzione di almeno il 25% del numero di trasferimenti dell'equipe	Contestuale all'approvazione del regolamento
			10. Effettuazione di audit presso i centri di trapianto d'organo ed i coordinamenti aziendali per le donazioni	Relazione finale del CRT	Effettuazione degli audit nel 100% dei centri interessati	Entro il 31/12/2013 per i trapianti fegato e rene; entro il 31/12/2014 per i trapianti cuore e polmone; entro il 30/06/2015 per i coordinamenti aziendali per le donazioni

Indicatori per il monitoraggio

Indicatore	Definizione	Fonti	Standard (parametri di riferimento ottimali cui tendere)
Attività di accertamento di morte encefalica	Numero di accertamenti di morte encefalica segnalati al centro regionale sul totale di decessi con lesioni cerebrali	Registro regionale dei decessi con lesioni encefaliche	Almeno il 50%
Attività di donazione	Numero di donatori procurati sul totale di accertamenti di morte encefalica segnalati	Centro regionale trapianti	Almeno il 50%
Attività di donazione di tessuti	Numero di donatori di tessuto sul numero totale di decessi nell'Istituto	Centro regionale trapianti/SDO	Almeno 8%
Attività di donazione di tessuti oculari	Numero decessi segnalati al coordinamento locale entro 3 ore sul numero dei decessi nell'Istituto	Centro regionale trapianti/SDO	Almeno il 50%
Attività di donazione di tessuto muscolo-scheletrico	Numero donatori viventi sul numero di interventi di protesi d'anca eseguiti	Centro regionale trapianti/SDO	Almeno il 50%
Attività di trapianto	Numero trapianti d'organo per centro trapianto	Centro regionale trapianti	Standard nazionale di attività minima per singolo organo

Rete oncologica

Quadro normativo di riferimento

Nella Regione Lazio è stato emanato nel 2010 il Decreto del Presidente in qualità di Commissario ad acta n. U0059 "Rete Oncologica", con lo scopo di riorganizzare l'assistenza oncologica a livello regionale. La rete è stata costruita 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.

L'offerta ospedaliera di ricovero per tumori

- Ricoveri ordinari adulti (>14 anni) con terapia chirurgica per tipo di tumore. Anno 2012

Mammella (n=4466): 1^a Istituto per numero di interventi, AU Pol. Gemelli (n=742)

Polmone (n=1232): 1^a Istituto per numero di interventi AO San Camillo-Forlanini (n=311)

Ginecologici (n=510): 1^a Istituto per numero di interventi Pol. Gemelli (n=255)

Colon (n=4103): 1^a Istituto per numero di interventi AU Pol. Gemelli (n=587)

Prostata (n=1716): 1^a Istituto per numero di interventi IRCCS IFO (n=269)

- Ricoveri ordinari (tutte le età) con terapia chirurgica per tumore della pelle. Anno 2012

Numero totale ricoveri: 6543

IRCCS IFO (n=886)

IRCCS IDI (n=2755)

- Ricoveri ordinari e DH (<=14 anni) tutti i tipi di tumore, terapia chirurgica e medica. Anno 2012

Numero totale ricoveri: 2363

Tumore principale: tessuto linfatico ed emopoietico, n. 970 (41%)

1^a Istituto per numero di ricoveri IRCCS Bambino Gesù (n=1630)

- Dimissioni da reparti di specialità oncologia (codice 64)

Nell'anno 2012 si sono registrate 117.401 giornate di degenza in regime ordinario; i primi tre Istituti per numero di ricoveri sono, nell'ordine, Policlinico Gemelli, IFO e S. Camillo-Forlanini. Le prime cinque diagnosi principali sono risultate nell'ordine: Chemioterapia, Radioterapia, Tumori metastatici del fegato, Tumori maligni del polmone, Dolore correlato a neoplasia.

L'attività di DH oncologico nell'anno 2012 ha registrato 165.904 accessi in DH (va detto che questo dato può essere sottostimato per la presenza di attività oncologica erogata su pl di DH polispecialistico). I primi cinque istituti per volume di attività sono nell'ordine, S. Camillo-Forlanini, Policlinico Gemelli, Campus Biomedico, Policlinico Umberto I e Sant'Andrea, che coprono quasi il 50% del totale accessi in DH. Le diagnosi principali sono risultate, Chemio e Radioterapia.

Interventi prioritari

- Qualificazione della rete prevista dal Decreto 59/2010, favorendo lo scambio di esperienze e competenze dei professionisti che ne fanno parte, facendo sì che ogni paziente possa ricevere la migliore assistenza in prossimità del proprio domicilio. La rete dovrà essere operativa attraverso la sottoscrizione di protocolli che colleghino i vari punti di offerta (Piani operativi) in una logica di percorso assistenziale basato sui bisogni di salute della persona con malattia oncologica.
- Favorire la circolazione delle informazioni cliniche (ad esempio rete delle anatomie patologiche) e non necessariamente del paziente, mettendo in rete i dati clinici sui quali il centro che ha in carico il paziente si possa consultare rapidamente con altri centri della rete, nel rispetto della privacy, per individuare le soluzioni di diagnosi e cura più appropriate.
- Organizzazione delle reti basata su percorsi assistenziali condivisi (protocolli diagnostici, terapeutici e di follow-up) basati su linee guida/raccomandazioni già disponibili a livello nazionale ed internazionale nonché su documenti già elaborati a livello regionale.
- Integrazione di tutte le attività ospedaliere e territoriali che assistono il paziente oncologico (Presidi Ospedalieri, Aziende Ospedaliere, Aziende Universitarie, IRCCS, Hospice e cure palliative, il volontariato, assistenza domiciliare, ecc) con l'obiettivo di facilitare lo scambio di informazioni fra tutti i professionisti che si occupano di patologie oncologiche.
- Per il tumore della Mammella, Cervice uterina e Colon-Retto, integrazione di tutte le attività ospedaliere di conferma diagnostica e trattamento all'interno dei programmi di screening delle Aziende USL.
- Revisione dell'organizzazione delle radioterapie.
- Organizzazione della rete dell'ematologia oncologica.
- Favorire a livello regionale una continua attività di governo/programmazione della rete assistenziale attraverso una verifica annuale degli standard richiesti per l'attività di chirurgia oncologica.
- Definizione e realizzazione di Piani di formazione per le varie figure professionali coinvolte nella presa in carico della persona con neoplasia. In questo contesto, si svilupperanno progetti specifici volti alla identificazione di percorsi innovativi come quello dell' "Oncology Care Manager".

CRONOPROGRAMMA PO 2013-2015

CRONOPROGRAMMA PO 2013-2015 REGIONE LAZIO							
Area	Programma	Obiettivo/Intervento	Azione	Atto normativo/ Documento	Indicatore risultato	di	Tempi di realizzazione dell'azione
4: Area "Livelli Essenziali di Assistenza"	14: Reti assistenziali per intensità di cure	14.1 Rete Oncologica	1. Riorganizzazione della rete dei reparti oncologici e di terapia chirurgica, con particolare attenzione all'integrazione nei Programmi di Screening per Mammella, Cervice uterina e Colon-Retto.	Documento di indirizzo del Gruppo di Lavoro regionale (entro 30/06/2014)	Diffusione del documento		Entro 6 mesi dalla diffusione del documento
			2. Percorsi assistenziali per singola neoplasia definiti in coerenza con le funzioni delle strutture della rete.	Specifici documenti tecnici (entro 31/12/2014)	Elaborazione – per le principali sedi tumorali – di un documento tecnico		Entro 12 mesi dalla diffusione dei singoli percorsi assistenziali
			3. Piani di formazione delle varie figure professionali coinvolte nel percorso di presa in carico della persona con malattia neoplastica (Oncology Care Manager)	Documento di indirizzo per i Piani formativi aziendali (entro 30/06/2014)	Elaborazione di un Piano formativo per singola Azienda sanitaria		Entro 3 mesi dalla elaborazione del piano formativo aziendale
			4. Piano di riorganizzazione delle radioterapie	Documento di indirizzo del Gruppo di Lavoro regionale (entro 30/06/2014)	Diffusione del documento		Entro 6 mesi dalla diffusione del documento
			5. Piano di organizzazione dell'oncoematologia	Documento di indirizzo di un Gruppo di Lavoro regionale (entro 30/06/2014)	Diffusione del documento		Entro 6 mesi dalla diffusione del documento
			6. Monitoraggio del livello di implementazione della rete	Produzione di un documento di monitoraggio (scadenza semestrale)	Elaborazione del documento di monitoraggio semestrale		Contestuale alla produzione del documento

Indicatori per il monitoraggio

Indicatore	Definizione	Fonti	Standard (parametri di riferimento ottimali cui tendere)
Attività dei centri per il trattamento chirurgico dei tumori	Numero di interventi /anno per singola sede tumorale per istituto	SDO	Volumi minimi per centro basati su standard regionali, nazionali ed internazionali
Attività dei centri di oncologia (1)	Rapporto fra numero di ricoveri e numero di accessi in DH per singola sede tumorale	SDO	Media nazionale osservata nelle regioni non in piano di rientro; media regionale
Attività dei centri di oncologia (2)	Durata media dei ricoveri ordinari per tipo di tumore	SDO	Media nazionale osservata nelle regioni non in piano di rientro
Mobilità passiva extraregionale dei pazienti oncologici	Mobilità passiva dei ricoveri riferiti a residenti	SDO	Media nazionale osservata nelle regioni non in piano di rientro
Mobilità intraregionale dei pazienti oncologici	Numero ricoveri residenti effettuati nella stessa ASL sul totale di ricoveri residenti nella ASL	SDO	Media regionale
Integrazione con i programmi di screening mammografico, cervice uterina , colon-retto	Numero casi con prima diagnosi provenienti dal percorso di screening sul totale dei casi con prima diagnosi	SDO/SI programmi screening	Almeno il 40% (pesato sulla % di adesione al programma) dei casi diagnosticati all'interno del programma di screening
Percorsi clinico assistenziali per sedi tumorali	Numero professionisti che hanno sottoscritto il percorso	Certificazione delle Aziende sanitarie	Adesione formale a documenti sui percorsi clinici assistenziali da parte di almeno il 60% dei professionisti coinvolti nel percorso

Programma 15 - rete emergenza-urgenza

Intervento 15.1: ridefinizione della rete nelle sue componenti territoriale ed ospedaliera

Quadro normativo di riferimento

Il Programma Operativo tiene conto della seguente normativa nazionale:

- DPR 27 marzo 1992 “Atto di indirizzo e coordinamento alle regioni per la determinazione dei livelli di assistenza sanitaria di emergenza”;
- D.M. n. 121 del 15 Maggio 1992 “Criteri e requisiti per la codificazione degli interventi di emergenza”;
- ACCORDO Stato-Regioni 25 ottobre 2001 - “Linee Guida su - Triage intraospedaliero - valutazione gravità all’ingresso-e chirurgia della mano e microchirurgia nel sistema dell’emergenza -urgenza sanitaria”.
- ACCORDO della Conferenza permanente per i rapporti tra lo stato le regioni e le province autonome di Trento e Bolzano - 03 febbraio 2005 recante "Linee guida per l'organizzazione dei servizi di soccorso sanitario con elicottero“;
- Legge 135/2012 “Conversione in legge, con modificazioni, del decreto-legge 6 luglio 2012, n. 95, recante disposizioni urgenti per la revisione della spesa pubblica con invarianza dei servizi ai cittadini. (12G0157)”
- Ministero della salute, Bozza Decreto - Regolamento recante: “Definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera, in attuazione dell’articolo 1, comma 169, della Legge 30 dicembre 2004, n. 311” e dell’articolo 15, comma 13, lettera c), del Decreto-legge 6 luglio 2012, n. 95 convertito, con modificazioni dalla legge 7 agosto 2012, n. 135;
- Accordo Stato-Regioni sul documento Linee di indirizzo sulla riorganizzazione del sistema di emergenza-urgenza in rapporto alla continuità assistenziale. Atto n. 36/CSR del 7 febbraio 2013.

Il sistema dell’emergenza-urgenza a livello regionale è regolamentato dai seguenti atti normativi:

- DGR 7628/98 “Istituzione del Sistema Informativo sull’emergenza sanitaria e integrazione del sistema informativo ospedaliero”;
- DGR 1729/2002 “Trasferimento interospedaliero del paziente critico in emergenza in continuità di soccorso”;
- LR 9/2004 “Istituzione dell’Azienda regionale per l’emergenza sanitaria ARES 118”;
- DGR 821/2009 “Interventi per il miglioramento della efficacia ed efficienza nelle attività di Pronto Soccorso dei Presidi Ospedalieri della Regione Lazio. Individuazione delle funzioni del “Facilitatore dei processi di ricovero e dimissione”;
- DPCA 56/2010 “Rete Perinatale”;
- DPCA 73/2010 “Rete assistenziale dell’emergenza”;
- DPCA 74/2010 “Rete dell’assistenza cardiologica nel Lazio”;
- DPCA 75/2010 “Rete assistenziale Ictus”;
- DPCA 76/2010 “Rete assistenziale Trauma grave e neuro-trauma”;
- DPCA 80/2010 “Riorganizzazione della Rete Ospedaliera Regionale” (con riferimento a PPI per gli ospedali oggetto di riconversione e OBI);
- DPCA 65/2010 “Azienda Regionale Emergenza Sanitaria ARES 118. Piano di realizzazione elisuperfici. Importo complessivo € 744.478,62 a valere sul capitolo H22103 del bilancio di previsione della Regione Lazio.”;

- DPCA 8/2011 “Requisiti minimi autorizzativi per l’esercizio delle attività sanitarie e socio-sanitarie”.

Il Coordinamento della Rete dell’Emergenza è affidato alla Direzione Regionale competente, ai sensi della suddetta normativa. Con Determina Dirigenziale 31 luglio 2013, è stato istituito il Gruppo di lavoro regionale tecnico-scientifico per le attività legate al Sistema dell’emergenza sanitaria.

Il Sistema dell’emergenza-urgenza nel Lazio

La risposta all’emergenza si articola in una fase di allarme e risposta territoriale, gestita dall’ARES 118, e da una fase di risposta ospedaliera che coinvolge le strutture ospedaliere dell’emergenza (DEA/PS). Il sistema dell’emergenza si integra con la continuità assistenziale, garantita dall’ARES 118 e dalle Aziende sanitarie.

Tutta l’attività svolta in condizione di emergenza è documentata dal Sistema informativo ARES per l’attività extra-ospedaliera di soccorso, e dal Sistema informativo per l’emergenza sanitaria (SIES), quest’ultimo gestito dalla Regione come debito informativo obbligatorio da parte di tutti i Pronto Soccorso, e collegabile all’archivio delle SDO in modo da disporre di un unico tracciato del percorso assistenziale.

L’ARES 118 nella Regione Lazio articola la propria offerta in:

- 1 Centrale Operativa Regionale (COR);
- 6 Centrali Operative provinciali (CO), di cui due a Roma - una per Roma Capitale e una per la Provincia di Roma- e una per ogni capoluogo di provincia;
- 135 postazioni di soccorso ubicate su tutto il territorio regionale (di cui il 30% medicalizzate);
- 180 mezzi di soccorso (BLS, ALS, automedica).

Il servizio di eliambulanza regionale attualmente viene erogato da tre basi dislocate a Roma - Fonte di Papa, Viterbo e Latina. Delle tre basi, solo l’elicottero di Roma può volare anche di notte e garantire i trasferimenti dagli ospedali minori verso i DEA di II livello di Roma.

Le piazzole di elisuperficie nel Lazio sono 24, di cui solamente 8 certificate ENAC per il volo diurno e notturno. Il DPCA 65/2010 ha previsto la realizzazione di ulteriori 5 piazzole: di queste, 3 sono state realizzate ma non sono ancora operative (Acquapendente H24, Amatrice H24 e Formia H24) e 2 sono in corso di progettazione (Ostia H24 e Terracina H24).

All’ARES afferisce inoltre il Servizio Trasporto Emergenza Neonatale (STEN).

La rete ospedaliera dell’emergenza attualmente prevede un’organizzazione delle strutture per livello di complessità secondo il modello Hub&Spoke, con articolazione in bacini di afferenza, ciascuno con un DEA di II livello che si qualifica come punto di riferimento delle strutture DEA di I livello e di Pronto Soccorso (Tabella 1).

In particolare, la rete ospedaliera dell’emergenza prevista dal succitato DPCA 73/2010 comprende:

- 4 DEA di II livello (Policlinico Umberto I, AO San Giovanni, AO San Camillo-Forlanini, Policlinico A Gemelli)
- 21 DEA di I livello ;
- 14 PS (ad esclusione dei PS presso le strutture attualmente in riconversione)

Sono inoltre attive 20 OBI, di cui 13 a Roma.

La rete dell'emergenza è completata da strutture dedicate all'attività specialistica:

- Odontoiatrica - Ospedale Eastman
- Oculistica - Ospedale Regionale Oftalmico
- Ostetrico-ginecologica - Ospedale Cristo Re
- Ortopedica - CTO e ICOT

Rispetto ai requisiti previsti dalla normativa regionale (DCA 8/11)⁶, tutte le strutture sede di DEA di I livello risultano adeguate, mentre uno dei DEA di II livello, alla rilevazione NSIS 2013, non presenta la dotazione completa di PL nelle discipline previste.

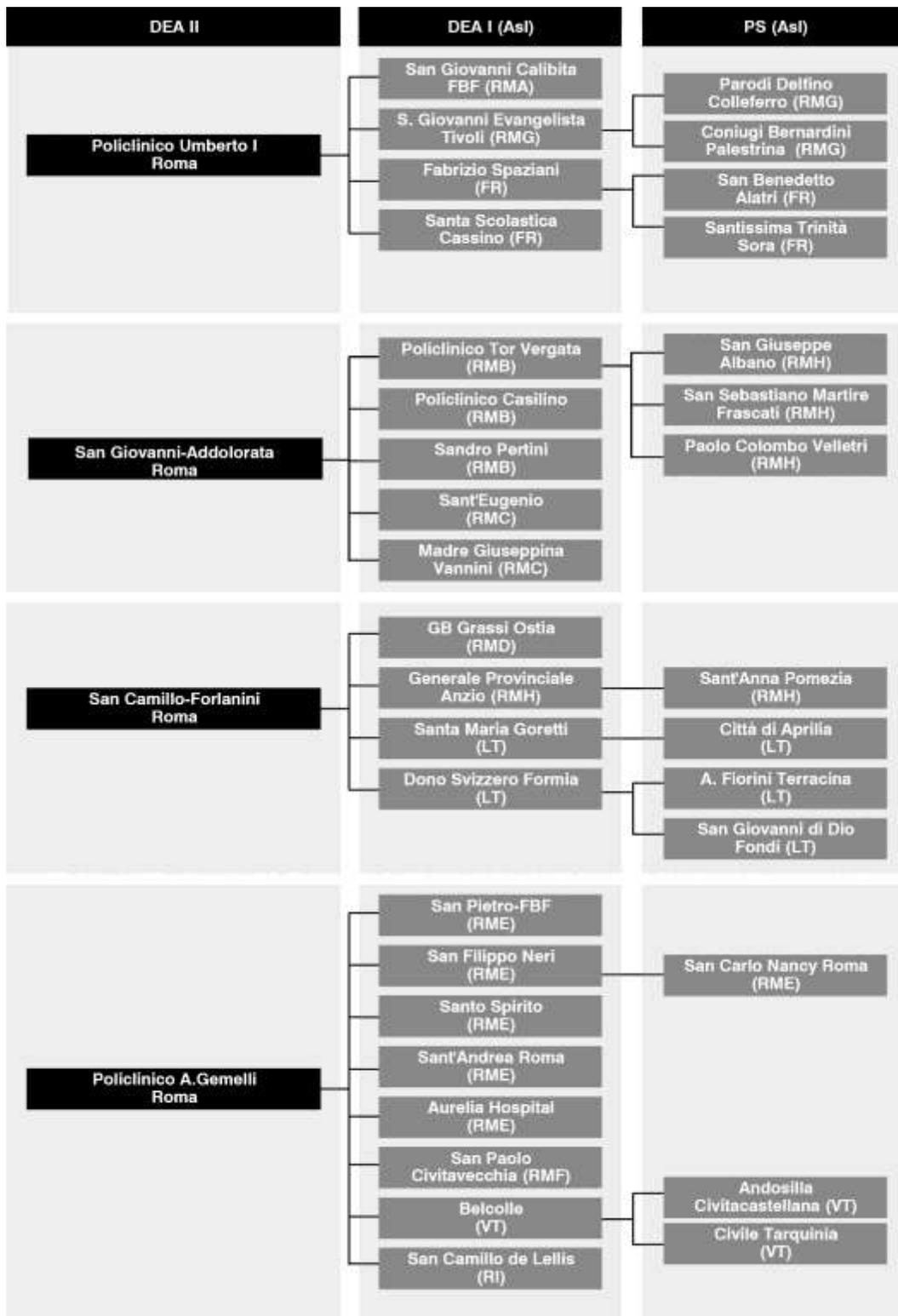
La rete dell'emergenza pediatrica prevista dal DPCA 73/2010, nel rispetto dei criteri Hub&Spoke, è composta da: 6 PS, 14 DEA di I livello e 5 DEA di II Livello (considerando anche l'Ospedale Pediatrico Bambino Gesù - OPBG). La rete è dotata di centri di riferimento per le alte specialità: cardiocirurgia OPBG; neurochirurgia OPBG e Gemelli; chirurgia pediatrica San Camillo e OPBG; terapia intensiva OPBG, Gemelli e Policlinico Umberto I.

I Punti di Primo Intervento (PPI) attivi a livello territoriale attualmente sono 22, di cui 13 presso ospedali in riconversione (fonte ARES).

Le Centrali d'ascolto regionali per la continuità assistenziale sono 19. L'ARES 118 gestisce attualmente la Centrale d'ascolto di Roma, alla quale fanno capo 30 postazioni periferiche gestite dalle ASL urbane (RMA, RMB, RMC, RMD, RME) ed extraurbane (RMG, RMF); le altre Centrali d'Ascolto sono attualmente gestite dalle relative ASL (si veda il "Piano di riorganizzazione aziendale ARES 118").

⁶ Si segnala che il DCA 8/2011 non declina le specifiche discipline per il PS e dunque non risulta effettuabile un confronto.

Tabella 1 – Rete dell'emergenza ospedaliera, per livelli di complessità (escluse le strutture in riconversione).



Dati di attività

Nel corso del 2012 le CO di Roma e provincia hanno ricevuto 2.851.213 chiamate, di cui 1.868.922 a Roma e provincia, 360.415 a Frosinone, 360.306 a Latina, 120.543 a Rieti e 140.727 a Viterbo. Le missioni effettuate sono state 375.407, pari al 13,1% delle chiamate, così distinte per le singole province:

- Roma 269.986, di cui 67% con accesso ospedaliero;
- Viterbo 23.592 (68%);
- Rieti 13.229 (67%);
- Latina 39.429 (68%);
- Frosinone 29.171 (83%).

Il numero degli accessi in Pronto soccorso nel 2012 è stato pari a 1.963.274 (Tabella 2). L'utilizzo dei mezzi di soccorso coordinati dall'ARES 118, a livello regionale, riguarda solo il 14% dei pazienti; tale percentuale, nel caso di codici rossi e gialli, sale al 34% (circa 160.000 su 464.274 accessi). Rispetto al totale dell'attività in PS, la quota di accessi con priorità codice rosso e giallo è pari al 23,6%. Gli accessi esitano in ricovero nel 16% dei casi e in trasferimento nell'1,9%.

Per quel che riguarda l'attività di continuità assistenziale, dai dati ISTAT del 2008 risultavano attive nel Lazio 647 figure di guardia medica con un carico medio annuo di 1.488 ore.

Tabella 2 - Dati di attività della Rete dell'emergenza ospedaliera per livello di complessità e ASL

ASL	ISTITUTO	COMUNE	LIVELLO	Accessi	%arrivi in ambulanza (118, pubblica, eliambulanza)	%triage rosso+giallo	%ricovero in reparto di degenza	% trasferimento ad altro istituto
RMA	George Eastman	Roma	PS	26.456	0,2	0,1	0,5	0,3
RMC	C.T.O.	Roma	PS	28.515	6,2	7,2	5,8	1,7
RME	Regionale Oftalmico	Roma	PS	42.378	0,1	3,2	1,5	0,3
RME	San Carlo di Nancy	Roma	PS	21.169	10,1	13,8	14,1	3,5
RME	Cristo Re	Roma	PS	17.427	0,6	18,1	18,4	0,7
RMF	Civile di Bracciano	Bracciano	PS	14.923	15,0	19,8	13,4	2,7
RMG	Parodi Delfino	Colleferro	PS	29.340	10,5	29,5	14,5	1,1
RMG	Santissimo Gonfalone	Monterotondo	PS	23.970	17,0	20,4	9,8	3,8
RMG	Coniugi Bernardini	Palestrina	PS	36.252	9,3	22,2	7,8	3,1
RMG	Angelucci	Subiaco	PS	8.961	16,3	30,5	20,7	2,7
RMH	San Giuseppe	Albano Laziale	PS	32.260	20,5	43,9	13,0	5,0
RMH	San Sebastiano Martire	Frascati	PS	32.499	14,9	24,6	10,3	4,2
RMH	Civile Paolo Colombo	Velletri	PS	27.503	13,5	36,7	10,1	5,3
RMH	Sant' Anna	Pomezia	PS	23.978	16,1	19,9	13,5	0,7
VT	Civile di Acquapendente	Acquapendente	PS	5.027	9,2	12,5	25,2	1,7
VT	Andosilla	Civitacastellana	PS	15.379	15,9	18,9	11,1	3,4
VT	Civile di Tarquinia	Tarquinia	PS	18.354	11,8	20,6	13,3	1,9
LT	A. Fiorini	Terracina	PS	29.364	15,7	33,9	13,5	2,3
LT	San Giovanni di Dio	Fondi	PS	23.045	6,6	23,8	16,0	1,1
LT	I.C.O.T.	Latina	PS	17.448	4,8	5,3	6,7	0,2
LT	Citta' di Aprilia	Aprilia	PS	36.784	8,4	24,9	9,2	0,7
FR	San Benedetto	Alatri	PS	25.996	4,8	12,0	17,1	1,1
FR	Civile di Anagni	Anagni	PS	11.197	14,2	26,7	17,0	1,6
FR	Santissima Trinita'	Sora	PS	27.253	15,3	33,5	19,8	0,9
RMA	San Giovanni Calibita - FBF	Roma	DEAI	37.453	9,0	38,6	24,8	1,8
RMB	Policlinico Casilino	Roma	DEAI	59.824	17,9	13,7	12,4	3,7
RMB	Sandro Pertini	Roma	DEAI	75.840	23,0	18,1	12,3	5,2
RMB	Policlinico Tor Vergata	Roma	DEAI	53.580	15,4	24,8	11,8	3,0
RMC	Sant' Eugenio	Roma	DEAI	52.828	11,7	22,1	13,1	3,7
RMC	Madre Giuseppina Vannini	Roma	DEAI	40.532	19,5	26,5	16,8	1,2
RMD	Giovanni Battista Grassi	Roma	DEAI	53.862	22,4	27,8	13,0	6,1
RME	Santo Spirito	Roma	DEAI	35.412	24,5	18,7	18,4	0,8
RME	San Pietro - FBF	Roma	DEAI	50.538	8,8	12,9	24,0	0,4
RME	Aurelia Hospital	Roma	DEAI	25.187	19,2	27,4	21,6	1,3
RME	San Filippo Neri	Roma	DEAI	34.623	15,0	38,9	27,5	0,6
RME	S.Andrea	Roma	DEAI	49.650	11,2	20,4	15,4	2,8
RMF	San Paolo	Civitavecchia	DEAI	30.948	18,1	36,7	17,3	0,8
RMG	San Giovanni Evangelista	Tivoli	DEAI	41.061	19,7	41,8	13,1	2,3
RMH	Generale Provinciale	Anzio	DEAI	39.054	14,4	24,4	9,0	1,9
VT	Belcolle	Viterbo	DEAI	46.960	20,1	29,9	20,1	2,6
RI	San Camillo de Lellis	Rieti	DEAI	36.888	20,7	37,6	25,3	0,4
LT	Santa Maria Goretti	Latina	DEAI	69.729	15,3	21,3	19,3	1,0
LT	Dono Svizzero	Formia	DEAI	39.094	14,8	21,4	16,7	0,4
FR	Fabrizio Spaziani	Frosinone	DEAI	46.621	19,1	41,6	20,7	0,7
FR	Santa Scolastica	Cassino	DEAI	40.280	13,2	27,6	21,1	0,8
RMA	San Giovanni	Roma	DEAI	63.398	18,6	26,1	23,2	0,8
RMA	Bambino Gesu'	Roma	DEAI	70.889	3,2	10,0	15,7	0,3
RMA	Policlinico Umberto I	Roma	DEAI	133.915	11,3	23,7	15,3	1,1
RMD	San Camillo- Forlanini	Roma	DEAI	90.396	17,5	18,2	19,2	2,0
RME	A. Gemelli	Roma	DEAI	69.234	11,8	29,2	28,8	0,4
TOTALE				1.963.274	14,0	23,6	16,0	1,9

NB: Il PS di Anagni è stato disattivato nel gennaio 2013; I PS di Monterotondo, Subiaco e Bracciano insistono in strutture oggetto di riconversione; nel PS del Cristo Re è prevista dall'attuale normativo lo svolgimento della sola attività ostetrico-ginecologica, mentre è in corso di disattivazione l'attività in emergenza relativa ad altre discipline

Interventi prioritari

- Coordinamento regionale per la gestione della rete dell'emergenza, sotto la responsabilità della Direzione regionale Salute e Integrazione sociosanitaria, cui afferiscono i coordinamenti delle reti specialistiche e quelli dei singoli bacini di afferenza, con compiti di indirizzo, programmazione, implementazione e manutenzione.
- Riorganizzazione della rete dell'emergenza territoriale e ospedaliera, in coerenza con gli standard nazionali di popolazione e attività e nell'ottica di una migliore distribuzione geografica e ottimizzazione degli interventi, concentrando l'alta specialità per patologie tempo-dipendenti nei DEA di II livello:
 - riduzione delle CO dell'Ares 118;
 - rimodulazione del numero dei mezzi di soccorso, suddivisi in mezzi di soccorso avanzati e mezzi di soccorso di base, per il territorio di ogni CO, definendone il numero minimo e ottimizzando il rapporto tra numero, dislocazione e densità della popolazione servita;
 - ridefinizione delle basi e delle superfici dei mezzi di elisoccorso;
 - affidamento all'ARES dei trasporti secondari con centralizzazione del servizio e conseguente riduzione della spesa (costo standard regionale unico oggi parcellizzato in molteplici affidamenti, riduzione dei mezzi di soccorso con adeguamento all'effettivo fabbisogno e recupero di personale idoneo solo al servizio di trasporto);
 - rimodulazione dell'offerta delle strutture di pronto soccorso in base ai volumi di attività nel rispetto degli standard nazionali e contestuale attivazione di PPI;
 - attivazione un DEA di II livello nell'area sud del Lazio, senza costi aggiuntivi per la regione;
 - realizzazione di percorsi clinico-organizzativi separati per intensità di cura nei PS, finalizzati a ridurre i tempi di permanenza e rendere più efficienti le attività e gli esiti;
 - completamento dell'attivazione di posti di OBI e realizzazione di percorsi di continuità assistenziale alla dimissione in PS, con conseguente riduzione dei ricoveri.
- Identificazione all'interno delle strutture di emergenza di responsabili della gestione dei ricoveri e dei percorsi inter- e intra-ospedalieri per un'ottimizzazione dei tempi di ricovero e dell'appropriato utilizzo dei posti letto.
- Implementazione di protocolli e consulenze inter-ospedalieri e attivazione della telemedicina (comprensiva di teleconsulto e trasmissione di immagini), con conseguente miglioramento della qualità assistenziale, riduzione dei trasporti secondari e maggiore efficienza nell'utilizzo delle risorse.
- Riorganizzazione della continuità assistenziale, con riduzione delle centrali dalle attuali 19 allo standard previsto dall'Accordo Stato-Regioni 7 febbraio 2013, e contestuale integrazione con l'Ares 118.

CRONOPROGRAMMA PO 2013-2015

CRONOPROGRAMMA PO 2013-2015 REGIONE LAZIO						
Area	Programma	Obiettivo/Intervento	Azione	Atto normativo/ Documento	Indicatore di risultato	Tempi di realizzazione dell'azione
4: Area "Livelli Essenziali di Assistenza"	15: Rete Emergenza-Urgenza	15.1 Ridefinizione della rete nelle sue componenti territoriale ed ospedaliera	1. Riduzione del numero delle CO del 118 attraverso la soppressione della CO regionale e di quella della Provincia di Roma e l'accorpamento delle CO di Rieti con Viterbo e/o di Latina con Frosinone	Atto organizzativo ARES (entro 31/01/2014)	Riduzione di almeno 3 CO rispetto alle 7 esistenti	entro 8 mesi dall'approvazione dell'atto
			2. Rimodulazione del modello organizzativo per la gestione dell'emergenza territoriale, attraverso la definizione del numero minimo di ambulanze e automediche da parte di ciascuna CO, in base a criteri di densità di popolazione, viabilità e tempi di percorrenza (anche tenendo conto di quanto previsto dalla "Bozza di regolamento").	Documento tecnico ARES adottato con provvedimento regionale (entro 31/01/2014)	Adeguamento del numero di mezzi al fabbisogno	entro 18 mesi dall'approvazione dell'atto
			3. Trasformazione delle ambulanze MSA in ambulanze MSB con contestuale attivazione di automediche, nell'ambito di procedure di rendez-vous.	Documento tecnico ARES adottato con provvedimento regionale (entro 31/01/2014)	Almeno l'80% delle ambulanze medicalizzate trasformate in mezzi non medicalizzati e contestuale attivazione di automediche	entro 18 mesi dall'approvazione dell'atto
			4. Qualificazione e ottimizzazione del Servizio di elisoccorso attraverso: 1) l'implementazione di una base di elisoccorso h12 nella zona geografica del basso Frusinate e l'estensione della attività della base di Latina da h12 a h24; 2) la realizzazione di nuove elisuperfici in area geografiche con tempi di accesso al DEA Il superiori a 60 minuti, privilegiando quelle oggetto di riconversione di presidi ospedalieri.	Decreto Commissario ad Acta (entro 30/06/2014)	Almeno il 50% di nuove elisuperfici rispetto a quelle programmate	entro 12 mesi dall'approvazione dell'atto
			5. Potenziamento del Sistema <i>Gipse on line</i> come sistema di supporto al monitoraggio dell'attività di PS e integrazione dei sistemi informativi <i>Gipse-Ares 118</i> , affinché sia sempre conosciuta in tempo reale la capacità ricettiva di ogni PS in base non solo al numero di pazienti in attesa ma anche alla reale capacità di presa in carico della struttura ospedaliera (la disponibilità di questa informazione si rende necessaria per giustificare modifiche temporanee delle afferenze ospedaliere).	Protocollo di intesa tra Regione e ARES (entro 30/06/2014)	Almeno il 90% dei PS che utilizzano il nuovo sistema	entro 4 mesi dalla sottoscrizione del protocollo

			6. Centralizzazione dei trasporti secondari, del trasporto sangue ed organi, affidandone all'ARES 118 il coordinamento e la gestione sull'intero territorio regionale, superando le convenzioni gestite dalle singole ASL (come già previsto da normativa Regionale vigente).	Decreto Commissario ad Acta (entro 30/06/2014)	Almeno il 50% dei trasferimenti secondari gestiti dall'ARES	entro 6 mesi dall'approvazione dell'atto
			7. Attivazione di Punti di Primo Intervento rinforzato sulla risposta all'emergenza, gestiti da medici strutturati di medicina d'urgenza, con adeguamento dei mezzi di soccorso presso tutti i Presidi Ospedalieri da riconvertire ai sensi del DPCA 80/2010 e attualmente oggetto di ricorso.	Decreto Commissario ad Acta (entro 31/03/2014)	Attivazione di PPI nei Presidi Ospedalieri riconvertiti	entro 6 mesi dall'approvazione dell'atto
			8. Ridefinizione per ciascun DEA II dei bacini territoriali e dei DEA I e PS di afferenza; attivazione di un DEA II nell'area sud della regione.	Decreto Commissario ad Acta (entro 30/06/2014)	Rimodulazione della rete in funzione di nuovi bacini	entro 3 mesi dall'approvazione dell'atto; entro 6 mesi per l'attivazione del DEA II
			9. Realizzazione nei PS e nei DEA di percorsi separati clinico-organizzativi per intensità di cura (Accordo Stato-Regioni 2013)	Determina regionale (entro 31/03/2014)	Attivazione del percorso in tutti i DEA e PS	entro 3 mesi dall'approvazione dell'atto
			10. Realizzazione di percorsi di continuità assistenziale alla dimissione del PS (Accordo Stato-Regioni 2013).	Determina regionale (entro 31/03/2014)	Attivazione del percorso in tutti i DEA e PS	entro 3 mesi dall'approvazione dell'atto
			11. Riadeguamento dei posti di OBI programmati dal DCA 80/2010, nel rispetto delle linee guida del Ministero della Salute (in corso di emanazione).	Atto organizzativo Aziendale (entro 30/06/2014)	Attivazione dei posti programmati negli Atti aziendali	entro 3 mesi dall'approvazione dell'atto
			12. Identificazione all'interno della Direzione Sanitaria dei DEA II, DEA I e PS di un responsabile dei processi di ricovero e dimissione (bed manager), al fine di migliorare l'efficacia e l'efficienza delle attività dei Pronto Soccorso Regionali in applicazione della DGR 821/09	Determina regionale (entro 31/03/2014)	Responsabile identificato in almeno il 90% delle strutture	entro 3 mesi dall'approvazione dell'atto
			13. Attivazione di percorsi assistenziali in emergenza intraospedalieri con identificazione di un referente	Determina regionale (entro 31/03/2014)	Referente identificato in almeno l'80% delle strutture	entro 3 mesi dall'approvazione dell'atto
			14. Stesura di protocolli operativi, compresa l'attività di consulenza inter-ospedaliera, da parte dei DEA di II livello per il collegamento funzionale tra i diversi nodi di afferenza.	Determina regionale (entro 31/03/2014)	Adesione ai protocolli da parte di almeno l'80% dei nodi della rete	entro 3 mesi dall'approvazione dell'atto
			15. Sviluppo di un sistema regionale di telemedicina per le consulenze e la trasmissione di immagini a distanza	Determina regionale (entro 30/06/2014)	Operatività del sistema sul 100% dei nodi della rete	entro 12 mesi dall'approvazione dell'atto

			16. Interventi di formazione e audit per gli operatori sanitari sugli obiettivi regionali della rete, privilegiando strumenti innovativi via web.	Determina regionale (entro 30/09/2014)	Formazione di almeno il 50% degli operatori	entro 12 mesi dall'approvazione dell'atto
			17. Rimodulazione delle postazioni della Continuità assistenziale a livello territoriale.	Decreto del Commissario ad Acta (entro 30/09/2014)	Realizzazione della rimodulazione secondo l'atto programmatico	entro 6 mesi dall'approvazione dell'atto
			18. Centralizzazione delle chiamate ai medici per la Continuità assistenziale su un unico numero gestito dall'ARES 118, con riduzione delle Centrali di ascolto per la continuità assistenziale (1 per provincia).	Determina regionale (entro 31/12/2014)	Creazione del numero unico e realizzazione delle centrali su base provinciale	entro 3 mesi dall'approvazione dell'atto
			19. Istituzione di un Gruppo di lavoro tecnico-scientifico a supporto della Direzione Salute e Integrazione socio-sanitaria sull'attività della rete dell'emergenza.	Determina regionale (entro 31/10/2013)	Insediamiento del gruppo	entro 1 mese dall'approvazione dell'atto

Indicatori per il monitoraggio

Indicatore	Definizione	Fonti	Standard (parametri di riferimento ottimali cui tendere)
Tempo di attivazione dei mezzi di soccorso per codici gialli e rossi	Tempo intercorso dall'arrivo della richiesta di soccorso (risposta operatore) alla attivazione del mezzo di soccorso nella gestione dei codici rossi e gialli	ARES	Entro 2' nel 90% dei casi - entro 3' nel 100% dei casi
Tempo di arrivo dei mezzi di soccorso per codici gialli e rossi in area urbana	Tempo intercorso dall'arrivo della richiesta di soccorso (risposta operatore) all'arrivo del primo mezzo di soccorso sul luogo dell'evento nella gestione dei codici rossi e gialli in area urbana	ARES	Entro 10' nel 90% dei casi - entro 15' nel 100% dei casi
Tempo di arrivo dei mezzi di soccorso per codici gialli e rossi in area extra-urbana	Tempo intercorso dall'arrivo della richiesta di soccorso (risposta operatore) all'arrivo del primo mezzo di soccorso sul luogo dell'evento nella gestione dei codici rossi e gialli in area extraurbana	ARES	Entro 20' nel 90% dei casi - entro 30' nel 100% dei casi
Interventi di auto mediche in codici rossi	Numero di interventi in codice rosso nei quali è stato inviato in prima battuta un mezzo di soccorso avanzato (Automedica, HEMS)	ARES	90%
Trasferimenti secondari coordinati dall'ARES 118	Percentuale di trasferimenti secondari effettuati sotto il coordinamento dall'ARES 118 sul totale dei trasferimenti secondari	ARES	100%
Attivazione di mezzi di soccorso MSB e MSA	Attivazione dei mezzi di soccorso MSB e MSA programmati per area in base alla densità di popolazione ed alle variabili legate alle distanze di percorrenza e viabilità disagiata	ARES	100%
Trasferimenti in continuità di soccorso all'interno dei bacini territoriali definiti	Percentuale dei trasferimenti che si effettuano all'interno di uno specifico bacino territoriale sul totale dei trasferimenti in continuità di soccorso	SIES	100%
Accessi alle OBI con esito ricovero per struttura	Percentuale di accessi alle OBI con esito ricovero sul totale degli accessi in OBI	SIES	<30%
Tempi di attesa in PS per struttura	Tempi medi di attesa dei pazienti in PS dal triage alla presa in carico da parte del medico di PS per codice triage	SIES	Entro 120' per i codici bianchi, entro 60' per i codici verdi; entro 15' per i codici gialli
Tempi di permanenza in PS per struttura	Tempi medi di permanenza dei pazienti in PS dal triage alla conclusione dell'assistenza in PS	SIES	94% entro 8 ore; 98% entro 12 ore
Ricoveri in emergenza/urgenza per struttura	Percentuale di accessi in PS con esito ricovero sul totale degli accessi in PS	SIES	media regionale/nazionale

Programma 16 - Sanità penitenziaria

Intervento 16.1: ricognizione procedure di trasferimento delle competenze dal Dipartimento Amministrazione penitenziaria al SSR - tutela della salute in carcere

Quadro di riferimento normativo

- DPCM 01.04.2008, recante “Modalità e criteri per il trasferimento al Servizio sanitario nazionale delle funzioni sanitarie, dei rapporti di lavoro, delle risorse finanziarie e delle attrezzature e beni strumentali in materia di sanità penitenziaria”; detto trasferimento è avvenuto il 1 ottobre 2008
- D.G.R. n. 470 del 4 luglio 2008 “Preso d’atto del DPCM 1 Aprile 2008 concernente “Modalità e criteri per il trasferimento al Servizio sanitario nazionale delle funzioni sanitarie, dei rapporti di lavoro, delle risorse finanziarie e delle attrezzature e beni strumentali in materia di sanità penitenziaria”.
- D.G.R. n. 7693 del 5 aprile 2011 per la Presa d’atto degli inventari provvisori dei locali adibiti all’esercizio delle funzioni sanitarie per la concessione in uso a titolo gratuito alle Aziende Sanitarie Locali da parte del Dipartimento dell’Amministrazione penitenziaria e del Dipartimento della giustizia minorile del Ministero della Giustizia, al fine di adempiere a quanto previsto dall’articolo 4 comma 2 DPCM 1 aprile 2008
- D.G.R. n. 452 del 14 ottobre 2011 per la convalida, ai sensi dell’articolo 4 comma 1 del DPCM 1 aprile 2008, degli inventari, validati e trasmessi dalle Aziende Sanitarie Locali del Lazio, delle attrezzature, arredi e beni strumentali afferenti alle attività sanitarie trasferite dal Ministero della Giustizia a ciascuna ASL.
- D.G.R. n. 592 del 14 dicembre 2012 per la convalida definitiva degli inventari dei locali transitati, validati e trasmessi dalle Aziende USL.
- Determinazione n.B01258 del 2 aprile 2013, con cui la Regione ha fornito le indicazioni utili per la gestione dei locali ad uso sanitario in ambito penitenziario attraverso il documento “Linee Guida essenziali per la gestione dei locali ad uso sanitario nelle strutture penitenziarie della Regione Lazio”.

Analisi dell’offerta

7.157 detenuti negli Istituti Penitenziari nella Regione Lazio (al 30 settembre 2013 – Fonte: Ministero di Giustizia).

Gli Istituti Penitenziari del territorio sono:

territorio ASL	Istituti Penitenziari
RMA	Casa Circondariale “Regina Coeli”
RMB	Casa Circondariale Rebibbia “Nuovo Complesso” , Casa Circondariale Rebibbia “Femminile”, Casa di Reclusione di Rebibbia, Casa Circondariale di Rebibbia “La Casa”
RMD	Centro di Prima Accoglienza Minorile di Roma – CPA
RME	Istituto Penale Minorile di Roma
RMF	Casa di Reclusione di Civitavecchia, Casa Circondariale Civitavecchia “Nuovo Complesso”
RMH	Casa Circondariale di Velletri
Rieti	Casa Circondariale di Rieti
Latina	Casa Circondariale di Latina

Viterbo	Casa Circondariale Viterbo “Nuovo Complesso”
Frosinone	Casa Circondariale di Frosinone, Casa Circondariale di Cassino, Casa di Reclusione di Paliano

L'assistenza sanitaria a questa popolazione è garantita anche dalle strutture ospedaliere dedicate dell'Ospedale 'Sandro Pertini' di Roma (ASL Roma B) e dell'Ospedale 'Belcolle' di Viterbo, nonché da tutte le strutture Ospedaliere e territoriali non specificatamente dedicate alla popolazione detenuta.

Interventi prioritari

Completamento del trasferimento delle competenze dal Ministero di Giustizia al SSR

Area	Programma	Obiettivo /Intervento	Azione	Atto normativo/documento	Indicatore di risultato (quantitativo/qualitativo) con standard	Tempi di realizzazione
4. Livelli Essenziali di Assistenza	16. Sanità penitenziaria	16.1: ricognizione procedure di trasferimento delle competenze dal Dipartimento Amministrazione penitenziaria al SSR	Adozione e diffusione delle Linee Guida essenziali per la gestione dei locali ad uso sanitario nelle strutture penitenziarie della Regione Lazio	Determinazione (maggio 2013)	n. incontri con ASL per applicazioni Linee Guida	Giugno 2013
			Convalida degli inventari, validati e trasmessi dalle Aziende Sanitarie Locali del Lazio, dei locali adibiti all'esercizio delle funzioni sanitarie per la concessione in uso a titolo gratuito alle Aziende Sanitarie Locali da parte del Dipartimento dell'Amministrazione penitenziaria e del Dipartimento della Giustizia Minorile del Ministero della Giustizia	Determinazione (giugno 2013)	n. verbali sottoscritti dalle ASL /Istituti Penitenziari convalidati	Settembre 2013
			Convenzioni per uso dei locali adibiti all'esercizio delle funzioni sanitarie per la concessione in uso a titolo gratuito alle Aziende Sanitarie Locali	Settembre 2013	n. Convenzioni sottoscritte ASL /Istituti Penitenziari	Dicembre 2013

Indicatori per il monitoraggio

Cod	Indicatore	Definizione	Fonti	Standard
1	n. incontri con ASL per applicazioni Linee Guida	Incontri operativi realizzati tra la Regione e Direttori di Distretto, ove insistano gli Istituti Penitenziari	Atti regionali(verbali)	100% degli istituti
2	n. inventari sottoscritti dalle ASL /Istituti Penitenziari convalidati	Inventari validati e trasmessi relativi a locali ed attrezzature di uso sanitario concesse a titolo gratuito alle ASL	Allegati determina regionale	100% degli istituti
3	n. Convenzioni sottoscritte ASL /Istituti Penitenziari	Le Convenzioni riportano i termini stabili nell'Accordo Stato Regioni di applicazione del DPCM 1 aprile 2008,	Atti trasmessi dalle ASL alla Regione	100% degli istituti

Responsabile del procedimento attuativo

Azione 1: Area Programmazione Rete dei Servizi nell'area dei Soggetti Deboli

Azione 2: Area Programmazione Rete dei Servizi nell'area dei Soggetti Deboli

Azione 3: Area Programmazione Rete dei Servizi nell'area dei Soggetti Deboli

Intervento 16.2 : Disattivazione Ospedali psichiatrici giudiziari (OPG) e individuazione dei percorsi di presa in carico dei relativi pazienti

Quadro di riferimento normativo

Al fine di comprendere il quadro legislativo entro cui sta operando la Regione Lazio e i Servizi del SSR, di seguito sono indicate le tappe normative fondamentali e le azioni compiute dalla Regione Lazio, finalizzate al superamento degli Ospedali Psichiatrici Giudiziari.

L'emanazione del D.P.C.M. 1 aprile 2008 ha segnato la conclusione del percorso iniziato con il decreto legislativo n. 230 del '99, per il trasferimento delle risorse e delle competenze sanitarie dal Ministero della Giustizia al Servizio Sanitario Nazionale (S.S.N.).

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 sintesi, le linee di indirizzo indicate nell'Allegato C del DPCM , prevedono:

- le *dimissioni* dei pazienti in O.P.G. con scarsa o nulla pericolosità (1° fase);
- la *ridistribuzione* dei ricoverati per O.P.G. sulla base della Regione di residenza (2° fase);
- la *restituzione* dei pazienti alle Regioni di provenienza (3° fase) .

Gli Accordi Stato- Regioni e P.A. per l'attuazione di quanto disposto dal DPCM sono:

- l'Accordo in CU del 31 luglio 2008. In tale Accordo è deliberata la costituzione di ulteriori tavoli istituzionali oltre quelli già previsti dal D.P.C.M. 1/4/2008; nello specifico: il Tavolo di Consultazione permanente sulla Sanità Penitenziaria, il Comitato Paritetico Interistituzionale
- l'Accordo in CU del 26 novembre 2009. In tale Accordo in particolare sono stati ridefiniti i bacini di utenza dei singoli OPG. Per il Lazio: macrobacino Abruzzo, Molise, Lazio, Campania;
- l'Accordo in CU del 13 ottobre 2011. In tale Accordo, si richiede di provvedere, alle necessarie implementazioni negli istituti penitenziari ordinari, di articolazioni per la tutela della salute mentale dei detenuti; di istituire in ciascuno dei Bacini macroregionali di riferimento degli O.P.G. (così come indicati nel D.P.C.M. 1/4/2008 e successive modificazioni) il Gruppo di Coordinamento del Bacino Macroregionale per il superamento degli O.P.G. composto da un rappresentante per ciascuna delle Regioni afferenti al bacino e coordinato dal rappresentante della Regione in cui ha sede l'O.P.G.; istituire il Sottogruppo Tecnico Regionale per il superamento degli O.P.G. con la rappresentanza dei servizi che si occupano della presa in carico degli internati in O.P.G.

Passaggio fondamentale che ha velocizzato la disattivazione degli O.P.G. è stata la Legge 9 del 17/2/2012 "*Conversione in legge, con modificazioni, del decreto-legge 22 dicembre 2011, n. 211, recante interventi urgenti per il contrasto della tensione detentiva determinata dal sovraffollamento delle carceri*", art. 3-ter "*Disposizioni per il definitivo superamento degli ospedali psichiatrici giudiziari (GU n. 42 del 20-2-2012)*".

Un'ulteriore passaggio normativo nazionale è stato il Decreto del 1/10/2012 del Ministero della Salute di concerto con il Ministero della Giustizia concernente i "*Requisiti strutturali, tecnologici e organizzativi delle strutture residenziali destinate ad accogliere le persone cui sono applicate le misure di sicurezza del ricovero in ospedale psichiatrico giudiziario e dell'assegnazione a casa di cura e custodia*".

A questo ha fatto seguito il Decreto del Ministero della Salute di concerto con il Ministero dell'Economia e delle Finanze del 28/12/2012 sul "*Riparto del finanziamento di cui all'art.3-ter, comma 6, del decreto legge 22/12/2011, n.211, convertito con modificazioni dalla L. n.9 del*

17/2/02012” per il superamento degli Ospedali Psichiatrici Giudiziari”. Infine l’Art.1 del Decreto Legge 25/3/2013 n.24: “Modifiche e integrazioni all’art.3-ter del decreto legge 22/12/2011, convertito con modificazioni dalla L. n.9 del 17/2/02012”.

La Regione Lazio a sua volta contemporaneamente alle leggi dello Stato, ha assolto ai compiti normativi di propria competenza per contribuire al superamento degli O.P.G. con i seguenti atti più rilevanti:

- con la DGR n.470/2008 e la DGR n.549/2010 ha preso atto rispettivamente del D.P.C.M. 1/4/2008 e dell’Accordo in C.U. del 26/11/2009;
- con la Determinazione B2106 del 16/3/2011 ha istituito il Gruppo di Lavoro per il reinserimento delle persone internate negli Ospedali Psichiatrici Giudiziari (OPG)”;
- con la DGR n.4 del 13 gennaio 2012 ha recepito la CU del 13/10/2011, ha approvato l’Accordo tra le Regioni componenti il Bacino Macroregionale, ha approvato il Diagramma di flusso dei dati (dal Gruppo di Coordinamento di Bacino, al Referente Regionale, alò DSM, all’Asp, alla Regione Lazio);
- con la DGR n.277 del 15/6/2012 ha individuato le sedi degli Istituti Penitenziari dove attivare le articolazioni sanitarie;
- con il DCA n. U00096 del 9/4/2013 ha recepito il Decreto del 1/10/2012, ha definito il fabbisogno delle strutture sanitarie residenziali terapeutiche per pazienti autori di reato (ex O.P.G.), il fabbisogno del personale e del relativo bisogno formativo;
- con il DCA n. U00300 del 3/7/2013 ha approvato il Programma di utilizzo delle risorse destinate alla Regione Lazio per la realizzazione delle REMS con DL del Ministero della Salute e del MEF

Analisi dell’offerta

La Regione Lazio per soddisfare la domanda relativa alla popolazione O.P.G. di competenza territoriale, con il DCA 96 del 9/4/2013, ha innanzitutto definito il fabbisogno delle strutture sanitarie residenziali predisposte per le MdS detentive e i relativi posti (come indicato dalla L.9 del 17/2/2012 e dal DM del 1/10/2012), attraverso i dati riguardanti gli internati negli O.P.G. che pervengono alla Direzione Regionale dal Coordinamento del Bacino Macroregionale della Campania in collaborazione con il Referente Regionale del Lazio (RR) e con ciascun DSM (diagramma di flusso - DGR n.4 del 13/1/2012). Attraverso l’analisi integrata di questi dati è stato possibile avere elementi essenziali per definire il fabbisogno delle strutture:

- il numero totale degli internati negli OO.PP.GG del territorio nazionale residenti nella Regione Lazio differenziati per MdS detentiva e non detentiva;
- il numero delle persone con MdS scaduta al 30/10/2012,
- il numero delle persone valutate dai DDSSMM con MdS scaduta al 30/10/2012 e che presentavano condizioni cliniche tali da poter essere presi in carico territorialmente dai servizi sanitari già esistenti.

A marzo 2013, il dato aggiornato relativo ai dimissibili e ai non dimissibili da OPG da un punto di vista sanitario, di competenza regionale, suddivisi per ASL, è il seguente (il dato fa riferimento ai soli internati ovvero agli appartenenti alle categ. giuridiche 222, 206 e 219 (sono esclusi i 111, i 112 e i 148 in quanto detenuti):

Tab. 1 . Internati in OPG per ASL (**marzo 2013**)

	ASL												Totale
	RMA	RMB	RMC	RMD	RME	RMF	RMG	RMH	LT	FR	RI	VT	
M	12	16	10	8	5	6	7	5	14	11	1	4	99
F	2	4	1	1	1	0	0	0	0	1	0	1	11
Totale	14	20	11	9	6	6	7	5	14	12	1	5	110

Attraverso tale analisi è stata definita l'offerta tradotta in fabbisogno di strutture sanitarie residenziali terapeutiche alternative all'OPG, per persone residenti nella Regione a cui sono applicate le Misure di Sicurezza Detentiva, ovvero sono state individuate **4 strutture per i maschi e una per le donne** (all.1 al DCA). Con il DCA 300 sono state individuate le sedi fisiche dove ospitare i pazienti ex OPG. La Regione Lazio in considerazione della complessità del processo di superamento degli OPG ha individuato, attraverso il DCA 96, anche i criteri e gli indicatori clinico-assistenziali utili alla valutazione, alla presa in carico e alla continuità terapeutica degli interventi realizzati, e alla definizione di appropriati percorsi assistenziali che prevedano fasi differenziate nel processo di presa in carico del paziente. Va tenuto conto, infatti, della eterogeneità della popolazione target sia dal punto di vista della posizione giuridica sia del quadro psicopatologico. Rispetto a quest'ultimo aspetto, entrano in campo diversi elementi essenziali per definire i criteri e gli indicatori nell'ambito dell'assessment clinico assistenziale necessario alla definizione del percorso e del trattamento e da cui poi derivano le competenze professionali del personale di tali strutture. Pertanto sono stati individuati **due diversi livelli di strutture sanitarie residenziali** per eseguire la MdS detentiva in OPG e Case di Cura e Custodia (CCC), (comma 2 della suddetta L.9): **una di assessment e stabilizzazione e l'altra di mantenimento**.

L'analisi dell'offerta ha riguardato anche il fabbisogno di personale all'interno delle nuove strutture (all.2 del DCA 96): il numero e la tipologia delle figure professionali presenti è stata articolata e modulata in base ai due previsti livelli di assistenza. Nello specifico, nelle strutture deputate all'assessment e alla stabilizzazione è stata incrementata la presenza di medici, psicologi e tecnici della riabilitazione; nella struttura di mantenimento, invece, è stata potenziata la figura del tecnico della riabilitazione come da tabella richiesta.

Per completare l'analisi dell'offerta, e completare il processo di qualificazione delle strutture residenziali psichiatriche regionali, di ridefinizione del fabbisogno e di applicazione dell' art.3 ter della L.9 del 17/2/2012, è in atto un'azione di monitoraggio per raccogliere informazioni relative: alle strutture residenziali psichiatriche del territorio e ad ogni singolo utente inserito presso tali strutture.

Interventi prioritari

Attuazione della L. 9 del 17/2/2012 e chiusura degli Ospedali Psichiatrici giudiziari.

Area	Programma	Obiettivo/ Intervento	Azione	Atto normativo/ documento	Indicatore di risultato (quantitativo/ qualitativo) con standard	Tempi di realizzazione
4. Area "Livelli Essenziali di Assistenza"	16. Sanità penitenziaria	16.2. Disattivazione Ospedali psichiatrici giudiziari (OPG) e individuazione dei percorsi di presa in carico dei relativi pazienti	1. Verifica attuazione della DGR 277/12 , concernente l'attivazione delle articolazioni sanitarie negli istituti penitenziari individuati con la finalità di concorrere al superamento degli OOPPGG. Individuazione di una ulteriore sede ove realizzare un'articolazione sanitaria per maggiore copertura del territorio.	Nota al DAP/PRAP (dicembre 2013) Delibera Giunta (giugno 2014)	Individuazione sedi per articolazione sanitarie; n. riunioni operative di verifica lavori	dicembre 2014
			2. Verifica della presa in carico da parte delle ASL di competenza territoriale dei pazienti OPG dimissibili dal punto di vista sanitario	Note alle ASL (marzo 2014)	n. pazienti dimessi e presi in carico dalla ASL di competenza report monitoraggio	maggio 2014
			3. Verifica degli impegni derivanti dalla Determinazione B08697 /12 (ripartizione del Fondo per il Cofinanziamento dei progetti attuativi del PSN 2009, in particolare per "Integrazione tra DSM e OPG per il reinserimento sociale di soggetti autori di reato prosciolti per infermità di mente, ricoverati in OPG"	Note alle ASL (marzo 2014)	n. pazienti inseriti report monitoraggio	novembre 2014
			4. Individuazione del fabbisogno di strutture, personale, per l'attivazione di servizi residenziali per esecuzione della misura di sicurezza detentiva	Decreti (aprile 2013)	n. riunioni Tavolo OPG n. strutture per MdS n. operatori dedicati a strutture MdS	Aprile 2014
			5. individuazione di strutture sanitarie residenziali terapeutiche per il superamento OPG e realizzazione delle stesse	Decreto (luglio 2013)	n. strutture individuate n. strutture realizzate (almeno tre su cinque) n. protocolli di intesa	aprile 2014: <i>(in funzione delle disposizioni ministeriali)</i>
			6. Realizzare la formazione di tutti gli operatori delle ASL e in particolare dei DSM (Dipartimenti Salute Mentale) che si occuperanno della cura e della gestione dei pazienti psichiatrici autori di reato	Decreto (giugno 2013)	n. giornate formative n. persone formate DSM	Dicembre 2014

Indicatori per il monitoraggio

Cod	Indicatore	Definizione	Fonti	Standard
1	Individuazione sedi per articolazione sanitarie;	Articolazioni sanitarie per la tutela intramuraria della salute mentale negli Istituti penitenziari	Atti regionali	4 articolazioni su 14 Ist. Penit.
2	n. riunioni operative di verifica lavori	Incontri con DPA/PRAP, sopralluoghi strutture	Atti regionali (verbali)	5 incontri
3	n. pazienti dimessi e presi in carico dalla ASL di competenza	Pazienti valutati dimissibili da OPG dai DSM di competenza (da un punto di vista sanitario e giuridico) e presi in carico	DSM	80%
4	report monitoraggio 1	Report monitoraggio della presa in carico dei pazienti dimissibili da OPG da parte dei DSM	Atto regionale	si
5	n. pazienti inseriti	Pazienti autori di reato prosciolti per infermità di mente per i quali siano stati realizzati progetti di reinserimento sociale, ai sensi della Determinazione B08697 /12	DSM	12 inserimenti
6	report monitoraggio 2	Report monitoraggio della realizzazione dei progetti di reinserimento sociale di cui alla Determinazione B08697 /12	Atto regionale	si
7	n. riunioni Tavolo OPG	Tavolo OPG (composto da un rappresentante DSM per ASL) che si riunisce periodicamente per la definizione del fabbisogno seguendo i requisiti del DM del 1/10/2012	Atti regionali (verbali)	5 incontri
8	n. strutture per MdS	Strutture individuate con Decreto, per pazienti con Misure di Sicurezza	Atto regionale	Individuazione di 5 strutture
9	n. operatori dedicati a strutture MdS	Individuazione del numero di operatori necessari per la gestione delle strutture MdS	Atto regionale	
10	n. strutture realizzate <i>(in funzione della tempistica delle altre Amministrazioni statali coinvolte)</i>	Le Strutture Residenze per l'Esecuzione della Misura di Sicurezza detentiva (REMS) necessarie per ospitare, con obiettivi di cura, gli ex pazienti OPG non dimissibili dal punto di vista sanitario e giuridico	Decreti e Atti regionali	60% del fabbisogno entro il 2014
11	N. protocolli di intesa	Protocolli di intesa sottoscritti con le istituzioni coinvolte (Autorità Giudiziarie, Prefetture DAP Dipartimenti di Salute Mentale) per la realizzazione e gestione delle REMS	Atti regionali	Un protocollo con ogni Amministraz.
12	n. giornate formative	Giornate di formazione relative al Programma regionale ai sensi del DPCM 1/4/2008 e della L.9/12, art.3 ter (Azione di sensibilizzazione, di formazione di base, di formazione specialistica)	Agenas	12 giornate Azione 1; 10 giornate Azione 2; 10 giornate Azione 3
13	n. persone formate DSM	N. partecipanti alle tre Azioni previste dal programma	Agenas	100 partecipanti Azioni 1 e 2; 40 partecipanti Azione 3

Responsabile del procedimento attuativo

Azione 1: Area Programmazione Rete dei Servizi nell'area dei Soggetti Deboli

Azione 2: Area Programmazione Rete dei Servizi nell'area dei Soggetti Deboli

Azione 3: Area Programmazione Rete dei Servizi nell'area dei Soggetti Deboli

Azione 4: Area Programmazione Rete dei Servizi nell'area dei Soggetti Deboli

Azione 5: Area Programmazione Rete dei Servizi nell'area dei Soggetti Deboli - Area Investimenti in Edilizia Sanitaria, HTA e Nucleo di Valutazione

Azione 6: Area Programmazione Rete dei Servizi nell'area dei Soggetti Deboli

Quadro di riferimento normativo

- DPCM 01.04.2008, recante “Modalità e criteri per il trasferimento al Servizio sanitario nazionale delle funzioni sanitarie, dei rapporti di lavoro, delle risorse finanziarie e delle attrezzature e beni strumentali in materia di sanità penitenziaria”; detto trasferimento è avvenuto il 1 ottobre 2008
- Accordo della Conferenza Unificata del 19 gennaio 2012, recante “Linee di indirizzo per la riduzione del rischio auto lesivo e suicidario dei detenuti, degli internati e dei minorenni sottoposti a provvedimento penale”, ai sensi dell’articolo 9 del decreto legislativo 28 agosto 1997 n. 281, prevede che ogni regione implementi un programma per la riduzione del rischio auto lesivo e suicidario.
-
- D.G.R. n. 470 del 4.07.2008 “Presca d’atto del DPCM 1 Aprile 2008 concernente “Modalità e criteri per il trasferimento al Servizio sanitario nazionale delle funzioni sanitarie, dei rapporti di lavoro, delle risorse finanziarie e delle attrezzature e beni strumentali in materia di sanità penitenziaria”.
- D.G.R. n. 980/09 per l’istituzione del Sistema Informativo Psichiatria di Comunità (SIPC), che prevede l’implementazione di un apposito modulo dedicato agli istituti penitenziari.
- Determinazione n. B8777 del 21.11.2012 recante: “Realizzazione del Sistema Informativo Psichiatria di Comunità (SIPC)”, previsto dalla citata D.G.R., per l’approvazione del progetto operativo, che comprende l’informatizzazione della cartella sanitaria. Tutti i soggetti che sono sottoposti ad un provvedimento giudiziario e che vengono presi in carico dal DSM verranno inseriti nel sistema informativo.
- DGR n. 6106 del 29.12.1999 recante_“Adempimenti Correlati all’Applicazione del Decreto Legislativo n° 230 del 22 Giugno 1999 in tema di trasferimento al Sistema Sanitario Regionale dell’assistenza ai Tossicodipendenti Detenuti”, che ha disciplinato l’assistenza ai detenuti con patologie della dipendenza in forma diretta dalle ASL (si rimanda per questo settore agli interventi di cui al punto 14.4.1.e). Tutti i soggetti presi in carico dai Servizi per le Dipendenze sono inseriti nel sistema informativo di settore.
- DGR n. 137 del 13.03.2009 che istituisce l’Osservatorio regionale permanente sulla sanità penitenziaria
- Nell’assolvimento delle funzioni trasferite, la Regione Lazio si è impegnata ad assicurare la tutela della salute in carcere attraverso:
 - partecipazione agli 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;
 - emanazione di circolari e note per disciplinare gli interventi e l’organizzazione sanitaria da attuare attraverso le Aziende sanitarie locali comprese nel proprio territorio e nel cui ambito di competenza siano ubicati gli Istituti, i servizi penitenziari e i servizi minorili di riferimento;

Analisi dell’offerta

- Sul territorio regionale sono presenti 16 Istituti penitenziari con un totale di 7.157 detenuti (al 30 settembre 2013). Per il dettaglio degli Istituti si rimanda a quanto descritto al punto 16.1.

- In ogni Istituto Penitenziario sono assicurate prestazioni per Assistenza Medica di Base, Guardia Medica, Assistenza Specialistica, Assistenza Infermieristica.
- È presente in ogni Istituto il Servizio per le Dipendenze
- La Regione Lazio partecipa ad un progetto a valenza interregionale con la Regione Toscana (capofila), Regione Umbria, Regione Veneto, 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 suicidar”*.

Interventi prioritari

Miglioramento delle condizioni di salute psicofisica della popolazione detenuta

Area	Programma	Obiettivo /Intervento	Azione	Atto normativo/documento	Indicatore di risultato (quantitativo/qualitativo) con standard	Tempi di realizzazione
4. "Livelli Essenziali di Assistenza"	16. Sanità Penitenziaria	16.3 Tutela della salute in carcere	1. Informatizzazione della cartella sanitaria	Determina (giugno 2014)	Piano delle variabili	Dicembre 2014
			2. Adozione programma di prevenzione sul tema suicidario	Determina di approvazione Linea Guida (dicembre 2013)	n. ASL che adottano indicazioni Linea Guida	giugno 2014
			3. Attivazione di unità terapeutica per detenuti con disagio psichico presso un istituto penitenziario, tramite accordo con PRAP	Delibera di Giunta Regionale (ottobre 2014)	n. unità terapeutica per detenuti con disagio psichico	Dicembre 2014

Indicatori per il monitoraggio

Cod	Indicatore	Definizione	Fonti	Standard
1	Piano delle variabili	Programmazione dei contenuti della cartella sanitaria informatizzata per soggetti assistiti nel circuito penitenziario	Atti regionali	Si/no
2	n. ASL che adottano indicazioni Linea Guida	ASL (nei cui territorio insiste Istituto Penitenziario) che rispettano i criteri indicati nel documento regionale per la gestione dei nuovi giunti e la prevenzione del suicidio	Comunicazioni ASL	70%
3	n. unità terapeutica per detenuti con disagio psichico	Realizzazione di unità specialistiche interne agli Istituti carcerari per l'osservazione ed il trattamento di pazienti con disagio psichico	Atti regionali	>=1

Responsabile del procedimento attuativo

Azione 1: Area Programmazione Rete dei Servizi nell'area dei Soggetti Deboli – Area Servizio informativo Sanitario

Azione 2: Area Programmazione Rete dei Servizi nell'area dei Soggetti Deboli

Azione 3: Area Programmazione Rete dei Servizi nell'area dei Soggetti Deboli

Programma 17: Assistenza farmaceutica

Intervento 17.1: revisione del Prontuario Terapeutico ospedaliero

Riferimenti Normativi

- DCA U00304 del 04.07.2013

Analisi della situazione attuale

Dalla data di insediamento della nuova Commissione sono state effettuate tre riunioni per eliminare l'arretrato.

È stata prodotta la prima revisione

Interventi prioritari

- Rapida analisi delle richieste di valutazione

Azioni e Cronoprogramma (vedi schema allegato)

Indicatori

- Determinazioni di aggiornamento.

Intervento 17.2: definizione specifica di percorsi per categorie di farmaci altospendenti

Analisi della situazione attuale

Le categorie di farmaci alto spendenti prese in considerazione sono destinate a popolazioni fragili che necessitano di un'assistenza altamente specialistica, di attento monitoraggio nell'uso del farmaco e nell'evoluzione della malattia, e assorbono ingenti risorse nell'ambito della spesa farmaceutica.

A titolo esemplificativo si evidenzia:

il trattamento annuo di un paziente adulto affetto da emofilia, in regime di profilassi, ha un costo che oscilla tra € 145.000 e € 225.000.

Con le nuove terapie associate, il trattamento della HCV ha un costo medio/ paziente di oltre € 20.000 a fronte del costo medio/paziente con la standard terapia pari a circa € 7.000.

Interventi prioritari

- HCV: gruppo di lavoro multidisciplinare e recepimento documento di indirizzo con Decreto entro 31.08 2013
- Emofilia: gruppo di lavoro multidisciplinare e recepimento documento di indirizzo e budget impact con decreto entro 30.11.2013

- Sclerosi Multipla: gruppo di lavoro multidisciplinare e recepimento documento di indirizzo in condivisione con l'Area Rete Ospedaliera, tramite decreto entro il 31.01.2014

Azioni e Cronoprogramma (vedi schema allegato)

Indicatori

- Predisposizione Decreti recepimento linee di indirizzo
- Verifica trimestrale aderenza linee di indirizzo e valorizzazione spesa

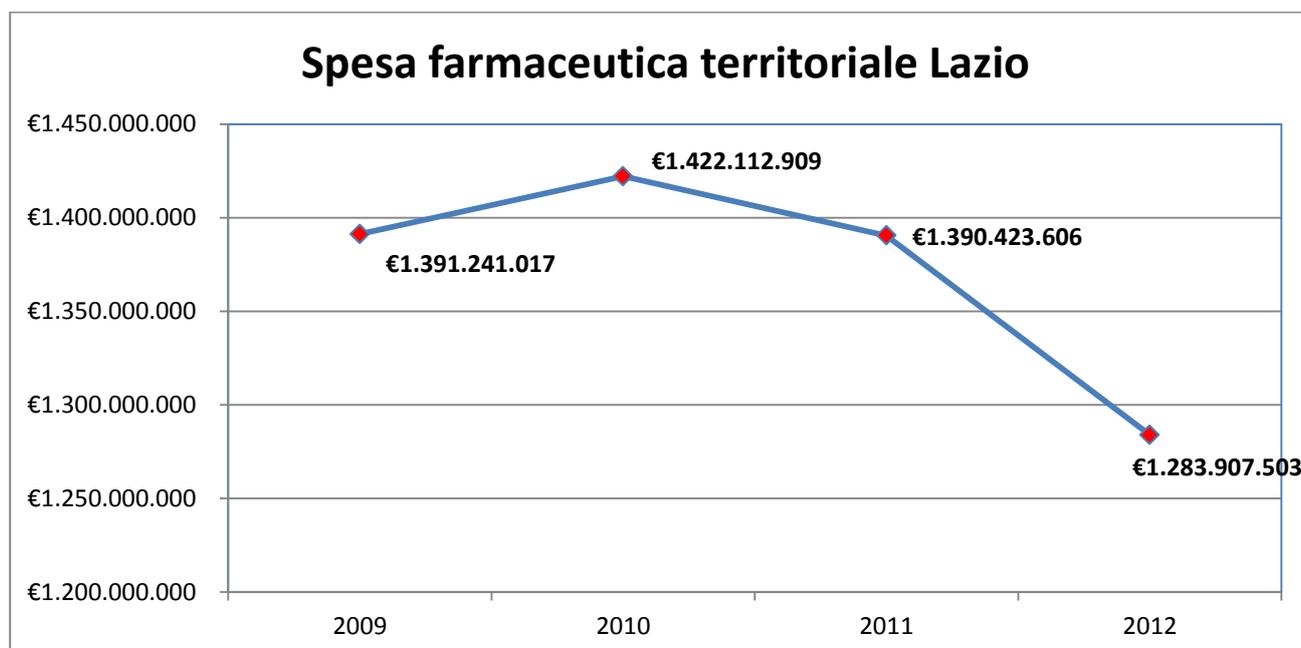
Intervento 17.3: monitoraggio dell'attività prescrittiva e incentivi per la prescrizione dei farmaci equivalenti attraverso il supporto del sistema tessera sanitaria, ai sensi di quanto previsto dall'art.11, comma 7, lett.b) del DL 78/2010

Quadro di riferimento normativo

- D.L. 78/2010, convertito con L. 122 del 30 luglio 2010;
- DCA U0071/2012
-

Analisi della situazione attuale

La prescrizione dei farmaci in convenzionata ha segnato negli ultimi anni un trend di riduzione dovuta sia alla scadenza brevettuale di importanti molecole che ad azioni di monitoraggio dell'appropriatezza delle prescrizioni. Tale andamento è evidenziato nel grafico sottostante:



- Interventi prioritari
 - 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
 -
- Azioni
 - Predisposizione, attraverso i dati del sistema TS, di report trimestrali degli indicatori di appropriatezza nazionali e regionali, per ciascun prescrittore (MMG e PLS).
 - Individuazione medici alto spendenti in base ai valori *benchmark* di riferimento (relativi criteri di calcolo)
 - Convocazione attraverso le CAPD dei primi 20 prescrittori inappropriati per ciascun indicatore
 - Valutazioni delle risultanze delle attività delle CAPD attraverso la commissione Appropriatezza Prescrittiva della Regione Lazio
- Cronoprogramma (Schema Allegato)
- Indicatori per il monitoraggio
 - Aggiornamento Decreto 71/2012 "Appropriatezza Prescrittiva farmaceutica nella Regione Lazio"

Intervento 17.4: razionalizzazione dell'uso del farmaco in ospedale

- Quadro di riferimento normativo
 - DL 95/2012 e Legge di conversione 135/2012 (Definizione tetti di Spesa)
 -
- Analisi della situazione attuale

La spesa farmaceutica ospedaliera a livello regionale ha un andamento sostanzialmente stabile negli anni 2009/2010/2011 come evidenziato nella tabella sottostante:

SPESA FARMACEUTICA OSPEDALIERA E TETTO STABILITO DALLA L. 222/2007 e DALLA L. 102/2009				
	2009	2010	2011	2012*
spesa totale	392.501.210,51	428.910.158,05	420.859.727,54	397.138.210
Fabbisogno "ex FSN" (Fonte Min Sal DGPROG)	9.446.707.161,00	9.958.795.656,00	9.979.049.801,00	10.094.698.030
Tetto 2,4%	226.720.972	239.011.096	239.497.195	242.272.753
Scostamento assoluto	165.780.238,65	189.899.062,31	181.362.532,32	154.865.457
Incidenza % su FSN 2010	4,15%	4,31%	4,22%	3,9%

*dati AIFA

I dati di spesa ospedaliera nell'anno 2012 e verifica del rispetto del tetto di spesa del 2,4%, per regione, prodotti e presentati da AIFA nella Riunione CdA – 23.04.2013 mostrano un valore percentuale della spesa ospedaliera nel Lazio del 3,9% inferiore alla media nazionale del 4,11.

- Interventi prioritari
 - Direttive su uso di farmaci a miglior rapporto costo/efficacia
 - Recupero extrasconti delle strutture classificate
 - Recupero Payment by result
 - Linee indirizzo regionali su biosimilari
 - Razionalizzazione uso farmaci oncologici e riduzione del rischio clinico
 - Razionalizzazione dell'uso dei farmaci in regime di ricovero
 - Efficientamento procedure di acquisto farmaci ospedalieri
- Azioni e crono programma (vedi schema allegato)
- Indicatori di monitoraggio
 - Valutazione aderenza alle disposizioni regionali e dell'impatto economico

VALORIZZAZIONE ECONOMICA dei 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 4% a seguito delle azioni sui prescrittori con una valorizzazione economica di € 40.000.000;
- (B) riduzione della spesa con un maggior utilizzo dei biosimilari o farmaci con il miglior rapporto costo/efficacia con una valorizzazione economica di circa € 2.000.000 per effetto della Determinazione B01060/2013. (allo stato attuale è in corso un contenzioso con azienda farmaceutica produttrice di brand);
- (C) riduzione della spesa per acquisto farmaci in DPC a seguito rinnovo accordo ditte. Dato non valorizzabile in quanto l'accordo non è ancora perfezionato;
- (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 dovrebbero attestarsi a circa € 19.000.000 (per il 2013 il risparmio è ipotizzabile al 50%, mentre è ipotizzabile che il raggiungimento dell'obiettivo nel il 2014 e 2015):

Attività	Spesa convenzionata 1° semestre 2012	Spesa convenzionata 1° semestre 2013	Delta 1° sem. 2013/2012	Risparmio Annuo previsto	Incremento Spesa	TOTALE
(A)	€ 514.466.157	€ 492.329.995	- 4,3%	€ 40.000.000		€ 40.000.000
(B)				€ 2.000.000 (effetto Det. B01060/2013)		€ 2.000.000
(C)				Da definire		
(D)					€ 10.000.000	- € 10.000.000
(E)					€ 13.000.000	- € 13.000.000
TOT.						€ 19.000.000

CRONOPROGRAMMA PO 2013-2015 REGIONE LAZIO

Area	Programma	Obiettivo/Intervento	Azione	Atto normativo/documento	Indicatore di risultato (quantitativo/qualitativo) con standard	Tempi di realizzazione
4. AREA "LIVELLI ESSENZIALI DI ASSISTENZA"	PROGRAMMA 17 – ASSISTENZA FARMACEUTICA	INTERVENTO 17.1: COMMISSIONE TERAPEUTICA REGIONALE	Nomina Commissione Prontuario Terapeutico Regionale	Decreto Commissariale U00304 del 04/07/2013	razionalizzazione dell'uso ed efficientamento organizzativo dei farmaci di nuova introduzione	Insedimento Commissione
4. AREA "LIVELLI ESSENZIALI DI ASSISTENZA"	PROGRAMMA 17 – ASSISTENZA FARMACEUTICA	INTERVENTO 17.2: REVISIONE del PTOR	Revisione prontuario	Determine aggiornamento	Rapido recepimento mensile delle istanze di introduzione e revisione; trasparenza degli atti valutati	riunioni mensili e relative determine di aggiornamento; numero istanze esaminate/numero istanze presentate non
4. AREA "LIVELLI ESSENZIALI DI ASSISTENZA"	PROGRAMMA 17 – ASSISTENZA FARMACEUTICA	INTERVENTO 17.3: DEFINIZIONE SPECIFICA DI PERCORSI PER CATEGORIE DI FARMACI "ALTO SPENDENTI	<ul style="list-style-type: none"> • Percorso Diagnostico Terapeutico nuove terapie per il trattamento dell' HCV • Costituzione del gruppo di lavoro multidisciplinare e recepimento documento di indirizzo 	Decreto Commissariale U00388 del 07/08/2013	Verifica dell'aderenza alle linee di indirizzo e della previsione incrementale di spesa derivante dalle nuove terapie non superiore ai € 9.200.000 su base annua	verifiche trimestrali dei dati di spesa e dell'attività dei centri prescrittori individuati. Valutazione a 12 mesi dall'approvazione del decreto
			<ul style="list-style-type: none"> • Percorso Diagnostico Terapeutico per il trattamento dell'Emofilia • Costituzione del gruppo di lavoro multidisciplinare e recepimento documento di indirizzo e analisi farmacoeconomica 	Decreto Commissariale entro il 30/11/2013	Verifica dell'aderenza alle linee di indirizzo e contenimento della spesa per i fattori dell'emofilia e adozione di piano terapeutico on-line	verifiche trimestrali dei dati di spesa e dell'attività dei centri prescrittori. Valutazione dell'impatto economico a 12 mesi dall'approvazione del decreto
			Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale Sclerosi Multipla <ul style="list-style-type: none"> • Costituzione del gruppo di lavoro multidisciplinare e recepimento documento di indirizzo in condivisione con l'Area Programmazione Rete Ospedaliera e con l'Area Programmazione dei Servizi territoriali e delle Attività Distrettuali della Integrazione Socio Sanitaria 	Decreto Commissariale entro il 31/01/2014	Verifica dell'aderenza alle linee di indirizzo e valorizzazione costi sanitari diretti inclusi quelli assistenziali	verifiche trimestrali dell'attività dei centri prescrittori

CRONOPROGRAMMA PO 2013-2015 REGIONE LAZIO

Area	Programma	Obiettivo/Intervento	Azione	Atto normativo/documento	Indicatore di risultato (quantitativo/qualitativo) con standard	Tempi di realizzazione
4. AREA "LIVELLI ESSENZIALI DI ASSISTENZA"	PROGRAMMA 17 – ASSISTENZA FARMACEUTICA	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	Incremento dell'appropriatezza prescrittiva, secondo le evidenze disponibili in letteratura privilegiando i farmaci a brevetto scaduto all'interno delle categorie terapeutiche in cui sono presenti. Aggiornamento Decreto Commissariale U0071/2012	Decreto Commissariale entro il 31/03/2014	Predisposizioneeattraverso 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;	verifiche trimestrali dell'andamento della spesa farmaceutica per le categorie individuate
			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	Report	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	verifiche trimestrali attività CAPD
4. AREA "LIVELLI ESSENZIALI DI ASSISTENZA"	PROGRAMMA 17 – ASSISTENZA FARMACEUTICA	INTERVENTO 17.5: RAZIONALIZZAZIONE DELL'USO DEL FARMACO IN OSPEDALE	direttive sull'uso di farmaci a miglior rapporto costo/efficacia;	note e determine	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 31.01 2014
			recupero degli extrasconti delle strutture classificate attraverso le informazioni economico-amministrative presenti nel Registro monitoraggio AIFA (al momento tali registri non sono attivi)	note	valutazione economico dell'extrascosto recuperata	entro 6 mesi dalla completa riattivazione e funzionalità dei Registri AIFA;
			recupero del payment by result (attualmente il cruscotto AIFA è inattivo);	note	valutazione economica derivante da tale recupero	entro 6 mesi dalla completa riattivazione e funzionalità dei Registri AIFA;
			monitoraggio sull'utilizzo farmaci oncologici alto spendenti ed individuazione dei centri e specialisti prescrittori per i nuovi farmaci autorizzati con Determina AIFA	note	individuazione dei Centri e comunicazione all'AIFA	entro 10 giorni dalle determine AIFA
			predisposizione linee di indirizzo regionali sui farmaci biosimilari;	documento linee di indirizzo	costituzione gruppo di lavoro multidisciplinare al fine di armonizzare e declinare a livello regionale le disposizioni AIFA in tema di farmaci biosimilari derivanti dal Position Paper AIFA;	entro 30.06.2014
			razionalizzazione uso farmaci oncologici e riduzione rischio clinico;	Decreto 74/2009	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)).	verifica aderenza entro il 30.06.2014
			razionalizzazione dell'uso dei farmaci in regime di ricovero;	regolarità trasmissione Flusso R e Flusso F	verifica della corretta implementazione e rendicontazione, da parte strutture sanitarie pubbliche, degli adempimenti relativi ai flussi ministeriali (flusso R); confronto del flusso F, flusso R e CE;	trasmissione di almeno l'80% delle strutture per il flusso R e del 100% per il flusso F
			efficientamento procedure di acquisto dei farmaci;	individuazione lotti per classi terapeutiche (di supporto all'Attività della Centrale Acquistie tenendo conto delle ordinanze della Magistratura Amministrativa)	propsta di valutazione AIFA di equivalenze terapeutiche per farmaci altospendenti	entro 6 mesi dalle individuazioni delle classi di equivalenza da parte dell'AIFA (Decreto Balduzzi)

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 e Interfaccia con l'Avvocatura regionale per la validazione degli eventi avversi da trasmettere al Ministero della Salute Istituito con DCA U0075/2013;
- 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 15% degli eventi segnalati

Cronoprogramma di attuazione

- Diminuzione del 5% entro il primo anno;
- Diminuzione di un ulteriore 5% entro il secondo anno;
- Diminuzione di un ulteriore 5% entro il terzo anno.

Impatto economico

- Riduzione del 10% dei risarcimenti per casi di responsabilità medica.

Responsabile del procedimento attuativo

- Area Giuridico Normativa, Istituzionale e Interfaccia con l'Avvocatura regionale

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 il I trimestre 2014.

Impatto economico

Responsabile del procedimento attuativo

- Area Giuridico Normativa, Istituzionale e Interfaccia con l'Avvocatura regionale

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. E' in corso il relativo monitoraggio.

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 e Interfaccia con l'Avvocatura regionale

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 e Interfaccia con l'Avvocatura regionale

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 e Interfaccia con l'Avvocatura regionale

Intervento 18.6: Coordinamento regionale delle strategie di gestione del rischio assicurativo

E' stata avviata – analogamente a quanto già sperimentato in altre Regioni, quali la Toscana e l'Emilia Romagna – un'azione di ricognizione volta ad accertare quale sia, presso le singole Aziende ed Enti del SSR, la strategia di gestione del rischio assicurativo, quali siano cioè le Aziende che abbiano optato per una ritenzione del rischio (in tutto o in parte), e quali quelle che, invece, abbiano stipulato una polizza assicurativa, ed eventualmente con quale franchigia.

L'obiettivo finale è quello di verificare se, alla luce della sinistrosità rilevata, sia possibile, utile ed opportuno adottare una strategia regionale di centralizzazione e coordinamento che potrebbe articolarsi a diversi livelli:

- Adozione di linee guida comuni per la istituzione e funzionamento dei Comitati Valutazione Sinistri;
- Gestione di una gara unica centralizzata per il trasferimento del rischio assicurativo, ove tale soluzione sia ritenuta conveniente, ovvero in alternativa previsione di ritenzione in proprio del rischio assicurativo;
- Gestione di una gara unica centralizzata per i sinistri c.d. catastrofali;

Risultati Programmati

- Inserire quale obiettivo dei Direttori Generali delle Aziende del SSR la puntuale osservanza delle linee guida regionali adottate a tal fine.
- Ricognizione e adozione linee guida regionali
- Assegnazione ai DG del relativo obiettivo

Cronoprogramma di attuazione

- Esito ricognizione entro il 31 dicembre 2013;
- Adozione linee guida per Comitati Valutazione Sinistri entro il 31 marzo 2014
- Definizione strategia di gestione del rischio assicurativo entro il 31 dicembre 2014
-
- **Impatto economico**
- Possibile riduzione dei premi assicurativi, allo stato tuttavia non quantificabile

Responsabile del procedimento attuativo

- Area Giuridico Normativa, Istituzionale e Interfaccia con l'Avvocatura regionale

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".

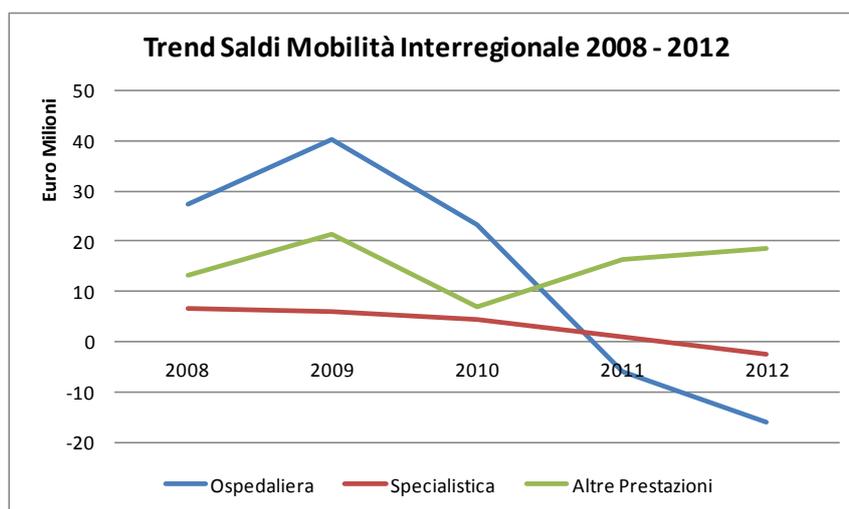
Questo documento, al fine di porre in essere una procedura uniforme, definisce in maniera univoca le prestazioni da porre in compensazione e che devono essere documentate tramite modelli riassuntivi dei dati analitici in formato elettronico delle prestazioni erogate.

Le Prestazioni poste in compensazione interregionale sono le seguenti:

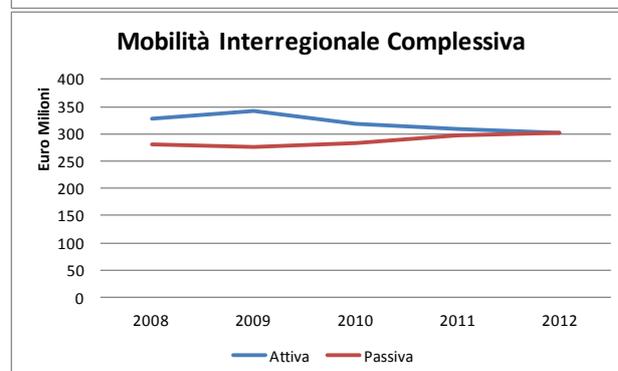
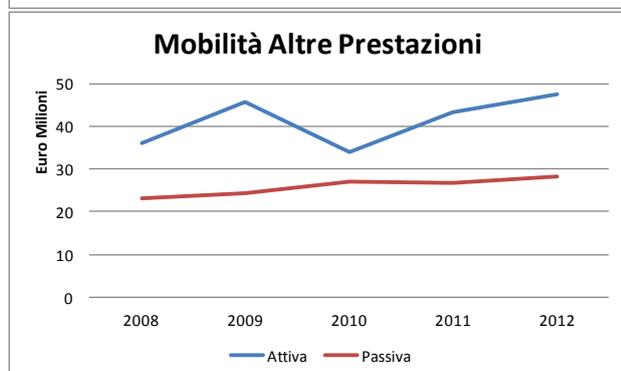
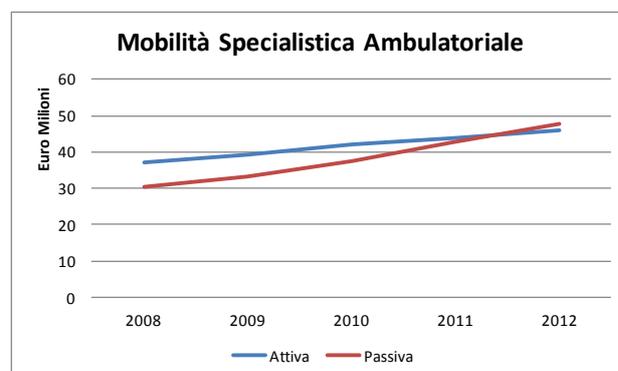
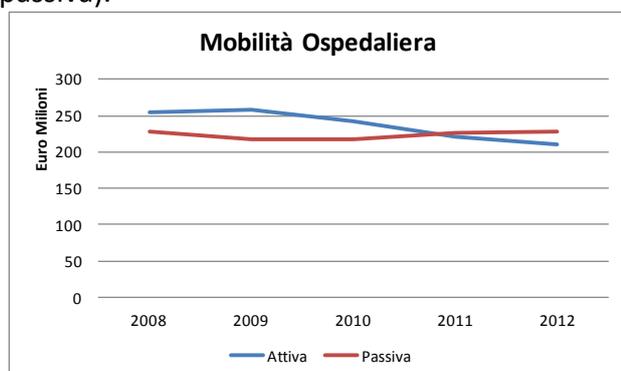
- Ricoveri ospedalieri e day hospital (flusso A)
- Medicina generale (flusso B)
- Specialistica ambulatoriale (flusso C)
- Farmaceutica (flusso D)
- Cure termali (flusso E)
- Somministrazione diretta di farmaci (flusso F)
- Trasporti con ambulanza ed elisoccorso (flusso G)

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).

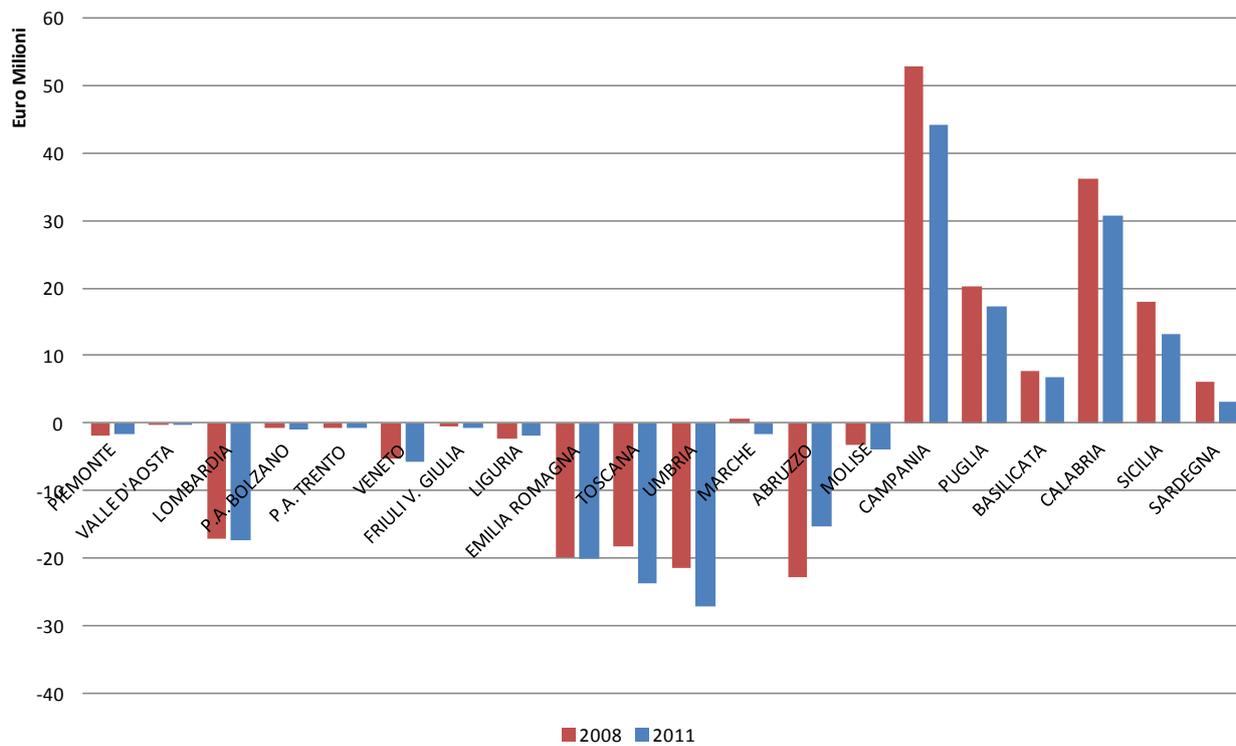


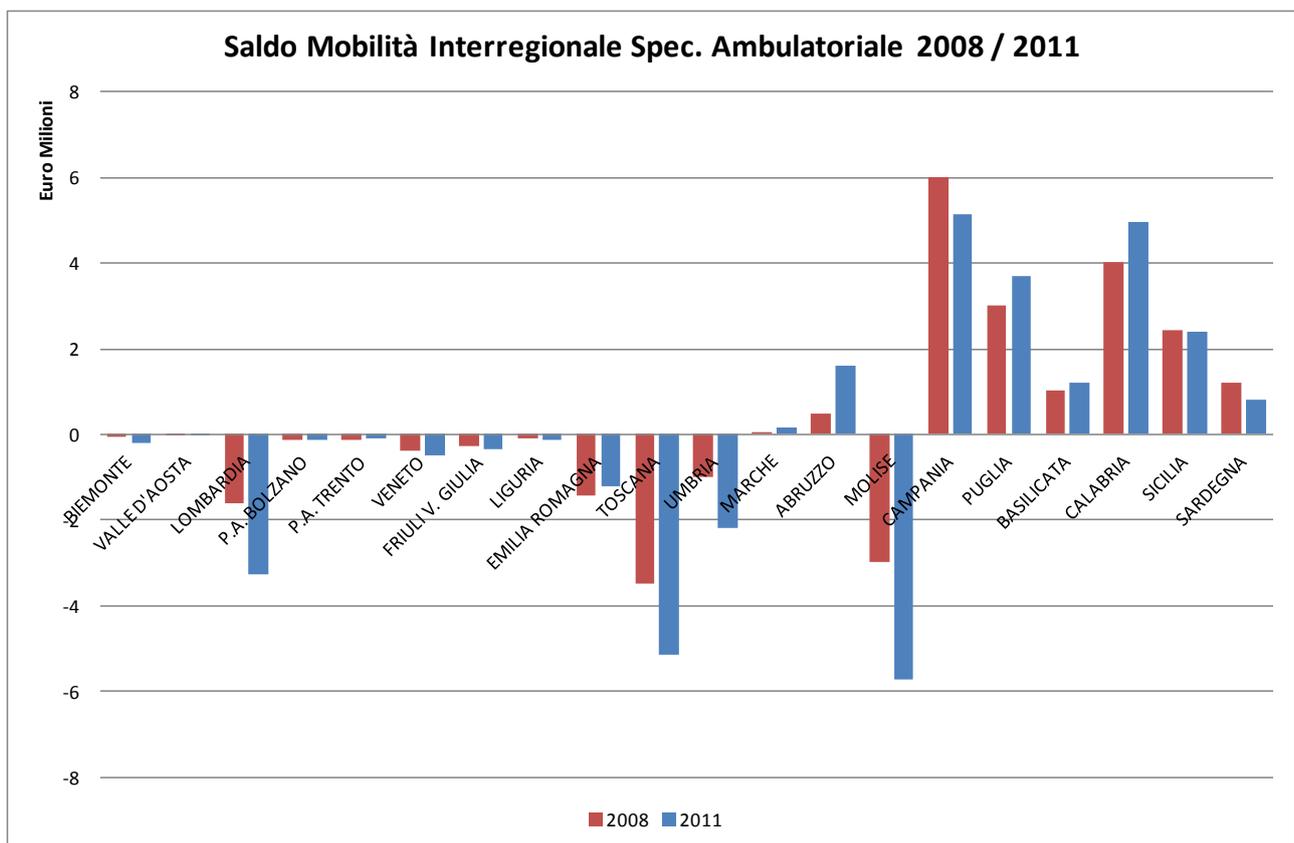
L'attuale andamento del saldo di mobilità interregionale impone pertanto un più stringente governo delle dinamiche collegate al fenomeno della mobilità passiva, e delle prestazioni sanitarie, in particolare per attività ospedaliera e specialistico ambulatoriale, rese dalle altre regioni a cittadini residenti 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 provenienti dal 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 giugno 2014;
- Rappresentazione per la sottoscrizione delle bozze di Accordo di Confine alle Regioni: Lombardia, Veneto, Emilia Romagna e Toscana entro il 30 aprile 2014.
- 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 Sistema di Remunerazione e Verifica e Controllo Attività Sanitaria – Referente Regionale della Mobilità Interregionale

Programma 20: misure di compartecipazione alla spesa sanitaria regionale vive

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.

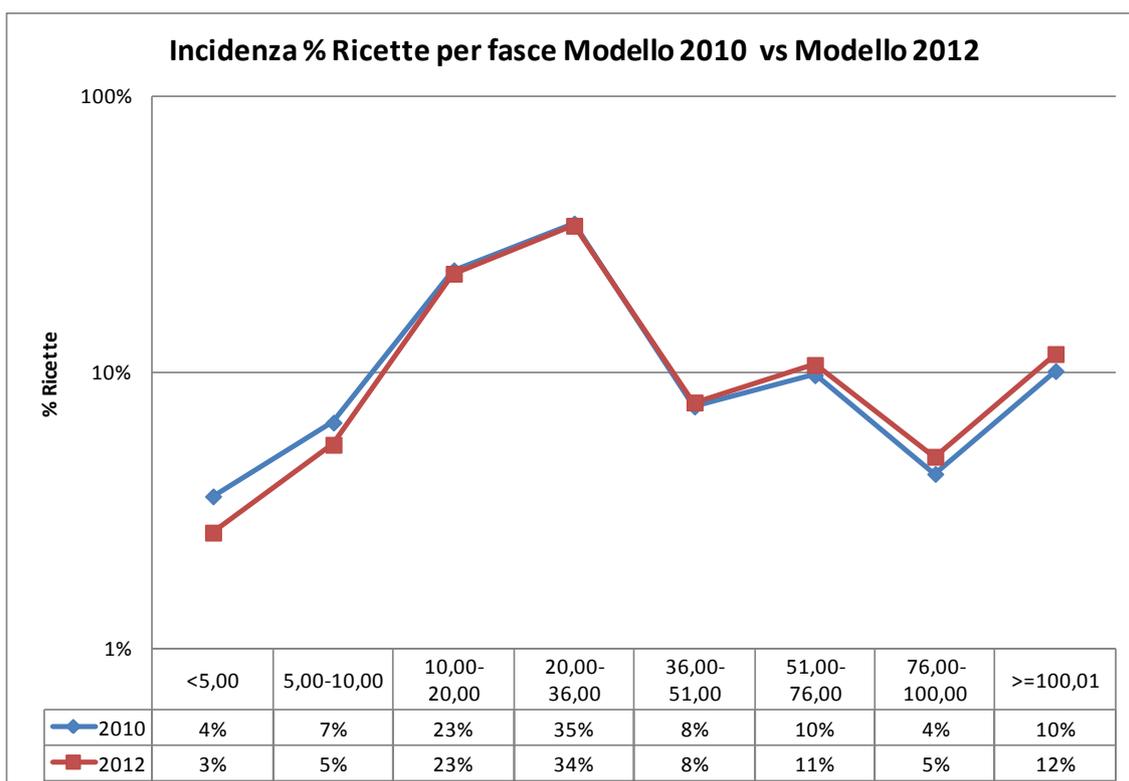
In base all'osservazione dei dati di attività degli anni 2010 e 2011 è stato possibile formulare la seguente struttura alternativa di compartecipazione:

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 2014 un risparmio quantificato in 6 mln di euro (partenza manovra da aprile 2014).

Classe importo	VOLUME TOTALE RICETTE 2010	Quota fissa modello (35% media pond. fascia)	Gerrito 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 31 gennaio 2014.
- 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 31 marzo 2014.
- Adozione del provvedimento di rimodulazione della compartecipazione in esito alla valutazione della proposta di provvedimento entro il 30 aprile 2014.

Responsabile del procedimento attuativo

- Direttore della Direzione Regionale Salute e Integrazione Sociosanitaria

Programma 21: investimenti sanitari

Per quanto afferisce specificamente al ruolo di programmazione, gestione e controllo degli investimenti in conto capitale che la Regione Lazio esercita sui fondi assegnati dai competenti organi statali - attraverso programmi di finanziamento dedicati - e sui propri fondi di investimento, le risorse da allocare e i relativi interventi sono articolati su due livelli di programmazione.

Livello di gestione e controllo degli investimenti per interventi di manutenzione straordinaria, al fine di evitare l'utilizzo improprio dei fondi di spesa corrente

Il primo livello si riferisce al controllo programmatico degli effetti operativi conseguenti all'applicazione delle disposizioni normative di cui al D.Lgs. 118/2011 e alle prescrizioni disposte alle Aziende Sanitarie ed Ospedaliere pubbliche con la nota 217121 del 22.11.2012.

Il contenimento della spesa relativa al fondo sanitario di spesa corrente si realizza anche attraverso la corretta individuazione delle voci di spesa, focalizzando l'appropriatezza della destinazione d'uso dei fondi a partire dalla separazione chiara e circostanziata dell'amministrazione delle condizioni di urgenza - e somma urgenza - dalla programmazione vera e propria. In termini di gestione delle risorse, la separazione dei due differenti livelli di spesa in conto capitale si traduce nella costituzione di uno specifico percorso programmatico di razionalizzazione e controllo delle spese precedentemente imputate sul fondo corrente dividendo gli importi destinati al mantenimento dei livelli di efficienza - lavori di manutenzione straordinaria e sostituzione di attrezzature per eventi non previsti ed indifferibili - dagli investimenti legati alla programmazione vera e propria.

L'Area preposta allo stanziamento di finanziamenti in conto capitale per interventi in sanità si è attivata già dal 2012 affinché siano stanziati gli opportuni fondi da destinare alle manutenzioni straordinarie, sia in materia di lavori sia per il rinnovo di apparecchiature in sostituzione totale o parziale, assegnando alle Aziende Sanitarie e Ospedaliere del Lazio, con DGR 385/2012 e con DGR 136/2013, gli importi a tal fine destinati.

In linea con il programma già attivato, l'investimento per interventi di manutenzione straordinaria è stabilito in 113,6 mln di euro sul triennio 2013-2015 da ripartire tra le Aziende Sanitarie, Ospedaliere ed IRCCS pubblici del Lazio (33,6 mln di euro nel 2013, 40 mln di euro nel 2014, 40 mln di euro nel 2015).

Nella costruzione dei tendenziali economici del prossimo triennio, si è ipotizzato di affrontare investimenti con risorse correnti per una quota pari a 60 mln di euro annui, stimata sulla base delle evidenze derivanti dalla ricognizione degli investimenti finanziati dalle Aziende del SSR nel 2012 con contributi in conto esercizio, avviata con la nota regionale prot. n. 71329 del 18.04.2013. In applicazione di quanto previsto dalla L.228/2012 in materia, in assenza di finanziamenti regionali, tali investimenti comporterebbero una rettifica di contributi in c/esercizio per destinazione ad investimenti pari a 37,7 mln di euro nel 2013, 73,7 mln di euro nel 2014 e 97,7 mln di euro nel 2015.

In previsione di uno specifico finanziamento regionale pari a 33,6 mln di euro nel 2013, 40 mln di euro nel 2014 e 40 mln di euro nel 2015, si può prevedere una riduzione degli investimenti finanziati con risorse correnti che riduca di conseguenza l'entità delle rettifiche contributi in c/esercizio per destinazione ad investimenti.

Si riporta di seguito la tabella relativa alla valorizzazione prospettica dell'impatto delle rettifiche dei contributi in c/esercizio per destinazione ad investimenti secondo le modalità di contabilizzazione previste dalla L.228/2012, con riferimento ad un investimento annuo di 60 mln di

euro, secondo le ipotesi fatte nella costruzione del tendenziale (assenza di uno specifico finanziamento regionale).

		Anno 2013	Anno 2014	Anno 2015
B=b1+b2+b3+b4	Rettifica contributi in c/esercizio per destinazione ad investimenti (cespiti finanziati con risorse correnti 2012-2013-2014-2015)	-37.709	-73.709	-97.709
b1	Rettifica contributi al 20% per Cespiti acquistati nel 2012 con contributi c/esercizio (valore totale ca 69 €/min)*	-13.709	-13.709	-13.709
b2	Rettifica contributi al 40% per Cespiti acquistati nel 2013 con contributi c/esercizio (valore totale ca 60 €/min)*	-24.000	-24.000	-12.000
b3	Rettifica contributi al 60% per Cespiti acquistati nel 2014 con contributi c/esercizio (valore totale ca 60 €/min)*		-36.000	-24.000
b4	Rettifica contributi al 80% per Cespiti acquistati nel 2015 con contributi c/esercizio (valore totale ca 60 €/min)*			-48.000

* Con nota regionale prot. N. 71329 del 18.04.2013, è stata effettuata una ricognizione degli investimenti 2012 finanziati dalle Aziende del SSR con risorse correnti quantificandoli in ca. 68 €/min. Pertanto, sulla base delle informazioni disponibili è stato ipotizzato per gli anni 2013-2015, in assenza di ulteriori contributi regionali in c/capitale, un incremento annuo dei cespiti finanziati con risorse correnti di ca. 60 €/min.

Si riporta inoltre la tabella che prevede la previsione di una contribuzione regionale al livello degli investimenti programmati, pari a 113,6 mln di euro nel triennio 2013-2015, al fine di valorizzare l'effetto indotto sulle rettifiche dei contributi in c/esercizio per destinazione ad investimenti.

		Investimenti Fin. Regione	Fin. FSR	Anno 2013	Anno 2014	Anno 2015
B=b1+b2+b3+b4	Rettifica contributi in c/esercizio per destinazione ad investimenti (cespiti finanziati con risorse correnti 2012-2013-2014-2015)			-24.269	-36.269	-42.989
b1	Rettifica contributi al 20% per Cespiti acquistati nel 2012 con contributi c/esercizio (valore totale ca 69 €/min)*			-13.709	-13.709	-13.709
b2	Rettifica contributi al 40% per Cespiti acquistati nel 2013 con contributi c/esercizio (valore totale ca 60 €/min)*	60.000	33.600	26.400	-10.560	-5.280
b3	Rettifica contributi al 60% per Cespiti acquistati nel 2014 con contributi c/esercizio (valore totale ca 60 €/min)*	60.000	40.000	20.000	-12.000	-8.000
b4	Rettifica contributi al 80% per Cespiti acquistati nel 2015 con contributi c/esercizio (valore totale ca 60 €/min)*	60.000	40.000	20.000		-16.000

* Con nota regionale prot. n. 71329 del 18.04.2013, è stata effettuata una ricognizione degli investimenti 2012 finanziati dalle Aziende del SSR con risorse correnti quantificandoli in ca. 68 €/min. Pertanto, sulla base delle informazioni disponibili è stato ipotizzato per gli anni 2013-2015, in assenza di ulteriori contributi regionali in c/capitale, un incremento annuo dei cespiti finanziati con risorse correnti di ca. 60 €/min.

Come si evince dal confronto delle tabelle, la previsione di un finanziamento regionale specifico riduce l'impatto economico negativo derivante dalle rettifiche dei contributi in c/esercizio, determinando una manovra di riduzione del disavanzo di ca. 13,4 mln di euro nel 2013, 37,4 mln di euro nel 2014 e 54,7 mln di euro nel 2015.

	2013	2014	2015
Riduzione delle Rettifica contributi in c/esercizio per destinazione ad investimenti	-13.440	-37.440	-54.720

Livello di programmazione degli investimenti statali e regionali per l'adeguamento delle strutture pubbliche ai modelli di rete e la messa a norma dei Presidi Ospedalieri e Territoriali

Il secondo livello di gestione e controllo dei finanziamenti in conto capitale è finalizzato alla vera e propria programmazione degli investimenti per lo sviluppo dell'offerta sanitaria regionale, in linea con i programmi triennali trasmessi dalle Aziende Sanitarie, con la pianificazione strategica relativa al riordino delle reti ospedaliere, al riequilibrio dell'offerta territoriale e con l'adeguamento a norma delle strutture al fine della completa realizzazione della messa in sicurezza sismica, impiantistica e tecnologica e in termini di igiene e sicurezza per pazienti ed operatori.

L'Area Investimenti in Edilizia Sanitaria, HTA e NVR provvede al raccordo funzionale tra i programmi operativi e le risorse disponibili in materia di investimenti in edilizia e tecnologie sanitarie, sulla base di un processo a cascata incentrato sul percorso: *programmi operativi – obiettivi operativi - interventi prioritari – progetti*.

In particolare, la fonte principale di risorse per gli investimenti disponibili nel prossimo triennio è rappresentato dal finanziamento ex art. 20 L. 67/88, terza fase. Gli interventi proposti per l'Accordo di Programma sviluppano l'effettiva declinazione sul territorio della riorganizzazione del modello di rete, delineato dai Decreti di riordino e messo a punto attraverso i programmi operativi, attraverso la definizione degli interventi prioritari da attuare sul territorio del Lazio per il triennio 2013 – 2015, rappresentando il raccordo fondamentale tra le prescrizioni normative nazionali e regionali e il futuro assetto dell'offerta sanitaria regionale.

Il Documento Programmatico, sviluppato in conformità con la *MexA* prescritta dal Ministero della Salute, raccorda ed articola gli interventi progettuali selezionati nella terza fase ex art. 20 L.67/88 declinando sul territorio le disposizioni del Piano Sanitario Regionale e gli obiettivi operativi del Piano di Rientro ma anche l'adeguamento alle disposizioni normative sopraggiunte negli ultimi anni in materia di messa in sicurezza delle strutture edilizie.

Il programma proposto dalla Regione Lazio, difatti, si articola secondo un piano triennale sviluppato per comparti funzionali successivi:

- Il “primo stralcio funzionale” riguarda la messa sul campo delle prescrizioni contenute nei decreti di riordino e nei programmi operativi, attraverso interventi mirati alla riconversione delle strutture da dismettere dall'attività per acuti e alla trasformazione in “Case della Salute” o in altri luoghi dell'offerta territoriale e per la lungodegenza. Congiuntamente, si avviano gli interventi prioritari di messa a norma delle strutture, dando avvio alla definizione programmatica delle successive azioni progettuali in materia di sicurezza, da realizzare nel secondo stralcio.

- Il “secondo stralcio funzionale” intende completare la realizzazione degli obiettivi del Piano Sanitario Regionale e dei programmi operativi ponendo particolare attenzione alla sicurezza e messa a norma, a partire e dagli interventi prioritari attivati nel primo stralcio in prima istanza nei Presidi pubblici per acuti.

- Il “terzo stralcio funzionale” conclude il riordino dell'offerta ospedaliera e della messa in sicurezza con il completamento dell'adeguamento a norma e la definitiva messa a punto delle attività nelle strutture che erogano servizi territoriali.

Il primo stralcio funzionale trova copertura finanziaria nei fondi ex art. 20 L. 67/88 terza fase e nei fondi appositamente individuati nel bilancio regionale, con particolare riferimento ai fondi dedicati al rinnovo del parco tecnologico, mentre il secondo e terzo stralcio, sempre in sinergia con i fondi regionali disponibili nel prossimo triennio, si concretizzerà con le fasi successive afferenti alla medesima fonte statale di finanziamento.

Risultati programmati:

- Governo dei fabbisogni delle aziende sanitarie in materia di investimenti per manutenzioni straordinarie attraverso un fondo dedicato su capitolo di spesa in conto capitale, previo controllo delle richieste trasmesse;
- Controllo sull'appropriatezza degli investimenti di manutenzione straordinaria, legittimità delle procedure di gara e di spesa;
- Per le attrezzature sanitarie, generazione di risparmi anche sulle categorie merceologiche non centralizzate.
- Realizzazione effettiva delle disposizioni contenute nella normativa di riequilibrio dell'offerta sanitaria attraverso interventi mirati alla riconversione delle strutture per acuti da destinare ai livelli di assistenza territoriale o per lungodegenti

- **Indicatori di risultato:**
- Andamento degli indicatori di realizzazione del modello di rete volti a misurare:
- La messa a punto del modello di rete sviluppato dalla normativa regionale
- La riconversione per servizi territoriali degli spazi liberati all'interno dell'ospedale
- La messa a punto dei singoli piani di adeguamento a norma con controllo preventivo degli importi necessari e degli interventi prioritari indispensabili
- La razionalizzazione delle strutture e dell'attività diagnostica, con processi di controllo di tipo HTA ma anche delle fasi successive all'acquisizione delle apparecchiature
- La messa a norma ed in sicurezza dei corpi edilizi a partire dai Presidi per acuti

Cronoprogramma delle scadenze intermedie e finalità che dovranno essere rispettate:

- Realizzazione successiva per stralci funzionali e funzionanti da avviare entro il triennio 2013-2015 secondo il piano di sviluppo previsto nel Documento Programmatico e con l'Accordo di programma

Impatto economico:

- L'impatto finanziario è definito sulla base delle risorse messe a disposizione dallo Stato e sui fondi disponibili della Regione. L'impatto economico dell'intervento non è stimabile ex ante, ma realizza, senza dubbio, la valorizzazione del patrimonio pubblico, la riefficientamento dello stesso e la concretizzazione materiale degli obiettivi di contenimento della spesa alla base del modello di rete e del riequilibrio dell'offerta sul territorio

Responsabile del procedimento attuativo:

- Direzione Salute ed integrazione Sociosanitaria, Area Investimenti in Edilizia Sanitaria, HTA e Nucleo di Valutazione, in sinergia con il Nucleo di Valutazione Regionale

6. Allegati

1. Tabelle statistico/epidemiologiche

2. MODELLO DI RILEVAZIONE DEI COSTI DEI LIVELLI DI ASSISTENZA DELLE AZIENDE UNITA' SANITARIE LOCALI E DELLE AZIENDE OSPEDALIERE:

- TENDENZIALE:
 - ANNO 2013
 - ANNO 2014
 - ANNO 2015

- PROGRAMMATICO:
 - ANNO 2013
 - ANNO 2014
 - ANNO 2015

3. NUOVO MODELLO DI CONTO ECONOMICO

- Consuntivo 2012

- TENDENZIALE:
 - ANNO 2013
 - ANNO 2014
 - ANNO 2015

- PROGRAMMATICO:
 - ANNO 2013
 - ANNO 2014
 - ANNO 2015

1. Tabelle statistico/epidemiologiche

Mortalità per causa

Tab. 4a. Mortalità per tutte le cause (001-999), tassi (per 100.000 residenti) grezzi e standardizzati, per genere e area di residenza, rischi relativi (RR) rispetto alla Regione Lazio. Anno 2011

Area di residenza	MASCHI							FEMMINE								
	Decessi 2011	Tasso grezzo	Tasso standard	IC 95%		RR	IC 95%		Decessi 2011	Tasso grezzo	Tasso standard	IC 95%		RR	IC 95%	
				Inf.	Sup.		Inf.	Sup.				Inf.	Sup.		Inf.	Sup.
Lazio	25832	937.9	596.0	588.5	- 603.6	1			27130	912.1	378.4	373.3	- 383.6	1		
ASL RM A	2256	980.5	524.9	502.2	- 548.7	0.88 0.84 - 0.92			2803	1083.9	338.3	323.4	- 353.9	0.89 0.85 - 0.94		
ASL RM B	3060	900.2	627.5	604.8	- 650.9	1.05 1.01 - 1.09			3061	840.9	384.2	369.3	- 399.7	1.02 0.97 - 1.06		
ASL RM C	2590	1032.0	561.9	539.2	- 585.6	0.94 0.90 - 0.98			3002	1039.3	357.2	342.2	- 372.7	0.94 0.90 - 0.99		
ASL RM D	2443	898.6	578.0	554.5	- 602.5	0.97 0.93 - 1.01			2541	843.7	373.6	357.6	- 390.3	0.99 0.94 - 1.03		
ASL RM E	2379	973.8	548.8	525.8	- 572.9	0.92 0.88 - 0.96			2700	955.2	359.6	344.0	- 375.9	0.95 0.91 - 1.00		
Comune di Roma	12499	960.2	570.0	559.5	- 580.6	0.96 0.94 - 0.98			13871	950.3	362.1	355.2	- 369.2	0.96 0.93 - 0.98		
ASL RM F	1319	846.2	641.8	607.4	- 678.2	1.08 1.02 - 1.14			1331	816.4	423.6	399.7	- 449.0	1.12 1.05 - 1.19		
ASL RM G	2130	885.3	663.1	634.9	- 692.6	1.11 1.06 - 1.16			2033	818.1	403.3	384.5	- 423.0	1.07 1.01 - 1.12		
ASL RM H	2131	788.4	608.1	582.2	- 635.1	1.02 0.98 - 1.07			2243	791.6	412.7	394.6	- 431.6	1.09 1.04 - 1.14		
Provincia di Roma	18308	913.6	588.4	579.6	- 597.4	0.99 0.97 - 1.01			19714	900.1	376.2	370.3	- 382.2	0.99 0.97 - 1.02		
Provincia di Viterbo	1648	1055.4	605.0	575.1	- 636.4	1.02 0.96 - 1.07			1663	1013.2	378.5	357.6	- 400.6	1.00 0.94 - 1.06		
Provincia di Rieti	872	1108.6	576.5	536.9	- 619.0	0.97 0.90 - 1.04			916	1119.7	366.7	338.6	- 397.2	0.97 0.89 - 1.05		
Provincia di Frosinone	2710	1114.0	662.4	636.6	- 689.2	1.11 1.07 - 1.16			2530	992.6	388.9	371.6	- 407.1	1.03 0.98 - 1.08		
Provincia di Latina	2294	842.3	588.2	563.9	- 613.6	0.99 0.94 - 1.03			2307	814.2	390.4	373.3	- 408.4	1.03 0.98 - 1.08		

Tab. 4b. Mortalità per tumori maligni (140-208), tassi (per 100.000 residenti) grezzi e standardizzati, per genere e area di residenza, rischi relativi (RR) rispetto alla Regione Lazio. Anno 2011.

Area di residenza	MASCHI							FEMMINE								
	Decessi 2011	Tasso grezzo	Tasso standard	IC 95%		RR	IC 95%		Decessi 2011	Tasso grezzo	Tasso standard	IC 95%		RR	IC 95%	
				Inf.	Sup.		Inf.	Sup.				Inf.	Sup.		Inf.	Sup.
Lazio	8944	324.7	211.3	206.8	- 215.9	1			6993	235.1	125.8	122.6	- 129.2	1		
ASL RM A	757	329.0	188.7	174.9	- 203.6	0.89 0.83 - 0.97			743	287.3	117.9	108.5	- 128.1	0.94 0.86 - 1.02		
ASL RM B	1079	317.4	221.0	207.8	- 235.1	1.05 0.98 - 1.12			847	232.7	130.1	120.8	- 140.1	1.03 0.96 - 1.12		
ASL RM C	965	384.5	217.1	203.1	- 232.1	1.03 0.96 - 1.10			818	283.2	129.8	119.9	- 140.5	1.03 0.95 - 1.12		
ASL RM D	894	328.8	214.0	199.8	- 229.1	1.01 0.94 - 1.09			794	263.6	142.9	132.4	- 154.2	1.14 1.05 - 1.23		
ASL RM E	844	345.5	200.8	186.9	- 215.7	0.95 0.88 - 1.02			747	264.3	130.9	120.8	- 142.0	1.04 0.96 - 1.13		
Comune di Roma	4457	342.4	209.1	202.8	- 215.6	0.99 0.95 - 1.03			3870	265.1	130.3	125.8	- 135.0	1.04 0.99 - 1.08		
ASL RM F	491	315.0	239.7	219.1	- 262.4	1.13 1.03 - 1.24			352	215.9	134.2	120.1	- 150.1	1.07 0.95 - 1.20		
ASL RM G	755	313.8	234.7	218.2	- 252.4	1.11 1.03 - 1.20			483	194.4	123.8	112.4	- 136.3	0.98 0.89 - 1.09		
ASL RM H	707	261.6	199.0	184.6	- 214.6	0.94 0.87 - 1.02			595	210.0	133.2	122.3	- 145.1	1.06 0.97 - 1.16		
Provincia di Roma	6492	324.0	212.8	207.5	- 218.2	1.01 0.97 - 1.04			5379	245.6	130.7	126.9	- 134.6	1.04 1.00 - 1.08		
Provincia di Viterbo	505	323.4	196.4	179.4	- 215.0	0.93 0.85 - 1.02			342	208.4	105.0	93.2	- 118.3	0.83 0.74 - 0.94		
Provincia di Rieti	306	389.0	209.4	185.8	- 236.0	0.99 0.88 - 1.12			171	209.0	94.1	79.0	- 112.2	0.75 0.63 - 0.89		
Provincia di Frosinone	832	342.0	212.1	197.5	- 227.7	1.00 0.93 - 1.08			521	204.4	113.8	103.3	- 125.4	0.90 0.82 - 1.00		
Provincia di Latina	809	297.0	210.2	195.8	- 225.6	0.99 0.92 - 1.07			580	204.7	121.4	111.2	- 132.6	0.96 0.88 - 1.06		

Tab. 4c. Mortalità per malattie del sistema circolatorio (390-459), tassi (per 100.000 residenti) grezzi e standardizzati, per genere e area di residenza, rischi relativi (RR) rispetto alla Regione Lazio. Anno 2011.

Area di residenza	MASCHI							FEMMINE								
	Decessi 2011	Tasso grezzo	Tasso standard	IC 95%		RR	IC 95%		Decessi 2011	Tasso grezzo	Tasso standard	IC 95%		RR	IC 95%	
				Inf.	Sup.		Inf.	Sup.				Inf.	Sup.		Inf.	Sup.
Lazio	8973	325.8	197.3	193.2	- 201.6	1			11302	380.0	133.1	130.5	- 135.8	1		
ASL RM A	787	342.0	170.0	157.9	- 183.0	0.86 0.80 - 0.93			1142	441.6	111.3	104.3	- 118.8	0.84 0.78 - 0.90		
ASL RM B	1033	303.9	210.1	197.3	- 223.7	1.06 1.00 - 1.14			1200	329.7	131.5	123.7	- 139.7	0.99 0.93 - 1.05		
ASL RM C	870	346.7	177.8	165.7	- 190.7	0.90 0.84 - 0.97			1270	439.7	124.0	116.5	- 132.0	0.93 0.87 - 0.99		
ASL RM D	810	297.9	183.1	170.4	- 196.6	0.93 0.86 - 1.00			939	311.8	116.1	108.4	- 124.4	0.87 0.81 - 0.94		
ASL RM E	800	327.5	173.8	161.6	- 186.8	0.88 0.82 - 0.95			1046	370.0	112.0	104.9	- 119.5	0.84 0.79 - 0.90		
Comune di Roma	4226	324.6	183.4	177.7	- 189.3	0.93 0.89 - 0.97			5513	377.7	119.0	115.6	- 122.5	0.89 0.86 - 0.93		
ASL RM F	451	289.3	214.5	195.2	- 235.6	1.09 0.99 - 1.20			546	334.9	154.2	141.1	- 168.5	1.16 1.06 - 1.27		
ASL RM G	728	302.6	220.6	204.8	- 237.6	1.12 1.03 - 1.21			885	356.1	151.7	141.4	- 162.7	1.14 1.06 - 1.23		
ASL RM H	710	262.7	200.6	186.0	- 216.2	1.02 0.94 - 1.10			898	316.9	145.6	136.0	- 156.0	1.09 1.02 - 1.18		
Provincia di Roma	6189	308.9	190.6	185.8	- 195.6	0.97 0.93 - 1.00			7926	361.9	127.3	124.3	- 130.4	0.96 0.93 - 0.99		
Provincia di Viterbo	591	378.5	205.7	189.2	- 223.6	1.04 0.96 - 1.14			650	396.0	132.3	121.1	- 144.6	0.99 0.91 - 1.09		
Provincia di Rieti	303	385.2	183.8	163.2	- 207.0	0.93 0.83 - 1.05			398	486.5	136.4	120.9	- 153.8	1.02 0.91 - 1.16		
Provincia di Frosinone	1110	456.3	252.0	237.0	- 267.9	1.28 1.20 - 1.36			1312	514.7	164.8	155.3	- 174.9	1.24 1.16 - 1.32		
Provincia di Latina	780	286.4	191.5	178.2	- 205.8	0.97 0.90 - 1.05			1016	358.6	149.8	140.4	- 160.0	1.13 1.05 - 1.21		

Tab. 4d. Mortalità per malattie dell'apparato respiratorio (460-519), tassi (per 100.000 residenti) grezzi e standardizzati, per genere e area di residenza, rischi relativi (RR) rispetto alla Regione Lazio. Anno 2011.

Area di residenza	MASCHI									FEMMINE								
	Decessi	Tasso	Tasso	IC 95%		RR	IC 95%		Decessi	Tasso	Tasso	IC 95%		RR	IC 95%			
	2011	grezzo	standard	Inf.	Sup.		Inf.	Sup.		2011	grezzo	standard	Inf.		Sup.	Inf.	Sup.	
Lazio	1679	61.0	35.4	33.7	- 37.2	1			1479	49.7	18.1	17.1	- 19.1	1				
ASL RM A	161	70.0	32.2	27.4	- 37.8	0.91	0.77	- 1.08	181	70.0	17.5	14.9	- 20.6	0.97	0.82	- 1.15		
ASL RM B	173	50.9	33.2	28.5	- 38.7	0.94	0.80	- 1.10	169	46.4	19.6	16.6	- 23.2	1.08	0.91	- 1.30		
ASL RM C	150	59.8	28.5	24.2	- 33.7	0.81	0.68	- 0.96	149	51.6	15.7	13.1	- 18.8	0.87	0.72	- 1.05		
ASL RM D	136	50.0	29.6	24.9	- 35.1	0.84	0.70	- 1.00	138	45.8	17.2	14.3	- 20.7	0.95	0.79	- 1.16		
ASL RM E	176	72.0	36.6	31.3	- 42.7	1.03	0.88	- 1.22	172	60.8	19.3	16.3	- 22.7	1.07	0.90	- 1.27		
Comune di Roma	788	60.5	32.2	29.9	- 34.6	0.91	0.83	- 0.99	797	54.6	17.9	16.6	- 19.4	0.99	0.90	- 1.09		
ASL RM F	89	57.1	41.0	33.2	- 50.6	1.16	0.93	- 1.44	78	47.8	22.6	17.8	- 28.8	1.25	0.98	- 1.60		
ASL RM G	113	47.0	33.4	27.7	- 40.4	0.95	0.78	- 1.15	86	34.6	16.3	12.9	- 20.6	0.90	0.71	- 1.15		
ASL RM H	199	73.6	55.4	48.1	- 63.8	1.57	1.35	- 1.82	146	51.5	23.7	20.0	- 28.2	1.31	1.10	- 1.58		
Provincia di Roma	1197	59.7	35.3	33.3	- 37.4	1.00	0.92	- 1.08	1119	51.1	18.7	17.5	- 19.9	1.03	0.95	- 1.13		
Provincia di Viterbo	103	66.0	34.1	28.0	- 41.6	0.96	0.79	- 1.18	104	63.4	19.5	15.6	- 24.4	1.08	0.86	- 1.36		
Provincia di Rieti	45	57.2	29.1	21.1	- 40.2	0.82	0.59	- 1.14	50	61.1	15.6	11.6	- 20.9	0.86	0.64	- 1.16		
Provincia di Frosinone	194	79.7	42.2	36.5	- 48.8	1.19	1.02	- 1.39	106	41.6	16.2	12.9	- 20.2	0.90	0.71	- 1.13		
Provincia di Latina	140	51.4	33.0	27.9	- 39.1	0.93	0.78	- 1.11	100	35.3	14.7	11.9	- 18.1	0.81	0.66	- 1.01		

Ospedalizzazione (popolazione 15+ anni) Ricoveri Ordinari

Tab. 5a. Ricoveri ordinari per tutte le cause (001-999), tassi (per 1.000) grezzi e standardizzati, per genere e area di residenza, rischi relativi (RR) rispetto alla Regione Lazio. Anno 2011.

Area di residenza	Maschi 15 anni e +						Femmine 15 anni e +							
	Ricoveri	Tasso	Tasso	IC 95%		RR	IC 95%	Ricoveri	Tasso	Tasso	IC 95%		RR	IC 95%
	2011	grezzo	standard	Inf.	Sup.			2011	grezzo	standard	Inf.	Sup.		
Lazio	237761	106.4	89.0	88.7	- 89.4	1		301542	120.8	105.9	105.5	- 106.3	1	
ASL RM A	19620	111.5	86.8	85.5	- 88.1	0.97	0.96 - 0.99	26040	123.4	102.4	100.9	- 103.8	0.97	0.95 - 0.98
ASL RM B	28134	100.8	87.0	86.0	- 88.1	0.98	0.96 - 0.99	36726	118.8	105.9	104.8	- 107.1	1.00	0.99 - 1.01
ASL RM C	21857	105.2	82.5	81.4	- 83.7	0.93	0.91 - 0.94	29877	121.5	100.3	99.0	- 101.6	0.95	0.93 - 0.96
ASL RM D	22246	102.8	85.8	84.7	- 87.1	0.96	0.95 - 0.98	29298	117.9	104.1	102.8	- 105.4	0.98	0.97 - 1.00
ASL RM E	24035	123.6	98.6	97.3	- 99.9	1.11	1.09 - 1.12	31475	134.9	113.4	112.0	- 114.8	1.07	1.06 - 1.08
Comune di Roma	113400	108.1	87.8	87.3	- 88.3	0.99	0.98 - 0.99	150317	123.0	105.3	104.7	- 105.9	0.99	0.99 - 1.00
ASL RM F	13525	111.7	98.0	96.3	- 99.7	1.10	1.08 - 1.12	16713	126.5	115.0	113.2	- 116.9	1.09	1.07 - 1.10
ASL RM G	18405	95.7	85.5	84.2	- 86.7	0.96	0.94 - 0.97	23036	112.0	102.5	101.1	- 103.9	0.97	0.95 - 0.98
ASL RM H	21863	101.7	90.3	89.1	- 91.5	1.01	1.00 - 1.03	27836	119.9	108.6	107.2	- 109.9	1.02	1.01 - 1.04
Provincia di Roma	169685	105.8	88.6	88.2	- 89.1	1.00	0.99 - 1.00	221001	121.4	106.2	105.8	- 106.7	1.00	1.00 - 1.01
Provincia di Viterbo	13433	103.9	83.2	81.8	- 84.7	0.93	0.92 - 0.95	15961	113.6	96.7	95.0	- 98.4	0.91	0.90 - 0.93
Provincia di Rieti	9335	142.3	109.6	107.2	- 112.0	1.23	1.20 - 1.26	10292	145.9	120.3	117.7	- 123.0	1.14	1.11 - 1.16
Provincia di Frosinone	22327	108.2	91.3	90.1	- 92.6	1.02	1.01 - 1.04	26266	118.9	106.2	104.8	- 107.6	1.00	0.99 - 1.02
Provincia di Latina	22981	100.1	87.3	86.1	- 88.4	0.98	0.97 - 0.99	28022	114.7	103.0	101.8	- 104.3	0.97	0.96 - 0.99

Tab. 5b. Ricoveri ordinari per tumori maligni (140-208), tassi (per 1.000) grezzi e standardizzati, per genere e area di residenza, rischi relativi (RR) rispetto alla Regione Lazio. Anno 2011.

Area di residenza	Maschi 15 anni e +						Femmine 15 anni e +							
	Ricoveri	Tasso	Tasso	IC 95%		RR	IC 95%	Ricoveri	Tasso	Tasso	IC 95%		RR	IC 95%
	2011	grezzo	standard	Inf.	Sup.			2011	grezzo	standard	Inf.	Sup.		
Lazio	30702	13.7	10.7	10.6	- 10.8	1		33456	13.4	11.1	11.0	- 11.3	1	
ASL RM A	2680	15.2	10.9	10.5	- 11.3	1.02	0.97 - 1.06	3268	15.5	12.1	11.6	- 12.5	1.08	1.04 - 1.12
ASL RM B	3717	13.3	10.9	10.6	- 11.3	1.02	0.98 - 1.05	4030	13.0	11.0	10.6	- 11.4	0.99	0.95 - 1.02
ASL RM C	3046	14.7	10.7	10.3	- 11.1	0.99	0.96 - 1.03	3698	15.0	11.8	11.3	- 12.2	1.05	1.02 - 1.09
ASL RM D	3095	14.3	11.0	10.6	- 11.4	1.02	0.99 - 1.06	3503	14.1	11.5	11.1	- 11.9	1.03	0.99 - 1.07
ASL RM E	3193	16.4	11.9	11.4	- 12.3	1.11	1.06 - 1.15	3542	15.2	11.8	11.4	- 12.2	1.06	1.02 - 1.10
Comune di Roma	15401	14.7	11.0	10.9	- 11.2	1.03	1.01 - 1.05	17751	14.5	11.6	11.4	- 11.8	1.04	1.02 - 1.06
ASL RM F	1681	13.9	11.4	10.9	- 12.0	1.06	1.01 - 1.12	1850	14.0	12.1	11.6	- 12.7	1.09	1.04 - 1.14
ASL RM G	2429	12.6	10.8	10.4	- 11.2	1.01	0.96 - 1.05	2436	11.8	10.4	10.0	- 10.8	0.93	0.89 - 0.97
ASL RM H	2774	12.9	10.9	10.5	- 11.3	1.01	0.97 - 1.05	3056	13.2	11.5	11.0	- 11.9	1.03	0.99 - 1.07
Provincia di Roma	22615	14.1	11.0	10.9	- 11.2	1.03	1.01 - 1.05	25383	13.9	11.5	11.3	- 11.6	1.03	1.01 - 1.05
Provincia di Viterbo	1719	13.3	9.7	9.2	- 10.1	0.90	0.86 - 0.95	1807	12.9	10.6	10.1	- 11.2	0.95	0.91 - 1.00
Provincia di Rieti	1148	17.5	12.2	11.5	- 13.0	1.14	1.07 - 1.21	956	13.5	10.8	10.1	- 11.6	0.97	0.91 - 1.04
Provincia di Frosinone	2660	12.9	10.1	9.7	- 10.5	0.94	0.90 - 0.98	2674	12.1	10.6	10.2	- 11.1	0.95	0.92 - 0.99
Provincia di Latina	2560	11.2	9.3	8.9	- 9.6	0.86	0.83 - 0.90	2636	10.8	9.4	9.1	- 9.8	0.85	0.81 - 0.88

Tab. 5c. Ricoveri ordinari per malattie del sistema nervoso, ed organi di senso (320-359), tassi (per 1.000) grezzi e standardizzati, per genere e area di residenza, rischi relativi (RR) rispetto alla Regione Lazio. Anno 2011.

Area di residenza	Maschi 15 anni e +							Femmine 15 anni e +												
	Ricoveri	Tasso	Tasso	IC 95%		RR	IC 95%		Ricoveri	Tasso	Tasso	IC 95%		RR	IC 95%					
	2011	grezzo	standard	Inf.	Sup.		Inf.	Sup.	2011	grezzo	standard	Inf.	Sup.		Inf.	Sup.				
Lazio	9253	4.1	3.5	3.5	-	3.6	1			10108	4.0	3.3	3.2	-	3.4	1				
ASL RM A	914	5.2	4.1	3.8	-	4.4	1.15	1.07	-	1.23	1117	5.3	3.8	3.5	-	4.1	1.16	1.08	-	1.24
ASL RM B	1166	4.2	3.6	3.4	-	3.9	1.03	0.97	-	1.10	1307	4.2	3.5	3.3	-	3.7	1.07	1.01	-	1.14
ASL RM C	950	4.6	3.7	3.5	-	4.0	1.04	0.97	-	1.12	1173	4.8	3.5	3.3	-	3.7	1.06	0.99	-	1.13
ASL RM D	924	4.3	3.6	3.4	-	3.8	1.01	0.94	-	1.09	996	4.0	3.2	3.0	-	3.4	0.97	0.90	-	1.04
ASL RM E	1025	5.3	4.1	3.9	-	4.4	1.16	1.08	-	1.24	1212	5.2	3.7	3.5	-	3.9	1.13	1.05	-	1.20
Comune di Roma	4889	4.7	3.8	3.7	-	3.9	1.08	1.04	-	1.12	5727	4.7	3.5	3.4	-	3.6	1.08	1.04	-	1.12
ASL RM F	475	3.9	3.5	3.2	-	3.9	1.00	0.91	-	1.09	490	3.7	3.1	2.9	-	3.5	0.96	0.87	-	1.06
ASL RM G	624	3.2	3.0	2.7	-	3.2	0.84	0.77	-	0.91	631	3.1	2.7	2.5	-	3.0	0.83	0.77	-	0.91
ASL RM H	836	3.9	3.5	3.3	-	3.8	0.99	0.92	-	1.06	892	3.8	3.3	3.1	-	3.6	1.01	0.94	-	1.09
Provincia di Roma	6914	4.3	3.7	3.6	-	3.7	1.03	1.00	-	1.07	7818	4.3	3.4	3.3	-	3.5	1.03	1.00	-	1.07
Provincia di Viterbo	502	3.9	3.2	2.9	-	3.5	0.91	0.83	-	1.00	434	3.1	2.5	2.2	-	2.7	0.75	0.68	-	0.84
Provincia di Rieti	294	4.5	3.5	3.1	-	4.0	1.00	0.88	-	1.13	349	4.9	4.1	3.6	-	4.6	1.24	1.10	-	1.39
Provincia di Frosinone	742	3.6	3.3	3.1	-	3.5	0.93	0.86	-	1.00	760	3.4	3.2	2.9	-	3.4	0.97	0.90	-	1.05
Provincia di Latina	801	3.5	3.1	2.9	-	3.4	0.88	0.82	-	0.95	747	3.1	2.7	2.5	-	2.9	0.83	0.77	-	0.90

Tab. 5d. Ricoveri ordinari per malattie del sistema circolatorio (390-459), tassi (per 1.000) grezzi e standardizzati, per genere e area di residenza, rischi relativi (RR) rispetto alla Regione Lazio. Anno 2011.

Area di residenza	Maschi 15 anni e +							Femmine 15 anni e +												
	Ricoveri	Tasso	Tasso	IC 95%		RR	IC 95%		Ricoveri	Tasso	Tasso	IC 95%		RR	IC 95%					
	2011	grezzo	standard	Inf.	Sup.		Inf.	Sup.	2011	grezzo	standard	Inf.	Sup.		Inf.	Sup.				
Lazio	56172	25.1	19.0	18.8	-	19.1	1			42048	16.8	9.8	9.7	-	9.9	1				
ASL RM A	4451	25.3	17.4	16.8	-	17.9	0.92	0.89	-	0.95	3521	16.7	8.4	8.1	-	8.7	0.86	0.83	-	0.89
ASL RM B	6773	24.3	19.3	18.8	-	19.8	1.02	0.99	-	1.04	4749	15.4	9.5	9.2	-	9.8	0.97	0.94	-	1.00
ASL RM C	5180	24.9	16.9	16.4	-	17.4	0.89	0.86	-	0.92	4356	17.7	8.6	8.3	-	8.9	0.88	0.85	-	0.91
ASL RM D	4886	22.6	16.8	16.3	-	17.3	0.88	0.86	-	0.91	3416	13.7	8.2	7.9	-	8.5	0.84	0.81	-	0.87
ASL RM E	5235	26.9	18.8	18.3	-	19.4	0.99	0.96	-	1.02	4234	18.1	9.9	9.5	-	10.2	1.01	0.97	-	1.05
Comune di Roma	26001	24.8	17.9	17.7	-	18.1	0.94	0.93	-	0.96	19964	16.3	8.9	8.8	-	9.1	0.91	0.90	-	0.93
ASL RM F	3186	26.3	21.4	20.7	-	22.2	1.13	1.09	-	1.17	2179	16.5	11.0	10.5	-	11.5	1.12	1.07	-	1.17
ASL RM G	4542	23.6	19.8	19.2	-	20.4	1.04	1.01	-	1.07	2990	14.5	9.5	9.1	-	9.9	0.97	0.93	-	1.01
ASL RM H	5505	25.6	21.2	20.6	-	21.8	1.12	1.09	-	1.15	3860	16.6	11.1	10.8	-	11.5	1.14	1.10	-	1.18
Provincia di Roma	39758	24.8	18.8	18.6	-	19.0	0.99	0.98	-	1.00	29305	16.1	9.4	9.3	-	9.5	0.96	0.94	-	0.97
Provincia di Viterbo	2986	23.1	16.0	15.5	-	16.7	0.85	0.81	-	0.88	2315	16.5	8.5	8.2	-	8.9	0.87	0.83	-	0.92
Provincia di Rieti	2416	36.8	24.8	23.8	-	25.9	1.31	1.25	-	1.37	1956	27.7	14.3	13.6	-	15.0	1.46	1.38	-	1.54
Provincia di Frosinone	4989	24.2	18.2	17.7	-	18.7	0.96	0.93	-	0.99	3971	18.0	10.5	10.2	-	10.9	1.07	1.04	-	1.11
Provincia di Latina	6023	26.2	21.0	20.5	-	21.6	1.11	1.08	-	1.14	4501	18.4	11.7	11.3	-	12.1	1.20	1.16	-	1.24

Tab. 5e. Ricoveri ordinari per malattie dell'apparato respiratorio (460-519), tassi (per 1.000) grezzi e standardizzati, per genere e area di residenza, rischi relativi (RR) rispetto alla Regione Lazio. Anno 2011.

Area di residenza	Maschi 15 anni e +							Femmine 15 anni e +												
	Ricoveri	Tasso	Tasso	IC 95%		RR	IC 95%		Ricoveri	Tasso	Tasso	IC 95%		RR	IC 95%					
	2011	grezzo	standard	Inf.	Sup.		Inf.	Sup.	2011	grezzo	standard	Inf.	Sup.		Inf.	Sup.				
Lazio	19197	8.6	7.0	6.9	-	7.1	1			15084	6.0	4.4	4.3	-	4.5	1				
ASL RM A	1517	8.6	6.6	6.2	-	6.9	0.94	0.89	-	1.00	1363	6.5	4.2	3.9	-	4.4	0.94	0.88	-	1.01
ASL RM B	2375	8.5	7.1	6.8	-	7.4	1.02	0.98	-	1.07	1940	6.3	4.7	4.5	-	4.9	1.07	1.01	-	1.12
ASL RM C	1793	8.6	6.6	6.2	-	6.9	0.94	0.90	-	0.99	1606	6.5	4.4	4.2	-	4.7	1.00	0.94	-	1.07
ASL RM D	1759	8.1	6.7	6.3	-	7.0	0.96	0.91	-	1.01	1439	5.8	4.1	3.8	-	4.3	0.93	0.87	-	0.99
ASL RM E	1877	9.7	7.5	7.1	-	7.9	1.07	1.02	-	1.13	1684	7.2	5.1	4.8	-	5.4	1.15	1.09	-	1.23
Comune di Roma	9137	8.7	6.9	6.7	-	7.0	0.99	0.96	-	1.01	7906	6.5	4.5	4.4	-	4.6	1.02	0.99	-	1.06
ASL RM F	963	8.0	6.9	6.5	-	7.4	0.99	0.93	-	1.06	731	5.5	4.7	4.3	-	5.1	1.06	0.98	-	1.15
ASL RM G	1327	6.9	6.1	5.8	-	6.4	0.88	0.83	-	0.93	1010	4.9	4.1	3.8	-	4.4	0.93	0.86	-	0.99
ASL RM H	1963	9.1	8.1	7.7	-	8.5	1.16	1.11	-	1.22	1411	6.1	4.9	4.6	-	5.1	1.10	1.04	-	1.17
Provincia di Roma	13574	8.5	6.9	6.8	-	7.1	1.00	0.97	-	1.02	11184	6.1	4.5	4.4	-	4.6	1.03	1.00	-	1.06
Provincia di Viterbo	1222	9.4	6.9	6.5	-	7.3	0.99	0.93	-	1.05	847	6.0	4.0	3.7	-	4.3	0.90	0.83	-	0.98
Provincia di Rieti	889	13.5	9.5	8.8	-	10.2	1.36	1.26	-	1.46	658	9.3	5.7	5.1	-	6.2	1.28	1.17	-	1.41
Provincia di Frosinone	1800	8.7	6.9	6.6	-	7.3	0.99	0.94	-	1.05	1184	5.4	3.9	3.7	-	4.2	0.89	0.83	-	0.95
Provincia di Latina	1712	7.5	6.3	6.0	-	6.6	0.91	0.86	-	0.96	1211	5.0	3.9	3.6	-	4.1	0.87	0.82	-	0.93

Ricoveri in day hospital

Tab. 6. Ricoveri in day hospital per tutte le cause (001-999), tassi (per 1.000) grezzi e standardizzati, per genere e area di residenza, rischi relativi (RR) rispetto alla Regione Lazio. Anno 2011.

Area di residenza	Maschi 15 anni e +							Femmine 15 anni e +									
	Ricoveri	Tasso		IC 95%		RR	IC 95%	Ricoveri	Tasso		IC 95%		RR	IC 95%			
		grezzo	standard	Inf.	Sup.				Inf.	Sup.	grezzo	standard			Inf.	Sup.	
Lazio	103330	46.2	43.3	43.0	-	43.5	1	124710	50.0	49.3	49.0	-	49.6	1			
ASL RM A	8671	49.3	44.1	43.1	-	45.1	1.02	1.00	-	1.04	10752	51.0	48.5	47.5	-	49.6	0.98 0.96 - 1.01
ASL RM B	14288	51.2	48.6	47.8	-	49.5	1.12	1.10	-	1.14	16986	54.9	54.2	53.4	-	55.1	1.10 1.08 - 1.12
ASL RM C	11089	53.4	47.7	46.8	-	48.7	1.10	1.08	-	1.13	13975	56.8	54.0	53.0	-	55.0	1.09 1.07 - 1.12
ASL RM D	11413	52.8	49.5	48.5	-	50.5	1.14	1.12	-	1.17	13835	55.7	55.2	54.2	-	56.2	1.12 1.10 - 1.14
ASL RM E	10956	56.3	50.9	49.9	-	51.9	1.18	1.15	-	1.20	14959	64.1	60.8	59.8	-	61.9	1.23 1.21 - 1.26
Comune di Roma	55194	52.6	48.2	47.8	-	48.7	1.12	1.10	-	1.13	69009	56.5	54.7	54.2	-	55.1	1.11 1.10 - 1.12
ASL RM F	5795	47.9	46.3	45.0	-	47.5	1.07	1.04	-	1.10	6871	52.0	51.8	50.5	-	53.1	1.05 1.02 - 1.08
ASL RM G	8970	46.6	45.2	44.3	-	46.2	1.04	1.02	-	1.07	9969	48.5	49.2	48.2	-	50.2	1.00 0.98 - 1.02
ASL RM H	9998	46.5	44.3	43.5	-	45.2	1.02	1.00	-	1.05	11906	51.3	51.0	50.1	-	52.0	1.03 1.01 - 1.05
Provincia di Roma	81180	50.6	47.2	46.9	-	47.6	1.09	1.08	-	1.10	99253	54.5	53.4	53.1	-	53.8	1.08 1.07 - 1.09
Provincia di Viterbo	5134	39.7	35.7	34.7	-	36.8	0.83	0.80	-	0.85	5844	41.6	40.6	39.5	-	41.8	0.82 0.80 - 0.85
Provincia di Rieti	3116	47.5	42.4	40.9	-	44.0	0.98	0.94	-	1.02	3453	48.9	49.0	47.3	-	50.8	0.99 0.96 - 1.03
Provincia di Frosinone	6323	30.6	29.4	28.7	-	30.2	0.68	0.66	-	0.70	7229	32.7	33.9	33.1	-	34.7	0.69 0.67 - 0.70
Provincia di Latina	7577	33.0	32.4	31.6	-	33.1	0.75	0.73	-	0.77	8931	36.5	37.7	36.9	-	38.5	0.76 0.75 - 0.78

Ospedalizzazione (popolazione 0-14 anni)

Ricoveri Ordinari

Tab 7a. Ricoveri ordinari per tutte le cause (001-999), tassi (per 1.000) grezzi e standardizzati, per genere e area di residenza, rischi relativi (RR) rispetto alla Regione Lazio. Anno 2011.

Area di residenza	Maschi 0-14 anni							Femmine 0-14 anni								
	Ricoveri	Tasso	Tasso	IC 95%		RR	IC 95%		Ricoveri	Tasso	Tasso	IC 95%		RR	IC 95%	
	2011	grezzo	standard	Inf.	Sup.		Inf.	Sup.	2011	grezzo	standard	Inf.	Sup.		Inf.	Sup.
Lazio	20100	51.9	53.8	53.0	- 54.5	1			14878	40.8	42.2	41.6	- 42.9	1		
ASL RM A	1102	40.7	41.8	39.4	- 44.4	0.78	0.73	- 0.83	747	29.1	30.0	27.9	- 32.3	0.71	0.66	- 0.77
ASL RM B	2309	46.2	47.5	45.6	- 49.5	0.88	0.85	- 0.92	1645	35.2	36.5	34.8	- 38.3	0.86	0.82	- 0.91
ASL RM C	1398	40.7	43.5	41.3	- 45.9	0.81	0.77	- 0.85	1060	32.5	34.0	32.0	- 36.1	0.80	0.76	- 0.86
ASL RM D	1797	43.9	45.4	43.4	- 47.6	0.84	0.80	- 0.89	1350	35.2	36.3	34.4	- 38.3	0.86	0.81	- 0.91
ASL RM E	1659	48.0	49.5	47.2	- 52.0	0.92	0.88	- 0.97	1268	38.7	40.8	38.6	- 43.1	0.97	0.91	- 1.02
Comune di Roma	7961	43.9	45.6	44.6	- 46.6	0.85	0.83	- 0.87	5869	34.4	35.8	34.9	- 36.7	0.85	0.82	- 0.87
ASL RM F	1459	64.1	66.6	63.2	- 70.1	1.24	1.17	- 1.31	1017	47.6	48.8	45.8	- 51.9	1.15	1.08	- 1.23
ASL RM G	1926	53.2	54.6	52.3	- 57.1	1.02	0.97	- 1.06	1363	40.4	41.4	39.2	- 43.6	0.98	0.93	- 1.04
ASL RM H	2403	59.2	60.6	58.2	- 63.0	1.13	1.08	- 1.17	1806	46.8	48.1	45.9	- 50.3	1.14	1.08	- 1.20
Provincia di Roma	14053	49.1	50.8	50.0	- 51.7	0.94	0.92	- 0.97	10256	38.0	39.3	38.6	- 40.1	0.93	0.91	- 0.96
Provincia di Viterbo	1054	54.7	56.4	53.1	- 60.0	1.05	0.99	- 1.12	759	41.7	43.1	40.1	- 46.3	1.02	0.95	- 1.10
Provincia di Rieti	695	73.3	76.6	71.1	- 82.5	1.42	1.32	- 1.54	517	57.9	60.1	55.1	- 65.5	1.42	1.30	- 1.55
Provincia di Frosinone	2288	69.9	72.7	69.8	- 75.7	1.35	1.29	- 1.41	1751	57.1	59.3	56.5	- 62.1	1.40	1.33	- 1.47
Provincia di Latina	2010	51.4	53.2	50.9	- 55.6	0.99	0.94	- 1.04	1595	43.2	44.5	42.4	- 46.8	1.05	1.00	- 1.11

Tab 7b. Ricoveri ordinari per malattie infettive e parassitarie (001-139), tassi (per 1.000) grezzi e standardizzati, per genere e area di residenza, rischi relativi (RR) rispetto alla Regione Lazio. Anno 2011.

Area di residenza	Maschi 0-14 anni							Femmine 0-14 anni								
	Ricoveri	Tasso	Tasso	IC 95%		RR	IC 95%		Ricoveri	Tasso	Tasso	IC 95%		RR	IC 95%	
	2011	grezzo	standard	Inf.	Sup.		Inf.	Sup.	2011	grezzo	standard	Inf.	Sup.		Inf.	Sup.
Lazio	1129	2.9	3.1	2.9	- 3.3	1			865	2.4	2.6	2.4	- 2.7	1		
ASL RM A	37	1.4	1.4	1.0	- 2.0	0.46	0.33	- 0.64	36	1.4	1.6	1.1	- 2.2	0.62	0.44	- 0.86
ASL RM B	112	2.2	2.4	2.0	- 2.9	0.76	0.63	- 0.93	100	2.1	2.3	1.9	- 2.8	0.91	0.73	- 1.12
ASL RM C	78	2.3	2.6	2.1	- 3.3	0.84	0.67	- 1.06	50	1.5	1.8	1.3	- 2.3	0.69	0.52	- 0.92
ASL RM D	50	1.2	1.3	1.0	- 1.8	0.43	0.32	- 0.58	54	1.4	1.5	1.2	- 2.0	0.60	0.45	- 0.79
ASL RM E	55	1.6	1.8	1.4	- 2.3	0.57	0.43	- 0.75	47	1.4	1.7	1.3	- 2.3	0.67	0.49	- 0.90
Comune di Roma	324	1.8	2.0	1.8	- 2.2	0.63	0.56	- 0.72	279	1.6	1.8	1.6	- 2.1	0.72	0.62	- 0.82
ASL RM F	58	2.5	2.8	2.2	- 3.6	0.89	0.69	- 1.17	35	1.6	1.7	1.2	- 2.4	0.67	0.48	- 0.94
ASL RM G	125	3.5	3.6	3.1	- 4.3	1.17	0.97	- 1.40	80	2.4	2.5	2.0	- 3.1	0.96	0.77	- 1.21
ASL RM H	206	5.1	5.2	4.6	- 6.0	1.68	1.45	- 1.95	162	4.2	4.4	3.8	- 5.2	1.73	1.46	- 2.05
Provincia di Roma	721	2.5	2.7	2.5	- 2.9	0.87	0.79	- 0.96	564	2.1	2.3	2.1	- 2.5	0.89	0.80	- 0.99
Provincia di Viterbo	63	3.3	3.5	2.7	- 4.5	1.12	0.86	- 1.44	35	1.9	2.1	1.5	- 2.9	0.82	0.58	- 1.15
Provincia di Rieti	34	3.6	3.9	2.8	- 5.4	1.24	0.88	- 1.75	31	3.5	3.7	2.6	- 5.2	1.43	1.00	- 2.06
Provincia di Frosinone	154	4.7	5.0	4.2	- 5.8	1.59	1.35	- 1.89	115	3.8	4.0	3.3	- 4.8	1.57	1.29	- 1.91
Provincia di Latina	157	4.0	4.2	3.6	- 5.0	1.36	1.15	- 1.61	120	3.2	3.5	2.9	- 4.1	1.35	1.11	- 1.64

Tab 7c. Ricoveri ordinari per tumori maligni (140-208), tassi (per 1.000) grezzi e standardizzati, per genere e area di residenza, rischi relativi (RR) rispetto alla Regione Lazio. Anno 2011.

Area di residenza	Maschi 0-14 anni							Femmine 0-14 anni								
	Ricoveri	Tasso	Tasso	IC 95%		RR	IC 95%		Ricoveri	Tasso	Tasso	IC 95%		RR	IC 95%	
	2011	grezzo	standard	Inf.	Sup.		Inf.	Sup.	2011	grezzo	standard	Inf.	Sup.		Inf.	Sup.
Lazio	433	1.1	1.1	1.0	- 1.2	1			431	1.2	1.2	1.1	- 1.3	1		
ASL RM A	35	1.3	1.3	0.9	- 1.8	1.17	0.83	- 1.65	19	0.7	0.7	0.5	- 1.1	0.59	0.37	- 0.93
ASL RM B	65	1.3	1.3	1.0	- 1.6	1.14	0.88	- 1.48	52	1.1	1.1	0.9	- 1.5	0.95	0.71	- 1.27
ASL RM C	28	0.8	0.8	0.6	- 1.2	0.73	0.50	- 1.08	41	1.3	1.3	1.0	- 1.8	1.10	0.80	- 1.53
ASL RM D	57	1.4	1.4	1.1	- 1.8	1.23	0.93	- 1.62	60	1.6	1.6	1.2	- 2.1	1.33	1.01	- 1.74
ASL RM E	46	1.3	1.3	1.0	- 1.8	1.20	0.88	- 1.62	42	1.3	1.3	1.0	- 1.8	1.10	0.80	- 1.52
Comune di Roma	229	1.3	1.3	1.1	- 1.4	1.12	0.95	- 1.31	209	1.2	1.3	1.1	- 1.5	1.05	0.89	- 1.24
ASL RM F	30	1.3	1.4	1.0	- 2.0	1.22	0.84	- 1.78	38	1.8	1.9	1.3	- 2.5	1.53	1.09	- 2.13
ASL RM G	46	1.3	1.3	1.0	- 1.7	1.15	0.85	- 1.57	27	0.8	0.8	0.6	- 1.2	0.67	0.45	- 0.99
ASL RM H	43	1.1	1.0	0.8	- 1.4	0.93	0.68	- 1.28	42	1.1	1.1	0.8	- 1.5	0.90	0.65	- 1.23
Provincia di Roma	350	1.2	1.2	1.1	- 1.4	1.09	0.95	- 1.26	321	1.2	1.2	1.1	- 1.4	1.01	0.87	- 1.17
Provincia di Viterbo	20	1.0	1.0	0.7	- 1.6	0.91	0.58	- 1.42	14	0.8	0.7	0.4	- 1.3	0.61	0.36	- 1.04
Provincia di Rieti	5	0.5	0.6	0.2	- 1.4	0.50	0.21	- 1.21	8	0.9	1.0	0.5	- 1.9	0.79	0.39	- 1.60
Provincia di Frosinone	33	1.0	1.0	0.7	- 1.4	0.87	0.61	- 1.24	57	1.9	2.0	1.5	- 2.5	1.61	1.22	- 2.12
Provincia di Latina	25	0.6	0.7	0.4	- 1.0	0.59	0.39	- 0.88	31	0.8	0.9	0.6	- 1.2	0.72	0.50	- 1.04

Ricoveri in day hospital

Tab 8. Ricoveri in day hospital per tutte le cause (001-999), tassi (per 1.000) grezzi e standardizzati, per genere e area di residenza, rischi relativi (RR) rispetto alla Regione Lazio. Anno 2011.

Area di residenza	Maschi 0-14 anni							Femmine 0-14 anni												
	Ricoveri	Tasso		IC 95%		RR	IC 95%	Ricoveri	Tasso		IC 95%		RR	IC 95%						
		grezzo	standard	Inf.	Sup.				Inf.	Sup.	grezzo	standard			Inf.	Sup.				
Lazio	34151	88.2	88.7	87.7	-	89.6	1	24158	66.3	66.6	65.8	-	67.4	1						
ASL RM A	2191	81.0	81.0	77.6	-	84.4	0.91	0.87	-	0.95	1497	58.4	58.4	55.5	-	61.5	0.88	0.83	-	0.93
ASL RM B	4867	97.4	97.3	94.6	-	100.1	1.10	1.06	-	1.13	3675	78.7	79.2	76.7	-	81.9	1.19	1.15	-	1.23
ASL RM C	3000	87.4	87.7	84.6	-	90.9	0.99	0.95	-	1.03	2583	79.3	79.9	76.8	-	83.1	1.20	1.15	-	1.25
ASL RM D	4309	105.2	105.2	102.1	-	108.4	1.19	1.15	-	1.22	2994	78.0	78.2	75.4	-	81.1	1.17	1.13	-	1.22
ASL RM E	3592	103.9	103.5	100.2	-	107.0	1.17	1.13	-	1.21	2373	72.4	73.0	70.1	-	76.1	1.10	1.05	-	1.14
Comune di Roma	17206	94.9	94.9	93.5	-	96.4	1.07	1.05	-	1.09	12710	74.4	74.9	73.6	-	76.2	1.12	1.10	-	1.15
ASL RM F	2736	120.2	120.9	116.4	-	125.5	1.36	1.31	-	1.42	1640	76.7	76.8	73.2	-	80.6	1.15	1.10	-	1.21
ASL RM G	3205	88.6	89.2	86.1	-	92.3	1.01	0.97	-	1.04	2130	63.1	63.4	60.7	-	66.1	0.95	0.91	-	1.00
ASL RM H	3559	87.7	88.2	85.4	-	91.2	0.99	0.96	-	1.03	2452	63.5	63.6	61.2	-	66.2	0.96	0.92	-	1.00
Provincia di Roma	27459	95.9	96.2	95.1	-	97.4	1.09	1.07	-	1.10	19344	71.7	72.0	71.0	-	73.0	1.08	1.06	-	1.10
Provincia di Viterbo	1029	53.4	54.2	51.0	-	57.6	0.61	0.57	-	0.65	725	39.9	40.1	37.3	-	43.1	0.60	0.56	-	0.65
Provincia di Rieti	741	78.1	79.8	74.2	-	85.8	0.90	0.84	-	0.97	566	63.3	64.9	59.7	-	70.5	0.97	0.90	-	1.06
Provincia di Frosinone	2038	62.2	62.7	60.1	-	65.5	0.71	0.68	-	0.74	1571	51.3	51.5	49.0	-	54.1	0.77	0.73	-	0.81
Provincia di Latina	2884	73.8	74.4	71.7	-	77.2	0.84	0.81	-	0.87	1952	52.8	53.2	50.8	-	55.6	0.80	0.76	-	0.84

Prevalenza e incidenza di alcune patologie croniche di particolare interesse
Prevalenza

Tab. 9. Prevalenza di broncopneumopatia cronico-ostruttiva al 31/12/2008, tassi (per 1.000 residenti) grezzi e standardizzati, per genere e area di residenza, rischi relativi (RR) rispetto alla Regione Lazio.

Area di residenza	Maschi						Femmine							
	Casi prevalenti	Tasso grezzo	Tasso standard	IC 95%		RR	Casi prevalenti	Tasso grezzo	Tasso standard	IC 95%		RR	IC 95%	
				Inf.	Sup.					Inf.	Sup.		Inf.	Sup.
Lazio	137907	117.1	100.9	100.4	- 101.5	1	127376	90.4	71.9	71.5	- 72.3	1		
ASL RM A	10967	106.4	89.0	87.3	- 90.8	0.88 0.86 - 0.90	12493	91.1	68.4	67.0	- 69.7	0.95 0.93 - 0.97		
ASL RM B	17864	122.5	108.7	107.1	- 110.4	1.08 1.06 - 1.09	16926	97.6	80.5	79.2	- 81.8	1.12 1.10 - 1.14		
ASL RM C	13216	110.3	92.3	90.6	- 93.9	0.91 0.90 - 0.93	14194	92.2	69.6	68.4	- 70.9	0.97 0.95 - 0.99		
ASL RM D	13083	111.5	96.0	94.3	- 97.7	0.95 0.93 - 0.97	12487	86.6	69.2	67.9	- 70.5	0.96 0.94 - 0.98		
ASL RM E	12562	114.6	95.6	93.9	- 97.4	0.95 0.93 - 0.96	12986	91.6	71.6	70.3	- 73.0	1.00 0.98 - 1.02		
Comune di Roma	66561	113.5	96.7	95.9	- 97.5	0.96 0.95 - 0.97	68229	92.1	72.2	71.6	- 72.8	1.01 1.00 - 1.02		
ASL RM F	7183	121.9	110.5	107.9	- 113.1	1.09 1.07 - 1.12	6117	91.8	78.2	76.1	- 80.2	1.09 1.06 - 1.12		
ASL RM G	10413	112.8	102.2	100.2	- 104.2	1.01 0.99 - 1.03	8774	84.8	71.0	69.4	- 72.6	0.99 0.96 - 1.01		
ASL RM H	12547	120.2	110.1	108.2	- 112.1	1.09 1.07 - 1.11	11557	97.4	81.7	80.1	- 83.2	1.14 1.11 - 1.16		
Prov.RM escl.Roma	31365	117.2	106.7	105.5	- 107.9	1.06 1.04 - 1.07	27386	90.8	76.3	75.4	- 77.3	1.06 1.05 - 1.08		
Provincia di Rieti	4765	131.7	105.5	102.4	- 108.8	1.04 1.01 - 1.08	3901	95.1	68.9	66.5	- 71.4	0.96 0.92 - 0.99		
Provincia di Viterbo	7540	108.2	89.6	87.6	- 91.8	0.89 0.87 - 0.91	5951	74.2	56.3	54.7	- 57.9	0.78 0.76 - 0.81		
Provincia di Frosinone	13726	127.4	106.5	104.6	- 108.3	1.05 1.04 - 1.07	10585	86.8	65.6	64.3	- 67.0	0.91 0.89 - 0.93		
Provincia di Latina	14041	124.4	109.2	107.4	- 111.1	1.08 1.06 - 1.10	11405	89.7	74.6	73.2	- 76.1	1.04 1.02 - 1.06		

Tab. 10. Prevalenza di diabete al 31/12/2008, tassi (per 1.000 residenti) grezzi e standardizzati, per genere e area di residenza, rischi relativi (RR) rispetto alla Regione Lazio.

Area di residenza	Maschi						Femmine							
	Casi prevalenti	Tasso grezzo	Tasso standard	IC 95%		RR	Casi prevalenti	Tasso grezzo	Tasso standard	IC 95%		RR	IC 95%	
				Inf.	Sup.					Inf.	Sup.		Inf.	Sup.
Lazio	156896	96.0	87.2	86.8	- 87.7	1	156957	82.9	67.6	67.2	- 67.9	1		
ASL RM A	11755	84.4	72.0	70.7	- 73.4	0.83 0.81 - 0.84	11175	63.0	47.8	46.8	- 48.8	0.71 0.69 - 0.72		
ASL RM B	20970	101.9	95.4	94.1	- 96.8	1.09 1.08 - 1.11	21123	89.8	75.1	74.0	- 76.1	1.11 1.09 - 1.13		
ASL RM C	15643	95.6	82.5	81.2	- 83.9	0.95 0.93 - 0.96	15990	79.2	60.4	59.4	- 61.5	0.90 0.88 - 0.91		
ASL RM D	15676	93.7	85.6	84.2	- 87.0	0.98 0.96 - 1.00	15357	78.0	64.7	63.6	- 65.8	0.96 0.94 - 0.97		
ASL RM E	13597	89.7	78.9	77.5	- 80.3	0.90 0.89 - 0.92	13408	70.7	56.6	55.6	- 57.7	0.84 0.82 - 0.85		
Comune di Roma	76305	93.8	83.6	83.0	- 84.2	0.96 0.95 - 0.97	75700	76.8	61.3	60.8	- 61.8	0.91 0.90 - 0.92		
ASL RM F	7987	94.5	90.8	88.8	- 92.8	1.04 1.02 - 1.06	7841	83.8	73.4	71.8	- 75.2	1.09 1.06 - 1.11		
ASL RM G	13159	100.3	96.7	95.0	- 98.4	1.11 1.09 - 1.13	13681	95.4	83.0	81.6	- 84.5	1.23 1.21 - 1.25		
ASL RM H	14781	99.4	95.7	94.2	- 97.3	1.10 1.08 - 1.12	14250	86.5	75.5	74.2	- 76.8	1.12 1.10 - 1.14		
Prov.RM escl.Roma	37439	97.9	94.5	93.5	- 95.4	1.08 1.07 - 1.10	37276	88.6	77.5	76.7	- 78.4	1.15 1.14 - 1.16		
Provincia di Rieti	5217	109.2	94.1	91.4	- 96.8	1.08 1.05 - 1.11	5239	99.2	74.4	72.1	- 76.6	1.10 1.07 - 1.14		
Provincia di Viterbo	8505	91.0	78.4	76.7	- 80.2	0.90 0.88 - 0.92	9018	86.4	65.0	63.5	- 66.5	0.96 0.94 - 0.98		
Provincia di Frosinone	14345	99.5	88.5	87.0	- 90.0	1.01 1.00 - 1.03	14624	91.4	72.7	71.4	- 74.0	1.08 1.06 - 1.10		
Provincia di Latina	15261	96.8	90.2	88.8	- 91.7	1.03 1.02 - 1.05	15251	88.0	74.3	73.0	- 75.5	1.10 1.08 - 1.12		

Incidenza

Tab. 11. Incidenza di eventi coronarici acuti, tassi (per 100.000 residenti) grezzi e standardizzati, per genere e area di residenza, rischi relativi (RR) rispetto alla Regione Lazio. Anni 2006-2009.

Area di residenza	Maschi							Femmine												
	Eventi incidenti	Tasso	Tasso	IC 95%		RR	IC 95%		Eventi incidenti	Tasso	Tasso	IC 95%		RR	IC 95%					
		grezzo	standard	Inf.	Sup.		Inf.	Sup.		grezzo	standard	Inf.	Sup.		Inf.	Sup.				
Lazio	23220	367.4	331.1	326.7	-	335.5	1		11619	162.8	109.7	107.6	-	111.9	1					
ASL RM A	1848	329.6	280.2	267.1	-	293.8	0.85	0.81	-	0.89	993	145.8	85.1	79.4	-	91.2	0.78	0.72	-	0.83
ASL RM B	2802	366.2	336.8	324.3	-	349.9	1.02	0.98	-	1.06	1354	156.2	108.3	102.3	-	114.7	0.99	0.93	-	1.05
ASL RM C	2332	375.8	320.1	306.7	-	334.1	0.97	0.93	-	1.01	1294	172.4	103.5	97.4	-	110.0	0.94	0.89	-	1.01
ASL RM D	2270	356.2	326.2	312.6	-	340.4	0.98	0.94	-	1.03	1212	164.4	112.7	106.0	-	119.7	1.03	0.96	-	1.09
ASL RM E	2035	345.1	302.5	289.1	-	316.7	0.91	0.87	-	0.96	1066	147.7	93.2	87.2	-	99.6	0.85	0.79	-	0.91
Comune di Roma	11514	371.4	328.6	322.4	-	334.9	0.97	0.95	-	0.99	5964	161.9	103.5	100.7	-	106.5	0.93	0.90	-	0.96
ASL RM F	1255	367.8	357.9	338.3	-	378.5	1.08	1.02	-	1.15	600	165.6	128.5	118.1	-	139.8	1.17	1.07	-	1.28
ASL RM G	1941	375.2	352.8	337.2	-	369.2	1.07	1.02	-	1.12	1005	183.0	135.7	127.0	-	145.1	1.24	1.15	-	1.33
ASL RM H	2277	390.6	374.7	359.4	-	390.6	1.13	1.08	-	1.18	1139	180.3	139.1	130.9	-	147.9	1.27	1.19	-	1.35
Prov.RM escl.Roma	5746	379.3	364.0	354.5	-	373.7	1.04	1.01	-	1.08	2877	177.9	136.4	131.2	-	141.8	1.13	1.08	-	1.19
Provincia di Rieti	774	412.3	350.1	325.1	-	377.1	1.06	0.98	-	1.14	369	185.0	116.8	103.9	-	131.4	1.06	0.94	-	1.20
Provincia di Viterbo	1501	407.1	349.7	331.8	-	368.6	1.06	1.00	-	1.11	702	177.2	108.0	99.4	-	117.3	0.98	0.90	-	1.07
Provincia di Frosinone	1953	350.8	309.3	295.4	-	323.9	0.93	0.89	-	0.98	928	154.5	103.8	96.6	-	111.5	0.95	0.88	-	1.02
Provincia di Latina	2232	376.5	351.5	336.9	-	366.7	1.06	1.01	-	1.11	957	149.2	110.1	102.9	-	117.8	1.00	0.94	-	1.08

Tab. 12. Incidenza di eventi cerebrovascolari acuti, tassi (per 100.000 residenti) grezzi e standardizzati, per genere e area di residenza, rischi relativi (RR) rispetto alla Regione Lazio. Anni 2006-2009.

Area di residenza	Maschi							Femmine												
	Eventi incidenti	Tasso	Tasso	IC 95%		RR	IC 95%		Eventi incidenti	Tasso	Tasso	IC 95%		RR	IC 95%					
		grezzo	standard	Inf.	Sup.		Inf.	Sup.		grezzo	standard	Inf.	Sup.		Inf.	Sup.				
Lazio	14222	225.0	182.8	179.7	-	185.9	1		12808	179.4	115.3	113.1	-	117.5	1					
ASL RM A	1149	204.9	157.0	147.8	-	166.8	0.86	0.81	-	0.92	1053	154.6	89.2	83.4	-	95.4	0.77	0.72	-	0.83
ASL RM B	1594	208.3	176.8	168.1	-	186.0	0.97	0.92	-	1.02	1557	179.6	120.3	114.0	-	126.9	1.04	0.99	-	1.10
ASL RM C	1465	236.1	180.2	170.7	-	190.2	0.99	0.93	-	1.04	1348	179.6	107.7	101.4	-	114.3	0.93	0.88	-	0.99
ASL RM D	1326	208.1	173.6	164.1	-	183.5	0.95	0.90	-	1.01	1152	156.2	107.2	100.7	-	114.1	0.93	0.87	-	0.99
ASL RM E	1231	208.8	168.8	159.2	-	179.0	0.92	0.87	-	0.98	1178	163.3	104.7	98.3	-	111.5	0.91	0.85	-	0.97
Comune di Roma	6621	213.6	171.2	167.0	-	175.6	0.94	0.91	-	0.96	6182	167.8	106.1	103.3	-	109.1	0.92	0.89	-	0.95
ASL RM F	658	192.8	173.6	160.6	-	187.6	0.95	0.88	-	1.03	586	161.7	119.3	109.5	-	130.0	1.03	0.95	-	1.13
ASL RM G	1241	239.9	210.9	199.2	-	223.2	1.15	1.09	-	1.22	995	181.2	124.7	116.6	-	133.4	1.08	1.01	-	1.16
ASL RM H	1095	187.8	168.2	158.3	-	178.6	0.92	0.86	-	0.98	1029	162.9	117.5	110.1	-	125.4	1.02	0.95	-	1.09
Prov.RM escl.Roma	3141	207.3	185.4	178.9	-	192.1	0.95	0.91	-	0.99	2719	168.2	120.5	115.8	-	125.4	0.96	0.91	-	1.00
Provincia di Rieti	525	279.7	194.1	177.2	-	212.6	1.06	0.97	-	1.17	476	238.6	127.3	114.8	-	141.2	1.10	0.99	-	1.23
Provincia di Viterbo	1137	308.4	230.3	216.7	-	244.7	1.26	1.18	-	1.34	957	241.6	142.6	132.8	-	153.2	1.24	1.15	-	1.33
Provincia di Frosinone	1452	260.8	195.2	184.9	-	206.0	1.07	1.01	-	1.13	1308	217.8	127.3	119.8	-	135.3	1.10	1.04	-	1.18
Provincia di Latina	1349	227.5	192.1	181.9	-	202.9	1.05	0.99	-	1.11	1169	182.3	126.1	118.6	-	134.1	1.09	1.03	-	1.17

MODELLO DI RILEVAZIONE DEI COSTI DEI LIVELLI DI ASSISTENZA DELLE AZIENDE UNITA' SANITARIE LOCALI E DELLE AZIENDE OSPEDALIERE

STRUTTURA RILEVATA			
REGIONE	120	ASL /AO	999

OGGETTO DELLA RILEVAZIONE	
TENDENZIALE ANNO	2013

	Macro voci economiche	Consumi e manutenzioni di esercizio		Costi per acquisti di servizi			Personale del ruolo sanitario	Personale del ruolo professionale	Personale del ruolo tecnico	Personale del ruolo amministrativo	Ammortamenti	Sopravvenienze / insussistenze	Altri costi	Totale
		sanitari	non sanitari	prestazioni sanitarie	servizi sanitari per erogazione di prestazioni	servizi non sanitari								
Assistenza sanitaria collettiva in ambiente di vita e di lavoro														
10100	Igiene e sanità pubblica	2.199	51	10.908	18.877	6.500	20.772	143	1.364	4.255	713	0	19.708	85.490
10200	Igiene degli alimenti e della nutrizione	2.154	368	3.849	1.924	3.381	13.510	293	452	2.483	592	0	2.380	31.387
10300	Prevenzione e sicurezza degli ambienti di lavoro	601	105	10.811	3.759	4.471	19.536	816	2.852	4.163	822	0	3.182	51.117
10400	Sanità pubblica veterinaria	730	115	7.081	6.709	4.404	29.372	97	1.170	4.651	952	0	3.509	58.790
10500	Attività di prevenzione rivolte alle persone	21.777	82	6.801	17.451	4.202	27.739	570	1.493	3.367	830	0	2.500	86.811
10600	Servizio medico legale	1.013	143	25.402	3.968	7.252	15.840	82	996	9.591	1.142	0	3.736	69.164
19999	Totale	28.474	865	64.852	52.688	30.210	126.769	2.000	8.327	28.509	5.049	0	35.015	382.759
Assistenza distrettuale														
20100	Guardia medica	554	1	51.704	676	264	6.799	3	225	41	17	0	366	60.649
20200	Medicina generale	692	74	542.218	2.719	2.849	6.471	55	1.017	7.593	423	0	5.755	569.867
20201	- Medicina generica	436	60	437.448	2.570	1.964	5.256	45	939	5.863	318	0	4.807	459.705
20202	- Pediatria di libera scelta	256	14	104.771	149	885	1.215	10	78	1.731	105	0	948	110.162
20300	Emergenza sanitaria territoriale	3.019	1.542	59.041	18.420	13.155	112.058	178	48.607	4.989	3.445	0	2.860	267.315
20400	Assistenza farmaceutica	176.948	110	1.113.808	4.595	11.378	10.298	90	2.053	4.839	1.852	0	24.919	1.350.888
20401	- Ass. farmaceutica erogata tramite le farmacie convenzionate	2.592	12	1.094.285	15	452	2.122	9	113	1.254	851	0	17.015	1.118.720

20402	- Altre forme di erogazione dell'assistenza farmaceutica	174.356	98	19.523	4.580	10.926	8.176	81	1.939	3.584	1.000	0	7.903	232.168
20500	Assistenza Integrativa	16.236	12	106.491	7.925	265	1.993	2	225	658	433	0	1.802	136.044
20600	Assistenza specialistica	192.076	2.872	458.343	124.581	147.886	329.360	1.379	22.954	33.137	27.152	0	70.082	1.409.823
20601	- Attività clinica	93.838	1.492	113.969	71.243	87.737	203.463	946	15.544	19.937	15.400	0	51.781	675.350
20602	- Attività di laboratorio	65.567	598	167.558	11.978	17.851	61.913	230	3.231	6.536	5.550	0	10.054	351.066
20603	- Attività di diagnostica strumentale e per immagini	32.671	782	176.815	41.361	42.298	63.984	202	4.180	6.664	6.202	0	8.247	383.407
20700	Assistenza Protesica	4.987	27	120.030	960	1.381	12.191	25	874	3.813	708	0	1.934	146.929
20800	Assistenza territoriale ambulatoriale e domiciliare	31.554	757	257.856	39.434	51.033	182.585	826	27.710	18.228	5.340	0	31.642	646.964
20801	- assistenza programmata a domicilio (ADI)	10.548	109	48.698	3.864	5.399	20.372	113	2.624	3.698	976	0	4.299	100.702
20802	- assistenza alle donne, famiglia, coppie (consultori)	5.127	143	7.036	3.543	9.833	36.305	133	7.512	3.876	1.333	0	4.951	79.792
20803	- Assistenza psichiatrica	3.136	288	16.896	8.657	19.448	81.311	367	9.992	4.600	1.792	0	11.368	157.854
20804	- Assistenza riabilitativa ai disabili	610	91	127.430	7.650	6.727	14.194	93	3.514	3.744	446	0	4.932	169.430
20805	- Assistenza ai tossicodipendenti	4.497	98	6.075	10.524	5.991	24.158	104	3.447	1.683	466	0	3.613	60.656
20806	- Assistenza agli anziani	1.773	21	48.696	2.158	1.947	3.431	7	317	498	152	0	1.157	60.158
20807	- Assistenza ai malati terminali	670	2	1.588	178	749	1.212	1	198	80	75	0	597	5.349
20808	- Assistenza a persone affette da HIV	5.194	4	1.438	2.860	939	1.602	7	104	49	100	0	725	13.023
20900	Assistenza territoriale semiresidenziale	2.206	78	75.754	1.931	6.351	20.508	83	2.681	1.185	1.317	0	4.820	116.912
20901	- Assistenza psichiatrica	560	64	19.658	802	5.094	17.231	80	2.268	905	574	0	2.170	49.405
20902	- Assistenza riabilitativa ai disabili	321	9	28.140	536	294	1.591	2	246	115	328	0	715	32.298
20903	- Assistenza ai tossicodipendenti	318	1	1.170	8	204	741	1	63	82	138	0	531	3.258
20904	- Assistenza agli anziani	539	4	25.605	542	406	491	1	61	40	185	0	612	28.484
20905	- Assistenza a persone affette da HIV	239	0	562	20	189	151	0	14	15	47	0	361	1.599
20906	- Assistenza ai malati terminali	231	0	619	21	164	303	0	29	27	44	0	431	1.868
21000	Assistenza territoriale residenziale	4.391	161	196.838	15.979	6.217	22.673	157	4.902	1.192	1.551	0	9.286	263.347
21001	- Assistenza psichiatrica	1.372	115	32.438	690	4.308	15.125	137	3.056	512	460	0	4.868	63.081
21002	- Assistenza riabilitativa ai disabili	259	11	41.970	349	293	2.154	2	638	126	325	0	1.296	47.423
21003	- Assistenza ai tossicodipendenti	123	3	6.085	135	61	451	0	42	40	136	0	601	7.678
21004	- Assistenza agli anziani	1.715	18	65.525	14.067	956	3.323	15	786	394	327	0	1.008	88.134
21005	- Assistenza a persone affette da HIV	154	1	2.502	20	196	152	0	11	12	46	0	447	3.541
21006	- Assistenza ai malati terminali	712	9	40.245	502	370	1.468	2	367	110	180	0	568	44.534
21100	Assistenza Idrotermale	55	5	8.074	216	33	0	0	0	0	77	0	496	8.956
29999	Totale	432.663	5.633	2.982.084	217.220	240.779	704.936	2.799	111.246	75.675	42.237	0	153.465	4.968.738

Assistenza ospedaliera

30100	Attività di pronto soccorso	89.119	2.554	61.633	28.768	67.507	177.019	763	21.791	11.294	10.400	0	24.268	495.116
30200	Ass. ospedaliera per acuti	704.862	11.498	1.379.261	92.318	585.264	1.348.215	5.651	126.347	99.763	119.113	0	241.420	4.713.711
30201	- in Day Hospital e Day Surgery	109.760	1.734	274.635	16.552	81.457	184.887	697	16.081	14.346	14.392	0	19.805	734.345
30202	- in degenza ordinaria	595.102	9.764	1.104.626	75.766	503.807	1.163.328	4.954	110.265	85.417	104.722	0	221.615	3.979.367
30300	Interventi ospedalieri a domicilio	3.427	180	19.151	301	2.432	4.400	3	793	854	1.387	0	1.499	34.427
30400	Ass. ospedaliera per lungodegenti	15.619	310	104.683	3.112	12.938	35.737	12	8.329	2.320	6.808	0	5.340	195.208
30500	Ass. ospedaliera per riabilitazione	28.311	559	209.653	8.734	17.154	49.379	76	5.556	5.671	3.578	0	5.576	334.246
30600	Emocomponenti e servizi trasfusionali	29.914	504	30.676	5.490	11.200	33.385	61	2.729	3.308	2.894	0	4.229	124.390
30700	Trapianto organi e tessuti	13.494	456	15.882	6.667	6.793	16.681	19	1.441	1.009	994	0	2.679	66.115
39999	Totale	884.746	16.061	1.820.939	145.390	703.287	1.664.816	6.586	166.985	124.218	145.174	0	285.010	5.963.212
49999	TOTALE	1.345.883	22.559	4.867.874	415.298	974.277	2.496.521	11.386	286.559	228.402	192.460	0	473.490	11.314.709

MODELLO DI RILEVAZIONE DEI COSTI DEI LIVELLI DI ASSISTENZA DELLE AZIENDE UNITA' SANITARIE LOCALI E DELLE AZIENDE OSPEDALIERE

STRUTTURA RILEVATA			
REGIONE	120	ASL /AO	999

OGGETTO DELLA RILEVAZIONE	
TENDENZIALE ANNO	2014

	Macro voci economiche	Consumi e manutenzioni di esercizio		Costi per acquisti di servizi			Personale del ruolo sanitario	Personale del ruolo professionale	Personale del ruolo tecnico	Personale del ruolo amministrativo	Ammortamenti	Sopravvenienze / insussistenze	Altri costi	Totale
		sanitari	non sanitari	prestazioni sanitarie	servizi sanitari per erogazione di prestazioni	servizi non sanitari								
Assistenza sanitaria collettiva in ambiente di vita e di lavoro														
10100	Igiene e sanità pubblica	2.147	51	10.845	18.839	6.294	20.504	141	1.346	4.200	713	0	18.826	83.905
10200	Igiene degli alimenti e della nutrizione	2.103	370	3.827	1.920	3.274	13.336	289	446	2.451	592	0	2.273	30.881
10300	Prevenzione e sicurezza degli ambienti di lavoro	586	106	10.749	3.752	4.328	19.284	805	2.816	4.109	822	0	3.039	50.396
10400	Sanità pubblica veterinaria	713	116	7.040	6.695	4.264	28.994	96	1.155	4.591	952	0	3.352	57.967
10500	Attività di prevenzione rivolte alle persone	21.257	82	6.761	17.415	4.068	27.381	563	1.474	3.324	830	0	2.388	85.544
10600	Servizio medico legale	989	144	25.255	3.960	7.021	15.636	81	983	9.468	1.142	0	3.569	68.246
19999	Totale	27.794	870	64.477	52.582	29.249	125.135	1.975	8.220	28.142	5.049	0	33.447	376.940
Assistenza distrettuale														
20100	Guardia medica	540	1	51.406	674	256	6.711	3	222	40	17	0	350	60.220
20200	Medicina generale	675	74	539.088	2.713	2.758	6.388	55	1.003	7.496	423	0	5.497	566.171
20201	- Medicina generica	426	60	434.922	2.565	1.901	5.189	44	927	5.787	318	0	4.592	456.730
20202	- Pediatria di libera scelta	250	14	104.166	149	857	1.199	10	77	1.709	105	0	905	109.441
20300	Emergenza sanitaria territoriale	2.947	1.551	58.700	18.383	12.737	110.614	176	47.981	4.925	3.445	0	2.732	264.190
20400	Assistenza farmaceutica	172.724	110	1.107.378	4.586	11.016	10.165	89	2.026	4.776	1.852	0	23.803	1.338.524
20401	- Ass. farmaceutica erogata tramite le farmacie convenzionate	2.530	12	1.087.967	15	437	2.094	9	112	1.238	851	0	16.253	1.111.519
20402	- Altre forme di erogazione dell'assistenza farmaceutica	170.193	99	19.411	4.571	10.579	8.071	80	1.914	3.538	1.000	0	7.550	227.005
20500	Assistenza Integrativa	15.849	13	105.876	7.909	257	1.967	2	222	650	433	0	1.722	134.899
20600	Assistenza specialistica	192.076	2.872	458.343	124.581	147.886	329.360	1.379	22.954	33.137	27.152	0	70.082	1.409.823

20601	- Attività clinica	93.838	1.492	113.969	71.243	87.737	203.463	946	15.544	19.937	15.400	0	51.781	675.350
20602	- Attività di laboratorio	65.567	598	167.558	11.978	17.851	61.913	230	3.231	6.536	5.550	0	10.054	351.066
20603	- Attività di diagnostica strumentale e per immagini	32.671	782	176.815	41.361	42.298	63.984	202	4.180	6.664	6.202	0	8.247	383.407
20700	Assistenza Protesica	4.987	27	120.030	960	1.381	12.191	25	874	3.813	708	0	1.934	146.929
20800	Assistenza territoriale ambulatoriale e domiciliare	30.801	761	256.367	39.354	49.409	180.231	815	27.353	17.993	5.340	0	30.225	638.650
20801	- assistenza programmata a domicilio (ADI)	10.296	109	48.417	3.857	5.228	20.110	112	2.591	3.650	976	0	4.107	99.452
20802	- assistenza alle donne, famiglia, coppie (consultori)	5.004	144	6.996	3.536	9.520	35.837	132	7.415	3.826	1.333	0	4.729	78.472
20803	- Assistenza psichiatrica	3.061	290	16.798	8.639	18.830	80.263	362	9.864	4.540	1.792	0	10.859	155.297
20804	- Assistenza riabilitativa ai disabili	595	91	126.694	7.634	6.513	14.011	92	3.468	3.696	446	0	4.711	167.952
20805	- Assistenza ai tossicodipendenti	4.389	99	6.040	10.503	5.800	23.847	103	3.403	1.662	466	0	3.451	59.762
20806	- Assistenza agli anziani	1.731	22	48.415	2.153	1.885	3.386	7	313	492	152	0	1.105	59.661
20807	- Assistenza ai malati terminali	654	2	1.578	177	725	1.196	1	196	79	75	0	571	5.254
20808	- Assistenza a persone affette da HIV	5.070	4	1.430	2.855	909	1.581	7	103	49	100	0	693	12.800
20900	Assistenza territoriale semiresidenziale	2.154	78	75.317	1.927	6.149	20.243	82	2.646	1.169	1.317	0	4.604	115.686
20901	- Assistenza psichiatrica	546	65	19.544	800	4.932	17.009	79	2.239	893	574	0	2.072	48.754
20902	- Assistenza riabilitativa ai disabili	313	9	27.978	535	285	1.571	2	243	114	328	0	683	32.060
20903	- Assistenza ai tossicodipendenti	310	1	1.163	8	197	732	1	62	81	138	0	508	3.202
20904	- Assistenza agli anziani	526	4	25.457	541	393	484	1	60	39	185	0	584	28.274
20905	- Assistenza a persone affette da HIV	233	0	559	20	183	149	0	14	15	47	0	345	1.566
20906	- Assistenza ai malati terminali	225	0	615	21	159	299	0	28	27	44	0	411	1.830
21000	Assistenza territoriale residenziale	4.286	162	195.702	15.946	6.019	22.381	155	4.838	1.177	1.551	0	8.870	261.088
21001	- Assistenza psichiatrica	1.339	116	32.251	688	4.171	14.930	135	3.017	505	460	0	4.650	62.262
21002	- Assistenza riabilitativa ai disabili	253	11	41.728	348	284	2.126	2	630	124	325	0	1.238	47.069
21003	- Assistenza ai tossicodipendenti	120	3	6.050	135	59	446	0	42	39	136	0	574	7.604
21004	- Assistenza agli anziani	1.674	18	65.147	14.038	926	3.280	15	776	388	327	0	963	87.552
21005	- Assistenza a persone affette da HIV	151	1	2.487	20	189	150	0	11	11	46	0	427	3.495
21006	- Assistenza ai malati terminali	695	9	40.012	501	359	1.450	2	362	109	180	0	543	44.222
21100	Assistenza Idrotermale	54	5	8.027	215	32	0	0	0	0	77	0	474	8.884
29999	Totale	422.334	5.667	2.964.867	216.780	233.120	695.850	2.763	109.813	74.700	42.237	0	146.593	4.914.723

Assistenza ospedaliera

30100	Attività di pronto soccorso	86.991	2.570	61.277	28.709	65.360	174.738	754	21.510	11.148	10.400	0	23.181	486.638
30200	Ass. ospedaliera per acuti	688.035	11.567	1.371.298	92.131	566.647	1.330.838	5.578	124.718	98.477	119.113	0	230.609	4.639.011
30201	- in Day Hospital e Day Surgery	107.139	1.744	273.049	16.518	78.866	182.504	688	15.874	14.161	14.392	0	18.918	723.853
30202	- in degenza ordinaria	580.896	9.823	1.098.249	75.612	487.781	1.148.334	4.891	108.844	84.316	104.722	0	211.691	3.915.157

30300	Interventi ospedalieri a domicilio	3.345	181	19.041	301	2.354	4.343	3	783	843	1.387	0	1.432	34.012
30400	Ass. ospedaliera per lungodegenti	15.247	312	104.078	3.105	12.527	35.276	12	8.222	2.290	6.808	0	5.101	192.978
30500	Ass. ospedaliera per riabilitazione	27.635	562	208.442	8.716	16.609	48.742	75	5.484	5.598	3.578	0	5.326	330.768
30600	Emocomponenti e servizi trasfusionali	29.200	507	30.499	5.479	10.844	32.955	60	2.694	3.265	2.894	0	4.039	122.436
30700	Trapianto organi e tessuti	13.172	459	15.790	6.654	6.577	16.466	19	1.422	996	994	0	2.559	65.107
39999	Totale	863.625	16.157	1.810.425	145.095	680.916	1.643.358	6.501	164.833	122.617	145.174	0	272.247	5.870.950
49999	TOTALE	1.313.753	22.694	4.839.769	414.457	943.286	2.464.344	11.239	282.865	225.458	192.460	0	452.287	11.162.612

MODELLO DI RILEVAZIONE DEI COSTI DEI LIVELLI DI ASSISTENZA DELLE AZIENDE UNITA' SANITARIE LOCALI E DELLE AZIENDE OSPEDALIERE

STRUTTURA RILEVATA			
REGIONE	120	ASL /AO	999

OGGETTO DELLA RILEVAZIONE	
TENDENZIALE ANNO	2015

	Macrovoci economiche	Consumi e manutenzioni di esercizio		Costi per acquisti di servizi			Personale del ruolo sanitario	Personale del ruolo professionale	Personale del ruolo tecnico	Personale del ruolo amministrativo	Ammortamenti	Sopravvenienze/insussistenze	Altri costi	Totale
		sanitari	non sanitari	prestazioni sanitarie	servizi sanitari per erogazione di prestazioni	servizi non sanitari								
	Assistenza sanitaria collettiva in ambiente di vita e di lavoro													
10100	Igiene e sanità pubblica	2.158	51	10.722	17.837	6.011	20.313	140	1.334	4.161	713	0	18.717	82.157
10200	Igiene degli alimenti e della nutrizione	2.114	370	3.783	1.818	3.127	13.212	287	442	2.428	592	0	2.260	30.433
10300	Prevenzione e sicurezza degli ambienti di lavoro	590	106	10.627	3.552	4.134	19.105	798	2.790	4.071	822	0	3.022	49.614
10400	Sanità pubblica veterinaria	717	116	6.960	6.339	4.073	28.724	95	1.144	4.548	952	0	3.332	57.000
10500	Attività di prevenzione rivolte alle persone	21.372	82	6.685	16.489	3.885	27.127	557	1.460	3.293	830	0	2.374	84.155
10600	Servizio medico legale	994	144	24.968	3.749	6.706	15.491	80	974	9.379	1.142	0	3.548	67.175
19999	Totale	27.945	870	63.745	49.784	27.936	123.971	1.956	8.143	27.880	5.049	0	33.254	370.535

Assistenza distrettuale

20100	Guardia medica	543	1	50.822	638	244	6.649	3	220	40	17	0	348	59.525
20200	Medicina generale	679	74	532.965	2.569	2.635	6.328	54	994	7.426	423	0	5.465	559.613
20201	- Medicina generica	428	60	429.982	2.428	1.816	5.140	44	918	5.733	318	0	4.565	451.433
20202	- Pediatria di libera scelta	251	14	102.983	141	819	1.188	10	76	1.693	105	0	900	108.180
20300	Emergenza sanitaria territoriale	2.963	1.551	58.033	17.405	12.165	109.585	174	47.534	4.879	3.445	0	2.716	260.451
20400	Assistenza farmaceutica	173.661	110	1.094.800	4.342	10.522	10.070	88	2.007	4.732	1.852	0	23.666	1.325.849
20401	- Ass. farmaceutica erogata tramite le farmacie convenzionate	2.544	12	1.075.610	14	418	2.075	9	111	1.226	851	0	16.160	1.099.029
20402	- Altre forme di erogazione dell'assistenza farmaceutica	171.117	99	19.190	4.328	10.104	7.996	79	1.896	3.505	1.000	0	7.506	226.820
20500	Assistenza Integrativa	15.935	13	104.674	7.488	245	1.949	2	220	644	433	0	1.712	133.314
20600	Assistenza specialistica	188.508	2.889	450.521	117.714	136.756	322.091	1.349	22.447	32.406	27.152	0	66.559	1.368.391

20601	- Attività clinica	92.095	1.501	112.024	67.315	81.133	198.973	926	15.201	19.497	15.400	0	49.177	653.243
20602	- Attività di laboratorio	64.349	602	164.699	11.317	16.508	60.547	225	3.159	6.391	5.550	0	9.548	342.896
20603	- Attività di diagnostica strumentale e per immagini	32.064	786	173.798	39.081	39.115	62.572	198	4.087	6.517	6.202	0	7.833	372.253
20700	Assistenza Protesica	4.895	27	117.981	907	1.277	11.922	24	855	3.729	708	0	1.837	144.161
20800	Assistenza territoriale ambulatoriale e domiciliare	30.968	761	253.456	37.260	47.192	178.555	808	27.099	17.826	5.340	0	30.051	629.314
20801	- assistenza programmata a domicilio (ADI)	10.352	109	47.867	3.651	4.993	19.923	111	2.567	3.616	976	0	4.083	98.248
20802	- assistenza alle donne, famiglia, coppie (consultori)	5.031	144	6.916	3.348	9.093	35.503	130	7.347	3.790	1.333	0	4.702	77.338
20803	- Assistenza psichiatrica	3.078	290	16.608	8.179	17.985	79.516	359	9.772	4.498	1.792	0	10.796	152.872
20804	- Assistenza riabilitativa ai disabili	598	91	125.255	7.228	6.220	13.881	91	3.436	3.661	446	0	4.684	165.593
20805	- Assistenza ai tossicodipendenti	4.413	99	5.971	9.944	5.540	23.625	102	3.371	1.646	466	0	3.431	58.608
20806	- Assistenza agli anziani	1.740	22	47.865	2.039	1.801	3.355	7	310	487	152	0	1.098	58.876
20807	- Assistenza ai malati terminali	657	2	1.561	168	692	1.185	1	194	78	75	0	567	5.181
20808	- Assistenza a persone affette da HIV	5.097	4	1.413	2.703	868	1.567	7	102	48	100	0	689	12.598
20900	Assistenza territoriale semiresidenziale	2.165	78	74.461	1.824	5.873	20.055	82	2.621	1.158	1.317	0	4.577	114.212
20901	- Assistenza psichiatrica	549	65	19.322	758	4.711	16.851	79	2.218	885	574	0	2.060	48.071
20902	- Assistenza riabilitativa ai disabili	315	9	27.660	506	272	1.556	2	241	113	328	0	679	31.681
20903	- Assistenza ai tossicodipendenti	312	1	1.150	8	188	725	1	62	80	138	0	505	3.170
20904	- Assistenza agli anziani	529	4	25.168	513	375	480	1	59	39	185	0	581	27.933
20905	- Assistenza a persone affette da HIV	234	0	553	19	175	147	0	13	15	47	0	343	1.548
20906	- Assistenza ai malati terminali	226	0	608	20	152	296	0	28	26	44	0	409	1.810
21000	Assistenza territoriale residenziale	4.309	162	193.479	15.098	5.749	22.173	154	4.793	1.166	1.551	0	8.819	257.453
21001	- Assistenza psichiatrica	1.346	116	31.884	651	3.984	14.791	134	2.989	500	460	0	4.623	61.480
21002	- Assistenza riabilitativa ai disabili	254	11	41.254	330	271	2.107	2	624	123	325	0	1.231	46.531
21003	- Assistenza ai tossicodipendenti	121	3	5.981	127	56	441	0	41	39	136	0	571	7.517
21004	- Assistenza agli anziani	1.683	18	64.407	13.291	884	3.250	15	769	385	327	0	957	85.986
21005	- Assistenza a persone affette da HIV	152	1	2.459	19	181	148	0	11	11	46	0	425	3.454
21006	- Assistenza ai malati terminali	699	9	39.558	475	342	1.436	2	359	108	180	0	539	43.707
21100	Assistenza Idrotermale	54	5	7.936	204	30	0	0	0	0	77	0	472	8.778
29999	Totale	424.625	5.667	2.931.191	205.246	222.657	689.378	2.737	108.791	74.005	42.237	0	145.750	4.852.285

Assistenza ospedaliera

30100	Attività di pronto soccorso	87.463	2.570	60.581	27.182	62.426	173.112	747	21.310	11.045	10.400	0	23.048	479.884
30200	Ass. ospedaliera per acuti	691.768	11.567	1.355.722	87.229	541.215	1.318.460	5.526	123.558	97.561	119.113	0	229.283	4.581.002
30201	- in Day Hospital e Day Surgery	107.721	1.744	269.948	15.639	75.326	180.806	681	15.726	14.029	14.392	0	18.810	714.823
30202	- in degenza ordinaria	584.047	9.823	1.085.774	71.589	465.888	1.137.653	4.845	107.832	83.532	104.722	0	210.474	3.866.179

30300	Interventi ospedalieri a domicilio	3.363	181	18.824	285	2.249	4.303	3	776	835	1.387	0	1.424	33.629
30400	Ass. ospedaliera per lungodegenti	15.329	312	102.896	2.940	11.964	34.948	12	8.146	2.269	6.808	0	5.071	190.695
30500	Ass. ospedaliera per riabilitazione	27.785	562	206.075	8.252	15.863	48.289	75	5.433	5.546	3.578	0	5.296	326.753
30600	Emocomponenti e servizi trasfusionali	29.359	507	30.153	5.187	10.357	32.648	60	2.669	3.235	2.894	0	4.016	121.084
30700	Trapianto organi e tessuti	13.244	459	15.611	6.300	6.281	16.313	19	1.409	986	994	0	2.544	64.160
39999	Totale	868.311	16.157	1.789.862	137.375	650.355	1.628.074	6.441	163.300	121.476	145.174	0	270.682	5.797.207
49999	TOTALE	1.320.881	22.694	4.784.798	392.405	900.949	2.441.423	11.134	280.234	223.361	192.460	0	449.687	11.020.026

MODELLO DI RILEVAZIONE DEI COSTI DEI LIVELLI DI ASSISTENZA DELLE AZIENDE UNITA' SANITARIE LOCALI E DELLE AZIENDE OSPEDALIERE

STRUTTURA RILEVATA			
REGIONE	120	ASL /AO	999

OGGETTO DELLA RILEVAZIONE	
PROGRAMMATICO ANNO	2013

	Macro voci economiche	Consumi e manutenzioni di esercizio		Costi per acquisti di servizi			Personale del ruolo sanitario	Personale del ruolo professionale	Personale del ruolo tecnico	Personale del ruolo amministrativo	Ammortamenti	Sopravvenienze / insussistenze	Altri costi	Totale
		sanitari	non sanitari	prestazioni sanitarie	servizi sanitari per erogazione di prestazioni	servizi non sanitari								
Assistenza sanitaria collettiva in ambiente di vita e di lavoro														
10100	Igiene e sanità pubblica	2.199	51	10.908	18.877	6.500	20.772	143	1.364	4.255	713	0	19.708	85.490
10200	Igiene degli alimenti e della nutrizione	2.154	368	3.849	1.924	3.381	13.510	293	452	2.483	592	0	2.380	31.387
10300	Prevenzione e sicurezza degli ambienti di lavoro	601	105	10.811	3.759	4.471	19.536	816	2.852	4.163	822	0	3.182	51.117
10400	Sanità pubblica veterinaria	730	115	7.081	6.709	4.404	29.372	97	1.170	4.651	952	0	3.509	58.790
10500	Attività di prevenzione rivolte alle persone	21.777	82	6.801	17.451	4.202	27.739	570	1.493	3.367	830	0	2.500	86.811
10600	Servizio medico legale	1.013	143	25.402	3.968	7.252	15.840	82	996	9.591	1.142	0	3.736	69.164
19999	Totale	28.474	865	64.852	52.688	30.210	126.769	2.000	8.327	28.509	5.049	0	35.015	382.759
Assistenza distrettuale														
20100	Guardia medica	554	1	51.704	676	264	6.799	3	225	41	17	0	366	60.649
20200	Medicina generale	692	74	542.218	2.719	2.849	6.471	55	1.017	7.593	423	0	5.755	569.867
20201	- Medicina generica	436	60	437.448	2.570	1.964	5.256	45	939	5.863	318	0	4.807	459.705
20202	- Pediatria di libera scelta	256	14	104.771	149	885	1.215	10	78	1.731	105	0	948	110.162
20300	Emergenza sanitaria territoriale	3.019	1.542	59.041	18.420	13.155	112.058	178	48.607	4.989	3.445	0	2.860	267.315
20400	Assistenza farmaceutica	176.948	110	1.113.808	4.595	11.378	10.298	90	2.053	4.839	1.852	0	24.919	1.350.888
20401	- Ass. farmaceutica erogata tramite le farmacie convenzionate	2.592	12	1.094.285	15	452	2.122	9	113	1.254	851	0	17.015	1.118.720
20402	- Altre forme di erogazione dell'assistenza farmaceutica	174.356	98	19.523	4.580	10.926	8.176	81	1.939	3.584	1.000	0	7.903	232.168
20500	Assistenza Integrativa	16.236	12	106.491	7.925	265	1.993	2	225	658	433	0	1.802	136.044

20600	Assistenza specialistica	192.076	2.872	458.343	124.581	147.886	329.360	1.379	22.954	33.137	27.152	0	70.082	1.409.823
20601	- Attività clinica	93.838	1.492	113.969	71.243	87.737	203.463	946	15.544	19.937	15.400	0	51.781	675.350
20602	- Attività di laboratorio	65.567	598	167.558	11.978	17.851	61.913	230	3.231	6.536	5.550	0	10.054	351.066
20603	- Attività di diagnostica strumentale e per immagini	32.671	782	176.815	41.361	42.298	63.984	202	4.180	6.664	6.202	0	8.247	383.407
20700	Assistenza Protesica	4.987	27	120.030	960	1.381	12.191	25	874	3.813	708	0	1.934	146.929
20800	Assistenza territoriale ambulatoriale e domiciliare	31.554	757	257.856	39.434	51.033	182.585	826	27.710	18.228	5.340	0	31.642	646.964
20801	- assistenza programmata a domicilio (ADI)	10.548	109	48.698	3.864	5.399	20.372	113	2.624	3.698	976	0	4.299	100.702
20802	- assistenza alle donne, famiglia, coppie (consultori)	5.127	143	7.036	3.543	9.833	36.305	133	7.512	3.876	1.333	0	4.951	79.792
20803	- Assistenza psichiatrica	3.136	288	16.896	8.657	19.448	81.311	367	9.992	4.600	1.792	0	11.368	157.854
20804	- Assistenza riabilitativa ai disabili	610	91	127.430	7.650	6.727	14.194	93	3.514	3.744	446	0	4.932	169.430
20805	- Assistenza ai tossicodipendenti	4.497	98	6.075	10.524	5.991	24.158	104	3.447	1.683	466	0	3.613	60.656
20806	- Assistenza agli anziani	1.773	21	48.696	2.158	1.947	3.431	7	317	498	152	0	1.157	60.158
20807	- Assistenza ai malati terminali	670	2	1.588	178	749	1.212	1	198	80	75	0	597	5.349
20808	- Assistenza a persone affette da HIV	5.194	4	1.438	2.860	939	1.602	7	104	49	100	0	725	13.023
20900	Assistenza territoriale semiresidenziale	2.206	78	75.754	1.931	6.351	20.508	83	2.681	1.185	1.317	0	4.820	116.912
20901	- Assistenza psichiatrica	560	64	19.658	802	5.094	17.231	80	2.268	905	574	0	2.170	49.405
20902	- Assistenza riabilitativa ai disabili	321	9	28.140	536	294	1.591	2	246	115	328	0	715	32.298
20903	- Assistenza ai tossicodipendenti	318	1	1.170	8	204	741	1	63	82	138	0	531	3.258
20904	- Assistenza agli anziani	539	4	25.605	542	406	491	1	61	40	185	0	612	28.484
20905	- Assistenza a persone affette da HIV	239	0	562	20	189	151	0	14	15	47	0	361	1.599
20906	- Assistenza ai malati terminali	231	0	619	21	164	303	0	29	27	44	0	431	1.868
21000	Assistenza territoriale residenziale	4.391	161	196.838	15.979	6.217	22.673	157	4.902	1.192	1.551	0	9.286	263.347
21001	- Assistenza psichiatrica	1.372	115	32.438	690	4.308	15.125	137	3.056	512	460	0	4.868	63.081
21002	- Assistenza riabilitativa ai disabili	259	11	41.970	349	293	2.154	2	638	126	325	0	1.296	47.423
21003	- Assistenza ai tossicodipendenti	123	3	6.085	135	61	451	0	42	40	136	0	601	7.678
21004	- Assistenza agli anziani	1.715	18	65.525	14.067	956	3.323	15	786	394	327	0	1.008	88.134
21005	- Assistenza a persone affette da HIV	154	1	2.502	20	196	152	0	11	12	46	0	447	3.541
21006	- Assistenza ai malati terminali	712	9	40.245	502	370	1.468	2	367	110	180	0	568	44.534
21100	Assistenza Idrotermale	55	5	8.074	216	33	0	0	0	0	77	0	496	8.956
29999	Totale	432.663	5.633	2.982.084	217.220	240.779	704.936	2.799	111.246	75.675	42.237	0	153.465	4.968.738

Assistenza ospedaliera

30100	Attività di pronto soccorso	89.119	2.554	61.633	28.768	67.507	177.019	763	21.791	11.294	10.400	0	24.268	495.116
30200	Ass. ospedaliera per acuti	704.862	11.498	1.379.261	92.318	585.264	1.348.215	5.651	126.347	99.763	119.113	0	241.420	4.713.711
30201	- in Day Hospital e Day Surgery	109.760	1.734	274.635	16.552	81.457	184.887	697	16.081	14.346	14.392	0	19.805	734.345

30202	- in degenza ordinaria	595.102	9.764	1.104.626	75.766	503.807	1.163.328	4.954	110.265	85.417	104.722	0	221.615	3.979.367
30300	Interventi ospedalieri a domicilio	3.427	180	19.151	301	2.432	4.400	3	793	854	1.387	0	1.499	34.427
30400	Ass. ospedaliera per lungodegenti	15.619	310	104.683	3.112	12.938	35.737	12	8.329	2.320	6.808	0	5.340	195.208
30500	Ass. ospedaliera per riabilitazione	28.311	559	209.653	8.734	17.154	49.379	76	5.556	5.671	3.578	0	5.576	334.246
30600	Emocomponenti e servizi trasfusionali	29.914	504	30.676	5.490	11.200	33.385	61	2.729	3.308	2.894	0	4.229	124.390
30700	Trapianto organi e tessuti	13.494	456	15.882	6.667	6.793	16.681	19	1.441	1.009	994	0	2.679	66.115
39999	Totale	884.746	16.061	1.820.939	145.390	703.287	1.664.816	6.586	166.985	124.218	145.174	0	285.010	5.963.212
49999	TOTALE	1.345.883	22.559	4.867.874	415.298	974.277	2.496.521	11.386	286.559	228.402	192.460	0	473.490	11.314.709

MODELLO DI RILEVAZIONE DEI COSTI DEI LIVELLI DI ASSISTENZA DELLE AZIENDE UNITA' SANITARIE LOCALI E DELLE AZIENDE OSPEDALIERE

STRUTTURA RILEVATA			
REGIONE	120	ASL /AO	999

OGGETTO DELLA RILEVAZIONE	
PROGRAMMATICO ANNO	2014

	Macro voci economiche	Consumi e manutenzioni di esercizio		Costi per acquisti di servizi			Personale del ruolo sanitario	Personale del ruolo professionale	Personale del ruolo tecnico	Personale del ruolo amministrativo	Ammortamenti	Sopravvenienze / insussistenze	Altri costi	Totale
		sanitari	non sanitari	prestazioni sanitarie	servizi sanitari per erogazione di prestazioni	servizi non sanitari								
Assistenza sanitaria collettiva in ambiente di vita e di lavoro														
10100	Igiene e sanità pubblica	2.147	51	10.845	18.839	6.294	20.504	141	1.346	4.200	713	0	18.826	83.905
10200	Igiene degli alimenti e della nutrizione	2.103	370	3.827	1.920	3.274	13.336	289	446	2.451	592	0	2.273	30.881
10300	Prevenzione e sicurezza degli ambienti di lavoro	586	106	10.749	3.752	4.328	19.284	805	2.816	4.109	822	0	3.039	50.396
10400	Sanità pubblica veterinaria	713	116	7.040	6.695	4.264	28.994	96	1.155	4.591	952	0	3.352	57.967
10500	Attività di prevenzione rivolte alle persone	21.257	82	6.761	17.415	4.068	27.381	563	1.474	3.324	830	0	2.388	85.544
10600	Servizio medico legale	989	144	25.255	3.960	7.021	15.636	81	983	9.468	1.142	0	3.569	68.246
19999	Totale	27.794	870	64.477	52.582	29.249	125.135	1.975	8.220	28.142	5.049	0	33.447	376.940
Assistenza distrettuale														
20100	Guardia medica	540	1	51.406	674	256	6.711	3	222	40	17	0	350	60.220
20200	Medicina generale	675	74	539.088	2.713	2.758	6.388	55	1.003	7.496	423	0	5.497	566.171
20201	- Medicina generica	426	60	434.922	2.565	1.901	5.189	44	927	5.787	318	0	4.592	456.730
20202	- Pediatria di libera scelta	250	14	104.166	149	857	1.199	10	77	1.709	105	0	905	109.441
20300	Emergenza sanitaria territoriale	2.947	1.551	58.700	18.383	12.737	110.614	176	47.981	4.925	3.445	0	2.732	264.190
20400	Assistenza farmaceutica	172.724	110	1.107.378	4.586	11.016	10.165	89	2.026	4.776	1.852	0	23.803	1.338.524
20401	- Ass. farmaceutica erogata tramite le farmacie convenzionate	2.530	12	1.087.967	15	437	2.094	9	112	1.238	851	0	16.253	1.111.519
20402	- Altre forme di erogazione dell'assistenza farmaceutica	170.193	99	19.411	4.571	10.579	8.071	80	1.914	3.538	1.000	0	7.550	227.005
20500	Assistenza Integrativa	15.849	13	105.876	7.909	257	1.967	2	222	650	433	0	1.722	134.899
20600	Assistenza specialistica	192.076	2.872	458.343	124.581	147.886	329.360	1.379	22.954	33.137	27.152	0	70.082	1.409.823

20601	- Attività clinica	93.838	1.492	113.969	71.243	87.737	203.463	946	15.544	19.937	15.400	0	51.781	675.350
20602	- Attività di laboratorio	65.567	598	167.558	11.978	17.851	61.913	230	3.231	6.536	5.550	0	10.054	351.066
20603	- Attività di diagnostica strumentale e per immagini	32.671	782	176.815	41.361	42.298	63.984	202	4.180	6.664	6.202	0	8.247	383.407
20700	Assistenza protesica	4.987	27	120.030	960	1.381	12.191	25	874	3.813	708	0	1.934	146.929
20800	Assistenza territoriale ambulatoriale e domiciliare	30.801	761	256.367	39.354	49.409	180.231	815	27.353	17.993	5.340	0	30.225	638.650
20801	- assistenza programmata a domicilio (ADI)	10.296	109	48.417	3.857	5.228	20.110	112	2.591	3.650	976	0	4.107	99.452
20802	- assistenza alle donne, famiglia, coppie (consultori)	5.004	144	6.996	3.536	9.520	35.837	132	7.415	3.826	1.333	0	4.729	78.472
20803	- Assistenza psichiatrica	3.061	290	16.798	8.639	18.830	80.263	362	9.864	4.540	1.792	0	10.859	155.297
20804	- Assistenza riabilitativa ai disabili	595	91	126.694	7.634	6.513	14.011	92	3.468	3.696	446	0	4.711	167.952
20805	- Assistenza ai tossicodipendenti	4.389	99	6.040	10.503	5.800	23.847	103	3.403	1.662	466	0	3.451	59.762
20806	- Assistenza agli anziani	1.731	22	48.415	2.153	1.885	3.386	7	313	492	152	0	1.105	59.661
20807	- Assistenza ai malati terminali	654	2	1.578	177	725	1.196	1	196	79	75	0	571	5.254
20808	- Assistenza a persone affette da HIV	5.070	4	1.430	2.855	909	1.581	7	103	49	100	0	693	12.800
20900	Assistenza territoriale semiresidenziale	2.154	78	75.317	1.927	6.149	20.243	82	2.646	1.169	1.317	0	4.604	115.686
20901	- Assistenza psichiatrica	546	65	19.544	800	4.932	17.009	79	2.239	893	574	0	2.072	48.754
20902	- Assistenza riabilitativa ai disabili	313	9	27.978	535	285	1.571	2	243	114	328	0	683	32.060
20903	- Assistenza ai tossicodipendenti	310	1	1.163	8	197	732	1	62	81	138	0	508	3.202
20904	- Assistenza agli anziani	526	4	25.457	541	393	484	1	60	39	185	0	584	28.274
20905	- Assistenza a persone affette da HIV	233	0	559	20	183	149	0	14	15	47	0	345	1.566
20906	- Assistenza ai malati terminali	225	0	615	21	159	299	0	28	27	44	0	411	1.830
21000	Assistenza territoriale residenziale	4.286	162	195.702	15.946	6.019	22.381	155	4.838	1.177	1.551	0	8.870	261.088
21001	- Assistenza psichiatrica	1.339	116	32.251	688	4.171	14.930	135	3.017	505	460	0	4.650	62.262
21002	- Assistenza riabilitativa ai disabili	253	11	41.728	348	284	2.126	2	630	124	325	0	1.238	47.069
21003	- Assistenza ai tossicodipendenti	120	3	6.050	135	59	446	0	42	39	136	0	574	7.604
21004	- Assistenza agli anziani	1.674	18	65.147	14.038	926	3.280	15	776	388	327	0	963	87.552
21005	- Assistenza a persone affette da HIV	151	1	2.487	20	189	150	0	11	11	46	0	427	3.495
21006	- Assistenza ai malati terminali	695	9	40.012	501	359	1.450	2	362	109	180	0	543	44.222
21100	Assistenza Idrotermale	54	5	8.027	215	32	0	0	0	0	77	0	474	8.884
29999	Totale	422.334	5.667	2.964.867	216.780	233.120	695.850	2.763	109.813	74.700	42.237	0	146.593	4.914.723
Assistenza ospedaliera														
30100	Attività di pronto soccorso	86.991	2.570	61.277	28.709	65.360	174.738	754	21.510	11.148	10.400	0	23.181	486.638
30200	Ass. ospedaliera per acuti	688.035	11.567	1.371.298	92.131	566.647	1.330.838	5.578	124.718	98.477	119.113	0	230.609	4.639.011
30201	- in Day Hospital e Day Surgery	107.139	1.744	273.049	16.518	78.866	182.504	688	15.874	14.161	14.392	0	18.918	723.853
30202	- in degenza ordinaria	580.896	9.823	1.098.249	75.612	487.781	1.148.334	4.891	108.844	84.316	104.722	0	211.691	3.915.157

30300	Interventi ospedalieri a domicilio	3.345	181	19.041	301	2.354	4.343	3	783	843	1.387	0	1.432	34.012
30400	Ass. ospedaliera per lungodegenti	15.247	312	104.078	3.105	12.527	35.276	12	8.222	2.290	6.808	0	5.101	192.978
30500	Ass. ospedaliera per riabilitazione	27.635	562	208.442	8.716	16.609	48.742	75	5.484	5.598	3.578	0	5.326	330.768
30600	Emocomponenti e servizi trasfusionali	29.200	507	30.499	5.479	10.844	32.955	60	2.694	3.265	2.894	0	4.039	122.436
30700	Trapianto organi e tessuti	13.172	459	15.790	6.654	6.577	16.466	19	1.422	996	994	0	2.559	65.107
39999	Totale	863.625	16.157	1.810.425	145.095	680.916	1.643.358	6.501	164.833	122.617	145.174	0	272.247	5.870.950
49999	TOTALE	1.313.753	22.694	4.839.769	414.457	943.286	2.464.344	11.239	282.865	225.458	192.460	0	452.287	11.162.612

MODELLO DI RILEVAZIONE DEI COSTI DEI LIVELLI DI ASSISTENZA DELLE AZIENDE UNITA' SANITARIE LOCALI E DELLE AZIENDE OSPEDALIERE

STRUTTURA RILEVATA			
REGIONE	120	ASL /AO	999

OGGETTO DELLA RILEVAZIONE	
PROGRAMMATICO ANNO	2015

	Macrovoci economiche	Consumi e manutenzioni di esercizio		Costi per acquisti di servizi			Personale del ruolo sanitario	Personale del ruolo professionale	Personale del ruolo tecnico	Personale del ruolo amministrativo	Ammortamenti	Sopravvenienze/insussistenze	Altri costi	Totale
		sanitari	non sanitari	prestazioni sanitarie	servizi sanitari per erogazione di prestazioni	servizi non sanitari								
	Assistenza sanitaria collettiva in ambiente di vita e di lavoro													
10100	Igiene e sanità pubblica	2.158	51	10.722	17.837	6.011	20.313	140	1.334	4.161	713	0	18.717	82.157
10200	Igiene degli alimenti e della nutrizione	2.114	370	3.783	1.818	3.127	13.212	287	442	2.428	592	0	2.260	30.433
10300	Prevenzione e sicurezza degli ambienti di lavoro	590	106	10.627	3.552	4.134	19.105	798	2.790	4.071	822	0	3.022	49.614
10400	Sanità pubblica veterinaria	717	116	6.960	6.339	4.073	28.724	95	1.144	4.548	952	0	3.332	57.000
10500	Attività di prevenzione rivolte alle persone	21.372	82	6.685	16.489	3.885	27.127	557	1.460	3.293	830	0	2.374	84.155
10600	Servizio medico legale	994	144	24.968	3.749	6.706	15.491	80	974	9.379	1.142	0	3.548	67.175
19999	Totale	27.945	870	63.745	49.784	27.936	123.971	1.956	8.143	27.880	5.049	0	33.254	370.535
	Assistenza distrettuale													
20100	Guardia medica	543	1	50.822	638	244	6.649	3	220	40	17	0	348	59.525
20200	Medicina generale	679	74	532.965	2.569	2.635	6.328	54	994	7.426	423	0	5.465	559.613
20201	- Medicina generica	428	60	429.982	2.428	1.816	5.140	44	918	5.733	318	0	4.565	451.433
20202	- Pediatria di libera scelta	251	14	102.983	141	819	1.188	10	76	1.693	105	0	900	108.180
20300	Emergenza sanitaria territoriale	2.963	1.551	58.033	17.405	12.165	109.585	174	47.534	4.879	3.445	0	2.716	260.451
20400	Assistenza farmaceutica	173.661	110	1.094.800	4.342	10.522	10.070	88	2.007	4.732	1.852	0	23.666	1.325.849
20401	- Ass. farmaceutica erogata tramite le farmacie convenzionate	2.544	12	1.075.610	14	418	2.075	9	111	1.226	851	0	16.160	1.099.029
20402	- Altre forme di erogazione dell'assistenza farmaceutica	171.117	99	19.190	4.328	10.104	7.996	79	1.896	3.505	1.000	0	7.506	226.820
20500	Assistenza Integrativa	15.935	13	104.674	7.488	245	1.949	2	220	644	433	0	1.712	133.314
20600	Assistenza specialistica	188.508	2.889	450.521	117.714	136.756	322.091	1.349	22.447	32.406	27.152	0	66.559	1.368.391

20601	- Attività clinica	92.095	1.501	112.024	67.315	81.133	198.973	926	15.201	19.497	15.400	0	49.177	653.243
20602	- Attività di laboratorio	64.349	602	164.699	11.317	16.508	60.547	225	3.159	6.391	5.550	0	9.548	342.896
20603	- Attività di diagnostica strumentale e per immagini	32.064	786	173.798	39.081	39.115	62.572	198	4.087	6.517	6.202	0	7.833	372.253
20700	Assistenza Protesica	4.895	27	117.981	907	1.277	11.922	24	855	3.729	708	0	1.837	144.161
20800	Assistenza territoriale ambulatoriale e domiciliare	30.968	761	253.456	37.260	47.192	178.555	808	27.099	17.826	5.340	0	30.051	629.314
20801	- assistenza programmata a domicilio (ADI)	10.352	109	47.867	3.651	4.993	19.923	111	2.567	3.616	976	0	4.083	98.248
20802	- assistenza alle donne, famiglia, coppie (consultori)	5.031	144	6.916	3.348	9.093	35.503	130	7.347	3.790	1.333	0	4.702	77.338
20803	- Assistenza psichiatrica	3.078	290	16.608	8.179	17.985	79.516	359	9.772	4.498	1.792	0	10.796	152.872
20804	- Assistenza riabilitativa ai disabili	598	91	125.255	7.228	6.220	13.881	91	3.436	3.661	446	0	4.684	165.593
20805	- Assistenza ai tossicodipendenti	4.413	99	5.971	9.944	5.540	23.625	102	3.371	1.646	466	0	3.431	58.608
20806	- Assistenza agli anziani	1.740	22	47.865	2.039	1.801	3.355	7	310	487	152	0	1.098	58.876
20807	- Assistenza ai malati terminali	657	2	1.561	168	692	1.185	1	194	78	75	0	567	5.181
20808	- Assistenza a persone affette da HIV	5.097	4	1.413	2.703	868	1.567	7	102	48	100	0	689	12.598
20900	Assistenza territoriale semiresidenziale	2.165	78	74.461	1.824	5.873	20.055	82	2.621	1.158	1.317	0	4.577	114.212
20901	- Assistenza psichiatrica	549	65	19.322	758	4.711	16.851	79	2.218	885	574	0	2.060	48.071
20902	- Assistenza riabilitativa ai disabili	315	9	27.660	506	272	1.556	2	241	113	328	0	679	31.681
20903	- Assistenza ai tossicodipendenti	312	1	1.150	8	188	725	1	62	80	138	0	505	3.170
20904	- Assistenza agli anziani	529	4	25.168	513	375	480	1	59	39	185	0	581	27.933
20905	- Assistenza a persone affette da HIV	234	0	553	19	175	147	0	13	15	47	0	343	1.548
20906	- Assistenza ai malati terminali	226	0	608	20	152	296	0	28	26	44	0	409	1.810
21000	Assistenza territoriale residenziale	4.309	162	193.479	15.098	5.749	22.173	154	4.793	1.166	1.551	0	8.819	257.453
21001	- Assistenza psichiatrica	1.346	116	31.884	651	3.984	14.791	134	2.989	500	460	0	4.623	61.480
21002	- Assistenza riabilitativa ai disabili	254	11	41.254	330	271	2.107	2	624	123	325	0	1.231	46.531
21003	- Assistenza ai tossicodipendenti	121	3	5.981	127	56	441	0	41	39	136	0	571	7.517
21004	- Assistenza agli anziani	1.683	18	64.407	13.291	884	3.250	15	769	385	327	0	957	85.986
21005	- Assistenza a persone affette da HIV	152	1	2.459	19	181	148	0	11	11	46	0	425	3.454
21006	- Assistenza ai malati terminali	699	9	39.558	475	342	1.436	2	359	108	180	0	539	43.707
21100	Assistenza Idrotermale	54	5	7.936	204	30	0	0	0	0	77	0	472	8.778
29999	Totale	424.625	5.667	2.931.191	205.246	222.657	689.378	2.737	108.791	74.005	42.237	0	145.750	4.852.285

Assistenza ospedaliera

30100	Attività di pronto soccorso	87.463	2.570	60.581	27.182	62.426	173.112	747	21.310	11.045	10.400	0	23.048	479.884
30200	Ass. ospedaliera per acuti	691.768	11.567	1.355.722	87.229	541.215	1.318.460	5.526	123.558	97.561	119.113	0	229.283	4.581.002
30201	- in Day Hospital e Day Surgery	107.721	1.744	269.948	15.639	75.326	180.806	681	15.726	14.029	14.392	0	18.810	714.823
30202	- in degenza ordinaria	584.047	9.823	1.085.774	71.589	465.888	1.137.653	4.845	107.832	83.532	104.722	0	210.474	3.866.179

30300	Interventi ospedalieri a domicilio	3.363	181	18.824	285	2.249	4.303	3	776	835	1.387	0	1.424	33.629
30400	Ass. ospedaliera per lungodegenti	15.329	312	102.896	2.940	11.964	34.948	12	8.146	2.269	6.808	0	5.071	190.695
30500	Ass. ospedaliera per riabilitazione	27.785	562	206.075	8.252	15.863	48.289	75	5.433	5.546	3.578	0	5.296	326.753
30600	Emocomponenti e servizi trasfusionali	29.359	507	30.153	5.187	10.357	32.648	60	2.669	3.235	2.894	0	4.016	121.084
30700	Trapianto organi e tessuti	13.244	459	15.611	6.300	6.281	16.313	19	1.409	986	994	0	2.544	64.160
39999	Totale	868.311	16.157	1.789.862	137.375	650.355	1.628.074	6.441	163.300	121.476	145.174	0	270.682	5.797.207
49999	TOTALE	1.320.881	22.694	4.784.798	392.405	900.949	2.441.423	11.134	280.234	223.361	192.460	0	449.687	11.020.026

Modello di Conto Economico NSIS

Consuntivo

COD AZIENDA	Cons	Codice New	Voce	Descrizione Voce	2012
999			A)	Valore della produzione	
999		AA0010	A.1)	Contributi in c/esercizio	10.927.949
999		AA0020	A.1.A)	Contributi da Regione o Prov. Aut. per quota F.S. regionale	9.926.568
999		AA0030	A.1.A.1)	da Regione o Prov. Aut. per quota F.S. regionale indistinto	9.737.843
999		AA0040	A.1.A.2)	da Regione o Prov. Aut. per quota F.S. regionale vincolato	188.725
999		AA0050	A.1.B)	Contributi c/esercizio (extra fondo)	968.905
999		AA0060	A.1.B.1)	da Regione o Prov. Aut. (extra fondo)	931.654
999		AA0070	A.1.B.1.1)	Contributi da Regione o Prov. Aut. (extra fondo) vincolati	60.661
999		AA0080	A.1.B.1.2)	Contributi da Regione o Prov. Aut. (extra fondo) - Risorse aggiuntive da bilancio regionale a titolo di copertura LEA	808.682
999		AA0090	A.1.B.1.3)	Contributi da Regione o Prov. Aut. (extra fondo) - Risorse aggiuntive da bilancio regionale a titolo di copertura extra LEA	-
999		AA0100	A.1.B.1.4)	Contributi da Regione o Prov. Aut. (extra fondo) - Altro	62.311
999		AA0110	A.1.B.2)	Contributi da Aziende sanitarie pubbliche della Regione o Prov. Aut. (extra fondo)	-
999	R	AA0120	A.1.B.2.1)	Contributi da Aziende sanitarie pubbliche della Regione o Prov. Aut. (extra fondo) vincolati	-
999	R	AA0130	A.1.B.2.2)	Contributi da Aziende sanitarie pubbliche della Regione o Prov. Aut. (extra fondo) altro	-
999		AA0140	A.1.B.3)	Contributi da altri soggetti pubblici (extra fondo)	37.251
999		AA0150	A.1.B.3.1)	Contributi da altri soggetti pubblici (extra fondo) vincolati	15.076
999		AA0160	A.1.B.3.2)	Contributi da altri soggetti pubblici (extra fondo) L. 210/92	22.027
999		AA0170	A.1.B.3.3)	Contributi da altri soggetti pubblici (extra fondo) altro	148
999		AA0180	A.1.C)	Contributi c/esercizio per ricerca	29.615
999		AA0190	A.1.C.1)	Contributi da Ministero della Salute per ricerca corrente	9.672
999		AA0200	A.1.C.2)	Contributi da Ministero della Salute per ricerca finalizzata	12.645
999		AA0210	A.1.C.3)	Contributi da Regione ed altri soggetti pubblici per ricerca	282

Tendenziale	Tendenziale	Tendenziale	Programmatico	Programmatico	Programmatico
2013	2014	2015	2013	2014	2015
10.872.467	11.182.268	11.182.504	10.872.467	11.182.268	11.182.504
9.840.091	10.104.631	10.104.631	9.840.091	10.104.631	10.104.631
9.651.112	9.915.652	9.915.652	9.651.112	9.915.652	9.915.652
188.979	188.979	188.979	188.979	188.979	188.979
1.002.732	1.047.993	1.048.229	1.002.732	1.047.993	1.048.229
967.508	1.012.769	1.013.005	967.508	1.012.769	1.013.005
35.585	35.585	35.585	35.585	35.585	35.585
868.031	913.031	913.031	868.031	913.031	913.031
-	-	-	-	-	-
63.892	64.153	64.389	63.892	64.153	64.389
-	-	-	-	-	-
-	-	-	-	-	-
-	-	-	-	-	-
35.224	35.224	35.224	35.224	35.224	35.224
15.076	15.076	15.076	15.076	15.076	15.076
20.000	20.000	20.000	20.000	20.000	20.000
148	148	148	148	148	148
26.783	26.783	26.783	26.783	26.783	26.783
9.672	9.672	9.672	9.672	9.672	9.672
12.645	12.645	12.645	12.645	12.645	12.645
282	282	282	282	282	282

999		AA0220	A.1.C.4)	Contributi da privati per ricerca	7.016	4.184	4.184	4.184	4.184	4.184	4.184
999		AA0230	A.1.D)	Contributi c/esercizio da privati	2.861	2.861	2.861	2.861	2.861	2.861	2.861
999		AA0240	A.2)	Rettifica contributi c/esercizio per destinazione ad investimenti	- 14.311	- 37.709	- 73.709	- 97.709	- 24.255	- 36.255	- 42.975
999		AA0250	A.2.A)	Rettifica contributi in c/esercizio per destinazione ad investimenti - da Regione o Prov. Aut. per quota F.S. regionale	- 13.181	- 37.709	- 73.709	- 97.709	- 24.255	- 36.255	- 42.975
999		AA0260	A.2.B)	Rettifica contributi in c/esercizio per destinazione ad investimenti - altri contributi	- 1.130	-	-	-	-	-	-
999		AA0270	A.3)	Utilizzo fondi per quote inutilizzate contributi vincolati di esercizi precedenti	15.679	43.382	43.382	43.382	43.382	43.382	43.382
999		AA0280	A.3.A)	Utilizzo fondi per quote inutilizzate contributi di esercizi precedenti da Regione o Prov. Aut. per quota F.S. regionale vincolato	4.084	13.098	13.098	13.098	13.098	13.098	13.098
999		AA0290	A.3.B)	Utilizzo fondi per quote inutilizzate contributi di esercizi precedenti da soggetti pubblici (extra fondo) vincolati	9.453	16.499	16.499	16.499	16.499	16.499	16.499
999		AA0300	A.3.C)	Utilizzo fondi per quote inutilizzate contributi di esercizi precedenti per ricerca	1.047	8.233	8.233	8.233	8.233	8.233	8.233
999		AA0310	A.3.D)	Utilizzo fondi per quote inutilizzate contributi vincolati di esercizi precedenti da privati	1.095	5.552	5.552	5.552	5.552	5.552	5.552
999		AA0320	A.4)	Ricavi per prestazioni sanitarie e sociosanitarie a rilevanza sanitaria	525.689	511.570	511.570	511.570	511.183	511.183	511.183
999		AA0330	A.4.A)	Ricavi per prestazioni sanitarie e sociosanitarie a rilevanza sanitaria erogate a soggetti pubblici	171.691	166.276	166.276	166.276	166.276	166.276	166.276
999	R	AA0340	A.4.A.1)	Ricavi per prestaz. sanitarie e sociosanitarie a rilevanza sanitaria erogate ad Aziende sanitarie pubbliche della Regione	-	-	-	-	-	-	-
999	R	AA0350	A.4.A.1.1)	Prestazioni di ricovero	-	-	-	-	-	-	-
999	R	AA0360	A.4.A.1.2)	Prestazioni di specialistica ambulatoriale	-	-	-	-	-	-	-
999	R	AA0370	A.4.A.1.3)	Prestazioni di psichiatria residenziale e semiresidenziale	-	-	-	-	-	-	-
999	R	AA0380	A.4.A.1.4)	Prestazioni di File F	-	-	-	-	-	-	-
999	R	AA0390	A.4.A.1.5)	Prestazioni servizi MMG, PLS, Contin. assistenziale	-	-	-	-	-	-	-
999	R	AA0400	A.4.A.1.6)	Prestazioni servizi farmaceutica convenzionata	-	-	-	-	-	-	-
999	R	AA0410	A.4.A.1.7)	Prestazioni termali	-	-	-	-	-	-	-
999	R	AA0420	A.4.A.1.8)	Prestazioni trasporto ambulanze ed elisoccorso	-	-	-	-	-	-	-
999	R	AA0430	A.4.A.1.9)	Altre prestazioni sanitarie e socio-sanitarie a rilevanza sanitaria	-	-	-	-	-	-	-
999		AA0440	A.4.A.2)	Ricavi per prestaz. sanitarie e sociosanitarie a rilevanza sanitaria erogate ad altri soggetti pubblici	15.299	15.299	15.299	15.299	15.299	15.299	15.299

999		AA0450	A.4.A.3)	Ricavi per prestaz. sanitarie e sociosanitarie a rilevanza sanitaria erogate a soggetti pubblici Extraregione	156.392	150.977	150.977	150.977	150.977	150.977	150.977
999	S	AA0460	A.4.A.3.1)	Prestazioni di ricovero	95.934	95.934	95.934	95.934	95.934	95.934	95.934
999	S	AA0470	A.4.A.3.2)	Prestazioni ambulatoriali	24.703	24.703	24.703	24.703	24.703	24.703	24.703
999	SS	AA0480	A.4.A.3.3)	Prestazioni di psichiatria non soggetta a compensazione (resid. e semiresid.)	-	-	-	-	-	-	-
999	S	AA0490	A.4.A.3.4)	Prestazioni di File F	10.334	10.334	10.334	10.334	10.334	10.334	10.334
999	S	AA0500	A.4.A.3.5)	Prestazioni servizi MMG, PLS, Contin. assistenziale Extraregione	3.182	3.182	3.182	3.182	3.182	3.182	3.182
999	S	AA0510	A.4.A.3.6)	Prestazioni servizi farmaceutica convenzionata Extraregione	11.853	11.853	11.853	11.853	11.853	11.853	11.853
999	S	AA0520	A.4.A.3.7)	Prestazioni termali Extraregione	2.674	2.674	2.674	2.674	2.674	2.674	2.674
999	S	AA0530	A.4.A.3.8)	Prestazioni trasporto ambulanze ed elisoccorso Extraregione	2.201	2.201	2.201	2.201	2.201	2.201	2.201
999	S	AA0540	A.4.A.3.9)	Altre prestazioni sanitarie e sociosanitarie a rilevanza sanitaria Extraregione	64	64	64	64	64	64	64
999	S	AA0550	A.4.A.3.10)	Ricavi per cessione di emocomponenti e cellule staminali Extraregione	32	32	32	32	32	32	32
999	S	AA0560	A.4.A.3.11)	Ricavi per differenziale tariffe TUC	-	-	-	-	-	-	-
999	SS	AA0570	A.4.A.3.12)	Altre prestazioni sanitarie e sociosanitarie a rilevanza sanitaria non soggette a compensazione Extraregione	264	-	-	-	-	-	-
999	SS	AA0580	A.4.A.3.12.A)	<i>Prestazioni di assistenza riabilitativa non soggette a compensazione Extraregione</i>	-	-	-	-	-	-	-
999	SS	AA0590	A.4.A.3.12.B)	<i>Altre prestazioni sanitarie e socio-sanitarie a rilevanza sanitaria non soggette a compensazione Extraregione</i>	264	-	-	-	-	-	-
999		AA0600	A.4.A.3.13)	Altre prestazioni sanitarie a rilevanza sanitaria - Mobilità attiva Internazionale	5.151	-	-	-	-	-	-
999	S	AA0610	A.4.B)	Ricavi per prestazioni sanitarie e sociosanitarie a rilevanza sanitaria erogate da privati v/residenti Extraregione in compensazione (mobilità attiva)	166.041	157.337	157.337	157.337	157.337	157.337	157.337
999	S	AA0620	A.4.B.1)	Prestazioni di ricovero da priv. Extraregione in compensazione (mobilità attiva)	145.728	137.024	137.024	137.024	137.024	137.024	137.024
999	S	AA0630	A.4.B.2)	Prestazioni ambulatoriali da priv. Extraregione in compensazione (mobilità attiva)	16.656	16.656	16.656	16.656	16.656	16.656	16.656
999	S	AA0640	A.4.B.3)	Prestazioni di File F da priv. Extraregione in compensazione (mobilità attiva)	3.657	3.657	3.657	3.657	3.657	3.657	3.657
999	S	AA0650	A.4.B.4)	Altre prestazioni sanitarie e sociosanitarie a rilevanza sanitaria erogate da privati v/residenti Extraregione in compensazione (mobilità attiva)	-	-	-	-	-	-	-
999		AA0660	A.4.C)	Ricavi per prestazioni sanitarie e sociosanitarie a rilevanza sanitaria erogate a privati	45.120	45.120	45.120	45.109	45.109	45.109	45.109
999		AA0670	A.4.D)	Ricavi per prestazioni sanitarie erogate in regime di intramoenia	142.837	142.837	142.837	142.461	142.461	142.461	142.461
999		AA0680	A.4.D.1)	Ricavi per prestazioni sanitarie intramoenia - Area ospedaliera	17.603	17.603	17.603	17.603	17.603	17.603	17.603

999		AA0690	A.4.D.2)	Ricavi per prestazioni sanitarie intramoenia - Area specialistica	82.984	82.984	82.984	82.984	82.621	82.621	82.621
999		AA0700	A.4.D.3)	Ricavi per prestazioni sanitarie intramoenia - Area sanità pubblica	291	291	291	291	291	291	291
999		AA0710	A.4.D.4)	Ricavi per prestazioni sanitarie intramoenia - Consulenze (ex art. 55 c.1 lett. c), d) ed ex art. 57-58)	27.530	27.530	27.530	27.530	27.517	27.517	27.517
999	R	AA0720	A.4.D.5)	Ricavi per prestazioni sanitarie intramoenia - Consulenze (ex art. 55 c.1 lett. c), d) ed ex art. 57-58) (Aziende sanitarie pubbliche della Regione)	-	-	-	-	-	-	-
999		AA0730	A.4.D.6)	Ricavi per prestazioni sanitarie intramoenia - Altro	14.429	14.429	14.429	14.429	14.429	14.429	14.429
999	R	AA0740	A.4.D.7)	Ricavi per prestazioni sanitarie intramoenia - Altro (Aziende sanitarie pubbliche della Regione)	-	-	-	-	-	-	-
999		AA0750	A.5)	Concorsi, recuperi e rimborsi	107.314	91.314	91.314	91.314	91.312	91.312	91.312
999		AA0760	A.5.A)	Rimborsi assicurativi	580	580	580	580	580	580	580
999		AA0770	A.5.B)	Concorsi, recuperi e rimborsi da Regione	1.080	1.080	1.080	1.080	1.080	1.080	1.080
999		AA0780	A.5.B.1)	Rimborso degli oneri stipendiali del personale dell'azienda in posizione di comando presso la Regione	833	833	833	833	833	833	833
999		AA0790	A.5.B.2)	Altri concorsi, recuperi e rimborsi da parte della Regione	247	247	247	247	247	247	247
999	R	AA0800	A.5.C)	Concorsi, recuperi e rimborsi da Aziende sanitarie pubbliche della Regione	-	-	-	-	-	-	-
999	R	AA0810	A.5.C.1)	Rimborso degli oneri stipendiali del personale dipendente dell'azienda in posizione di comando presso Aziende sanitarie pubbliche della Regione	-	-	-	-	-	-	-
999	R	AA0820	A.5.C.2)	Rimborsi per acquisto beni da parte di Aziende sanitarie pubbliche della Regione	-	-	-	-	-	-	-
999	R	AA0830	A.5.C.3)	Altri concorsi, recuperi e rimborsi da parte di Aziende sanitarie pubbliche della Regione	-	-	-	-	-	-	-
999		AA0840	A.5.D)	Concorsi, recuperi e rimborsi da altri soggetti pubblici	45.116	45.116	45.116	45.116	45.116	45.116	45.116
999		AA0850	A.5.D.1)	Rimborso degli oneri stipendiali del personale dipendente dell'azienda in posizione di comando presso altri soggetti pubblici	9.117	9.117	9.117	9.117	9.117	9.117	9.117
999		AA0860	A.5.D.2)	Rimborsi per acquisto beni da parte di altri soggetti pubblici	10	10	10	10	10	10	10
999		AA0870	A.5.D.3)	Altri concorsi, recuperi e rimborsi da parte di altri soggetti pubblici	35.989	35.989	35.989	35.989	35.989	35.989	35.989
999		AA0880	A.5.E)	Concorsi, recuperi e rimborsi da privati	60.538	44.538	44.538	44.538	44.536	44.536	44.536
999		AA0890	A.5.E.1)	Rimborso da aziende farmaceutiche per Pay back	49.078	33.078	33.078	33.078	33.078	33.078	33.078
999		AA0900	A.5.E.1.1)	Pay-back per il superamento del tetto della spesa farmaceutica territoriale	49.078	33.078	33.078	33.078	33.078	33.078	33.078
999		AA0910	A.5.E.1.2)	Pay-back per superamento del tetto della spesa farmaceutica ospedaliera	-	-	-	-	-	-	-
999		AA0920	A.5.E.1.3)	Ulteriore Pay-back	-	-	-	-	-	-	-

999		AA0930	A.5.E.2)	Altri concorsi, recuperi e rimborsi da privati	11.460	11.460	11.460	11.460	11.458	11.458	11.458
999		AA0940	A.6)	Compartecipazione alla spesa per prestazioni sanitarie (Ticket)	145.539	145.539	145.539	145.539	145.198	153.198	161.198
999		AA0950	A.6.A)	Compartecipazione alla spesa per prestazioni sanitarie - Ticket sulle prestazioni di specialistica ambulatoriale	105.395	105.395	105.395	105.395	105.054	113.054	121.054
999		AA0960	A.6.B)	Compartecipazione alla spesa per prestazioni sanitarie - Ticket sul pronto soccorso	272	272	272	272	272	272	272
999		AA0970	A.6.C)	Compartecipazione alla spesa per prestazioni sanitarie (Ticket) - Altro	39.872	39.872	39.872	39.872	39.872	39.872	39.872
999		AA0980	A.7)	Quota contributi c/capitale imputata all'esercizio	142.560	129.742	129.742	129.742	129.527	129.527	129.527
999		AA0990	A.7.A)	Quota imputata all'esercizio dei finanziamenti per investimenti dallo Stato	8.213	8.213	8.213	8.213	8.213	8.213	8.213
999		AA1000	A.7.B)	Quota imputata all'esercizio dei finanziamenti per investimenti da Regione	101.334	88.473	88.473	88.473	88.272	88.272	88.272
999		AA1010	A.7.C)	Quota imputata all'esercizio dei finanziamenti per beni di prima dotazione	-	-	-	-	-	-	-
999		AA1020	A.7.D)	Quota imputata all'esercizio dei contributi in c/ esercizio FSR destinati ad investimenti	5.134	5.177	5.177	5.177	5.163	5.163	5.163
999		AA1030	A.7.E)	Quota imputata all'esercizio degli altri contributi in c/ esercizio destinati ad investimenti	110	110	110	110	110	110	110
999		AA1040	A.7.F)	Quota imputata all'esercizio di altre poste del patrimonio netto	27.769	27.769	27.769	27.769	27.769	27.769	27.769
999		AA1050	A.8)	Incrementi delle immobilizzazioni per lavori interni	4.269	-	-	-	-	-	-
999		AA1060	A.9)	Altri ricavi e proventi	13.779	13.779	13.779	13.779	13.779	13.779	13.779
999		AA1070	A.9.A)	Ricavi per prestazioni non sanitarie	1.360	1.360	1.360	1.360	1.360	1.360	1.360
999		AA1080	A.9.B)	Fitti attivi ed altri proventi da attività immobiliari	4.438	4.438	4.438	4.438	4.438	4.438	4.438
999		AA1090	A.9.C)	Altri proventi diversi	7.981	7.981	7.981	7.981	7.981	7.981	7.981
999		AZ9999		Totale valore della produzione (A)	11.868.467	11.770.084	12.043.884	12.020.120	11.782.593	12.088.393	12.089.909
999			B)	Costi della produzione		-	-	-	-	-	-
999		BA0010	B.1)	Acquisti di beni	1.356.261	1.392.117	1.430.422	1.469.549	1.368.442	1.336.447	1.343.574
999		BA0020	B.1.A)	Acquisti di beni sanitari	1.331.355	1.369.521	1.407.691	1.446.819	1.345.883	1.313.753	1.320.881
999		BA0030	B.1.A.1)	Prodotti farmaceutici ed emoderivati	757.980	791.350	812.130	833.287	775.857	765.937	778.894
999		BA0040	B.1.A.1.1)	Medicinali <u>con</u> AIC, ad eccezione di vaccini ed emoderivati di produzione regionale	748.552	781.656	802.252	823.221	766.163	756.059	768.828
999		BA0050	B.1.A.1.2)	Medicinali <u>senza</u> AIC	8.907	9.158	9.332	9.510	9.158	9.332	9.510
999		BA0060	B.1.A.1.3)	Emoderivati di produzione regionale	521	536	546	556	536	546	556

999		BA0070	B.1.A.2)	Sangue ed emocomponenti	7.729	8.416	8.736	9.051	8.415	8.735	9.050
999	R	BA0080	B.1.A.2.1)	da pubblico (Aziende sanitarie pubbliche della Regione) – Mobilità intraregionale	-	-	-	-	-	-	-
999	S	BA0090	B.1.A.2.2)	da pubblico (Aziende sanitarie pubbliche extra Regione) – Mobilità extraregionale	-	-	-	-	-	-	-
999		BA0100	B.1.A.2.3)	da altri soggetti	7.729	8.416	8.736	9.051	8.415	8.735	9.050
999		BA0210	B.1.A.3)	Dispositivi medici	432.823	528.101	543.911	560.261	519.967	496.177	488.727
999		BA0220	B.1.A.3.1)	Dispositivi medici	295.847	365.354	376.216	387.600	359.860	343.332	338.244
999		BA0230	B.1.A.3.2)	Dispositivi medici impiantabili attivi	89.456	38.326	39.486	40.654	37.753	36.038	35.481
999		BA0240	B.1.A.3.3)	Dispositivi medico diagnostici in vitro (IVD)	47.520	124.420	128.209	132.007	122.353	116.807	115.002
999		BA0250	B.1.A.4)	Prodotti dietetici	1.817	4.121	4.245	4.376	4.121	4.245	4.376
999		BA0260	B.1.A.5)	Materiali per la profilassi (vaccini)	30.264	26.946	27.762	28.598	26.946	27.762	28.598
999		BA0270	B.1.A.6)	Prodotti chimici	79.457	268	276	284	268	276	284
999		BA0280	B.1.A.7)	Materiali e prodotti per uso veterinario	507	589	607	625	589	607	625
999		BA0290	B.1.A.8)	Altri beni e prodotti sanitari	20.778	9.731	10.026	10.335	9.721	10.016	10.325
999	R	BA0300	B.1.A.9)	Beni e prodotti sanitari da Aziende sanitarie pubbliche della Regione	-	-	-	-	-	-	-
999		BA0310	B.1.B)	Acquisti di beni non sanitari	24.906	22.596	22.731	22.731	22.559	22.694	22.694
999		BA0320	B.1.B.1)	Prodotti alimentari	3.474	3.152	3.171	3.171	3.144	3.163	3.163
999		BA0330	B.1.B.2)	Materiali di guardaroba, di pulizia e di convivenza in genere	3.409	3.093	3.111	3.111	3.090	3.108	3.108
999		BA0340	B.1.B.3)	Combustibili, carburanti e lubrificanti	3.618	3.282	3.302	3.302	3.280	3.300	3.300
999		BA0350	B.1.B.4)	Supporti informatici e cancelleria	9.733	8.830	8.883	8.883	8.814	8.867	8.867
999		BA0360	B.1.B.5)	Materiale per la manutenzione	1.042	945	951	951	939	945	945
999		BA0370	B.1.B.6)	Altri beni e prodotti non sanitari	3.630	3.293	3.313	3.313	3.291	3.311	3.311
999	R	BA0380	B.1.B.7)	Beni e prodotti non sanitari da Aziende sanitarie pubbliche della Regione	-	-	-	-	-	-	-
999		BA0390	B.2)	Acquisti di servizi	6.294.872	6.242.915	6.243.210	6.253.314	6.218.477	6.161.441	6.042.549
999		BA0400	B.2.A)	Acquisti servizi sanitari	5.404.199	5.462.355	5.458.484	5.468.588	5.455.010	5.426.029	5.345.293
999		BA0410	B.2.A.1)	Acquisti servizi sanitari per medicina di base	616.844	610.714	610.714	610.714	610.714	610.714	610.714
999		BA0420	B.2.A.1.1)	da convenzione	615.431	609.301	609.301	609.301	609.301	609.301	609.301
999		BA0430	B.2.A.1.1.A)	Costi per assistenza MMG	433.351	434.302	434.302	434.302	434.302	434.302	434.302

999		BA0440	B.2.A.1.1.B)	Costi per assistenza PLS	107.358	107.436	107.436	107.436	107.436	107.436	107.436	107.436
999		BA0450	B.2.A.1.1.C)	Costi per assistenza Continuità assistenziale	53.339	46.941	46.941	46.941	46.941	46.941	46.941	46.941
999		BA0460	B.2.A.1.1.D)	Altro (medicina dei servizi, psicologi, medici 118, ecc)	21.383	20.622	20.622	20.622	20.622	20.622	20.622	20.622
999	R	BA0470	B.2.A.1.2)	da pubblico (Aziende sanitarie pubbliche della Regione) - Mobilità intraregionale	-	-	-	-	-	-	-	-
999	S	BA0480	B.2.A.1.3)	da pubblico (Aziende sanitarie pubbliche Extraregione) - Mobilità extraregionale	1.413	1.413	1.413	1.413	1.413	1.413	1.413	1.413
999		BA0490	B.2.A.2)	Acquisti servizi sanitari per farmaceutica	982.615	982.615	982.615	982.615	973.115	963.615	962.722	962.722
999		BA0500	B.2.A.2.1)	da convenzione	976.059	976.059	976.059	976.059	966.559	957.059	957.059	957.059
999	R	BA0510	B.2.A.2.2)	da pubblico (Aziende sanitarie pubbliche della Regione)- Mobilità intraregionale	-	-	-	-	-	-	-	-
999	S	BA0520	B.2.A.2.3)	da pubblico (Extraregione)	6.556	6.556	6.556	6.556	6.556	6.556	5.663	5.663
999		BA0530	B.2.A.3)	Acquisti servizi sanitari per assistenza specialistica ambulatoriale	562.318	584.398	581.270	581.270	584.635	572.267	557.176	557.176
999	R	BA0540	B.2.A.3.1)	da pubblico (Aziende sanitarie pubbliche della Regione)	-	-	-	-	-	-	-	-
999		BA0550	B.2.A.3.2)	da pubblico (altri soggetti pubbl. della Regione)	-	-	-	-	-	-	-	-
999	S	BA0560	B.2.A.3.3)	da pubblico (Extraregione)	68.281	68.281	68.281	68.281	68.281	68.281	58.979	58.979
999		BA0570	B.2.A.3.4)	da privato - Medici SUMAI	121.860	121.860	121.860	121.860	121.860	115.767	109.979	109.979
999		BA0580	B.2.A.3.5)	da privato	359.378	379.842	376.829	376.829	375.499	369.222	369.222	369.222
999		BA0590	B.2.A.3.5.A)	Servizi sanitari per assistenza specialistica da IRCCS privati e Policlinici privati	68.354	77.581	76.889	76.889	71.267	69.824	69.824	69.824
999		BA0600	B.2.A.3.5.B)	Servizi sanitari per assistenza specialistica da Ospedali Classificati privati	70.815	76.267	75.691	75.691	74.669	73.488	73.488	73.488
999		BA0610	B.2.A.3.5.C)	Servizi sanitari per assistenza specialistica da Case di Cura private	145.357	147.519	146.607	146.607	149.849	147.464	147.464	147.464
999		BA0620	B.2.A.3.5.D)	Servizi sanitari per assistenza specialistica da altri privati	74.852	78.475	77.642	77.642	79.714	78.446	78.446	78.446
999		BA0630	B.2.A.3.6)	da privato per cittadini non residenti - Extraregione (Mobilità attiva in compensazione)	12.799	14.416	14.299	14.299	18.996	18.996	18.996	18.996
999		BA0640	B.2.A.4)	Acquisti servizi sanitari per assistenza riabilitativa	208.735	208.684	208.684	208.684	208.214	208.734	208.734	208.734
999	R	BA0650	B.2.A.4.1)	da pubblico (Aziende sanitarie pubbliche della Regione)	-	-	-	-	-	-	-	-
999		BA0660	B.2.A.4.2)	da pubblico (altri soggetti pubbl. della Regione)	-	-	-	-	-	-	-	-
999	SS	BA0670	B.2.A.4.3)	da pubblico (Extraregione) non soggetti a compensazione	51	-	-	-	-	-	-	-
999		BA0680	B.2.A.4.4)	da privato (intraregionale)	175.461	175.461	175.461	175.461	174.991	175.511	175.511	175.511
999		BA0690	B.2.A.4.5)	da privato (extraregionale)	33.223	33.223	33.223	33.223	33.223	33.223	33.223	33.223
999		BA0700	B.2.A.5)	Acquisti servizi sanitari per assistenza integrativa	105.951	108.070	110.231	112.436	108.070	110.231	112.436	112.436

999	R	BA0710	B.2.A.5.1)	da pubblico (Aziende sanitarie pubbliche della Regione)	-	-	-	-	-	-	-
999		BA0720	B.2.A.5.2)	da pubblico (altri soggetti pubbl. della Regione)	-	-	-	-	-	-	-
999	S	BA0730	B.2.A.5.3)	da pubblico (Extraregione)	2	2	2	2	2	2	2
999		BA0740	B.2.A.5.4)	da privato	105.949	108.068	110.229	112.434	108.068	110.229	112.434
999		BA0750	B.2.A.6)	Acquisti servizi sanitari per assistenza protesica	129.134	131.717	134.351	137.038	129.217	126.751	126.438
999	R	BA0760	B.2.A.6.1)	da pubblico (Aziende sanitarie pubbliche della Regione)	-	-	-	-	-	-	-
999		BA0770	B.2.A.6.2)	da pubblico (altri soggetti pubbl. della Regione)	-	-	-	-	-	-	-
999	S	BA0780	B.2.A.6.3)	da pubblico (Extraregione)	-	-	-	-	-	-	-
999		BA0790	B.2.A.6.4)	da privato	129.134	131.717	134.351	137.038	129.217	126.751	126.438
999		BA0800	B.2.A.7)	Acquisti servizi sanitari per assistenza ospedaliera	1.600.347	1.649.235	1.635.984	1.635.984	1.639.004	1.612.539	1.564.866
999	R	BA0810	B.2.A.7.1)	da pubblico (Aziende sanitarie pubbliche della Regione)	-	-	-	-	-	-	-
999		BA0820	B.2.A.7.2)	da pubblico (altri soggetti pubbl. della Regione)	-	-	-	-	-	-	-
999	S	BA0830	B.2.A.7.3)	da pubblico (Extraregione)	337.956	349.931	349.931	349.931	349.931	349.931	302.258
999		BA0840	B.2.A.7.4)	da privato	1.147.771	1.183.055	1.170.998	1.170.998	1.165.752	1.139.287	1.139.287
999		BA0850	B.2.A.7.4.A)	Servizi sanitari per assistenza ospedaliera da IRCCS privati e Policlinici privati	481.337	475.221	470.354	470.354	482.512	471.096	471.096
999		BA0860	B.2.A.7.4.B)	Servizi sanitari per assistenza ospedaliera da Ospedali Classificati privati	241.204	261.907	259.266	259.266	240.285	235.145	235.145
999		BA0870	B.2.A.7.4.C)	Servizi sanitari per assistenza ospedaliera da Case di Cura private	425.230	445.927	441.378	441.378	442.955	433.046	433.046
999		BA0880	B.2.A.7.4.D)	Servizi sanitari per assistenza ospedaliera da altri privati	-	-	-	-	-	-	-
999		BA0890	B.2.A.7.5)	da privato per cittadini non residenti - Extraregione (mobilità attiva in compensazione)	114.620	116.249	115.055	115.055	123.321	123.321	123.321
999		BA0900	B.2.A.8)	Acquisto prestazioni di psichiatria residenziale e semiresidenziale	86.734	86.686	86.686	86.686	81.439	81.439	81.439
999	R	BA0910	B.2.A.8.1)	da pubblico (Aziende sanitarie pubbliche della Regione)	-	-	-	-	-	-	-
999		BA0920	B.2.A.8.2)	da pubblico (altri soggetti pubbl. della Regione)	-	-	-	-	-	-	-
999	SS	BA0930	B.2.A.8.3)	da pubblico (Extraregione) - non soggette a compensazione	48	-	-	-	-	-	-
999		BA0940	B.2.A.8.4)	da privato (intra-regionale)	74.457	74.457	74.457	74.457	69.210	69.210	69.210
999		BA0950	B.2.A.8.5)	da privato (extraregionale)	12.229	12.229	12.229	12.229	12.229	12.229	12.229
999		BA0960	B.2.A.9)	Acquisto prestazioni di distribuzione farmaci File F	123.082	125.782	125.782	125.782	125.782	125.782	123.650
999	R	BA0970	B.2.A.9.1)	da pubblico (Aziende sanitarie pubbliche della Regione) - Mobilità intra-regionale	-	-	-	-	-	-	-

999		BA0980	B.2.A.9.2)	da pubblico (altri soggetti pubbl. della Regione)	2.187	2.187	2.187	2.187	2.187	2.187	2.187
999	S	BA0990	B.2.A.9.3)	da pubblico (Extraregione)	15.651	15.651	15.651	15.651	15.651	15.651	13.519
999		BA1000	B.2.A.9.4)	da privato (intraregionale)	97.083	99.783	99.783	99.783	99.783	99.783	99.783
999		BA1010	B.2.A.9.5)	da privato (extraregionale)	-	-	-	-	-	-	-
999		BA1020	B.2.A.9.6)	da privato per cittadini non residenti - Extraregione (mobilità attiva in compensazione)	8.161	8.161	8.161	8.161	8.161	8.161	8.161
999		BA1030	B.2.A.10)	Acquisto prestazioni termali in convenzione	12.846	12.846	12.846	12.846	12.846	12.846	12.846
999	R	BA1040	B.2.A.10.1)	da pubblico (Aziende sanitarie pubbliche della Regione) - Mobilità intraregionale	-	-	-	-	-	-	-
999		BA1050	B.2.A.10.2)	da pubblico (altri soggetti pubbl. della Regione)	-	-	-	-	-	-	-
999	S	BA1060	B.2.A.10.3)	da pubblico (Extraregione)	4.724	4.724	4.724	4.724	4.724	4.724	4.724
999		BA1070	B.2.A.10.4)	da privato	8.122	8.122	8.122	8.122	8.122	8.122	8.122
999		BA1080	B.2.A.10.5)	da privato per cittadini non residenti - Extraregione (mobilità attiva in compensazione)	-	-	-	-	-	-	-
999		BA1090	B.2.A.11)	Acquisto prestazioni di trasporto sanitario	66.041	67.980	69.977	72.034	67.980	69.977	72.034
999	R	BA1100	B.2.A.11.1)	da pubblico (Aziende sanitarie pubbliche della Regione) - Mobilità intraregionale	-	-	-	-	-	-	-
999		BA1110	B.2.A.11.2)	da pubblico (altri soggetti pubbl. della Regione)	8.845	9.110	9.384	9.665	9.110	9.384	9.665
999	S	BA1120	B.2.A.11.3)	da pubblico (Extraregione)	1.414	1.414	1.414	1.414	1.414	1.414	1.414
999		BA1130	B.2.A.11.4)	da privato	55.782	57.455	59.179	60.954	57.455	59.179	60.954
999		BA1140	B.2.A.12)	Acquisto prestazioni Socio-Sanitarie a rilevanza sanitaria	286.138	300.693	305.218	308.374	321.375	339.391	342.548
999	R	BA1150	B.2.A.12.1)	da pubblico (Aziende sanitarie pubbliche della Regione) - Mobilità intraregionale	-	-	-	-	-	-	-
999		BA1160	B.2.A.12.2)	da pubblico (altri soggetti pubblici della Regione)	852	878	908	936	878	908	936
999	SS	BA1170	B.2.A.12.3)	da pubblico (Extraregione) non soggette a compensazione	28	-	-	-	-	-	-
999		BA1180	B.2.A.12.4)	da privato (intraregionale)	211.029	223.360	225.177	225.933	244.041	259.351	260.107
999		BA1190	B.2.A.12.5)	da privato (extraregionale)	74.229	76.456	79.132	81.506	76.456	79.132	81.506
999		BA1200	B.2.A.13)	Compartecipazione al personale per att. libero-prof. (intramoenia)	116.288	116.288	116.288	116.288	115.972	115.972	115.972
999		BA1210	B.2.A.13.1)	Compartecipazione al personale per att. libero professionale intramoenia - Area ospedaliera	26.236	26.236	26.236	26.236	26.236	26.236	26.236
999		BA1220	B.2.A.13.2)	Compartecipazione al personale per att. libero professionale intramoenia- Area specialistica	28.251	28.251	28.251	28.251	27.946	27.946	27.946
999		BA1230	B.2.A.13.3)	Compartecipazione al personale per att. libero professionale intramoenia - Area sanità pubblica	1.127	1.127	1.127	1.127	1.127	1.127	1.127

999		BA1240	B.2.A.13.4)	Compartecipazione al personale per att. libero professionale intramoenia - Consulenze (ex art. 55 c.1 lett. c), d) ed ex Art. 57-58)	15.675	15.675	15.675	15.675	15.664	15.664	15.664
999	R	BA1250	B.2.A.13.5)	Compartecipazione al personale per att. libero professionale intramoenia - Consulenze (ex art. 55 c.1 lett. c), d) ed ex Art. 57-58) (Aziende sanitarie pubbliche della Regione)	-	-	-	-	-	-	-
999		BA1260	B.2.A.13.6)	Compartecipazione al personale per att. libero professionale intramoenia - Altro	44.999	44.999	44.999	44.999	44.999	44.999	44.999
999	R	BA1270	B.2.A.13.7)	Compartecipazione al personale per att. libero professionale intramoenia - Altro (Aziende sanitarie pubbliche della Regione)	-	-	-	-	-	-	-
999		BA1280	B.2.A.14)	Rimborsi, assegni e contributi sanitari	128.203	128.203	128.203	128.203	128.203	128.203	128.203
999		BA1290	B.2.A.14.1)	Contributi ad associazioni di volontariato	1.004	1.004	1.004	1.004	1.004	1.004	1.004
999		BA1300	B.2.A.14.2)	Rimborsi per cure all'estero	3.289	3.289	3.289	3.289	3.289	3.289	3.289
999		BA1310	B.2.A.14.3)	Contributi a società partecipate e/o enti dipendenti della Regione	72.989	72.989	72.989	72.989	72.989	72.989	72.989
999		BA1320	B.2.A.14.4)	Contributo Legge 210/92	20.764	20.764	20.764	20.764	20.764	20.764	20.764
999		BA1330	B.2.A.14.5)	Altri rimborsi, assegni e contributi	30.157	30.157	30.157	30.157	30.157	30.157	30.157
999	R	BA1340	B.2.A.14.6)	Rimborsi, assegni e contributi v/Aziende sanitarie pubbliche della Regione	-	-	-	-	-	-	-
999		BA1350	B.2.A.15)	Consulenze, Collaborazioni, Interinale e altre prestazioni di lavoro sanitarie e sociosanitarie	156.159	149.148	149.148	149.148	149.148	147.082	132.630
999	R	BA1360	B.2.A.15.1)	Consulenze sanitarie e sociosan. da Aziende sanitarie pubbliche della Regione	-	-	-	-	-	-	-
999		BA1370	B.2.A.15.2)	Consulenze sanitarie e sociosanit. da terzi - Altri soggetti pubblici	812	459	459	459	459	440	303
999		BA1380	B.2.A.15.3)	Consulenze, Collaborazioni, Interinale e altre prestazioni di lavoro sanitarie e socios. da privato	154.373	147.446	147.446	147.446	147.446	145.452	131.506
999		BA1390	B.2.A.15.3.A)	Consulenze sanitarie da privato - articolo 55, comma 2, CCNL 8 giugno 2000	15.002	12.833	12.833	12.833	12.833	12.288	8.475
999		BA1400	B.2.A.15.3.B)	Altre consulenze sanitarie e sociosanitarie da privato	21.916	15.523	15.523	15.523	15.523	14.864	10.251
999		BA1410	B.2.A.15.3.C)	Collaborazioni coordinate e continuative sanitarie e socios. da privato	25.392	25.392	25.392	25.392	25.392	25.392	25.392
999		BA1420	B.2.A.15.3.D)	Indennità a personale universitario - area sanitaria	67.083	67.083	67.083	67.083	67.083	67.083	67.083
999		BA1430	B.2.A.15.3.E)	Lavoro interinale - area sanitaria	8.032	8.032	8.032	8.032	8.032	8.032	8.032
999		BA1440	B.2.A.15.3.F)	Altre collaborazioni e prestazioni di lavoro - area sanitaria	16.948	18.583	18.583	18.583	18.583	17.793	12.272
999		BA1450	B.2.A.15.4)	Rimborso oneri stipendiali del personale sanitario in comando	974	1.243	1.243	1.243	1.243	1.190	821
999	R	BA1460	B.2.A.15.4.A)	Rimborso oneri stipendiali personale sanitario in comando da Aziende sanitarie pubbliche della Regione	-	-	-	-	-	-	-
999		BA1470	B.2.A.15.4.B)	Rimborso oneri stipendiali personale sanitario in comando da Regioni, soggetti pubblici e da	112	200	200	200	200	192	132

				Università							
999	SS	BA1480	B.2.A.15.4.C)	Rimborso oneri stipendiali personale sanitario in comando da aziende di altre Regioni (Extraregione)	862	1.043	1.043	1.043	1.043	998	688
999		BA1490	B.2.A.16)	Altri servizi sanitari e sociosanitari a rilevanza sanitaria	222.764	199.296	200.487	200.487	199.296	200.487	192.887
999	R	BA1500	B.2.A.16.1)	Altri servizi sanitari e sociosanitari a rilevanza sanitaria da pubblico - Aziende sanitarie pubbliche della Regione	-	-	-	-	-	-	-
999		BA1510	B.2.A.16.2)	Altri servizi sanitari e sociosanitari a rilevanza sanitaria da pubblico - Altri soggetti pubblici della Regione	3.833	986	992	992	986	992	992
999		BA1520	B.2.A.16.3)	Altri servizi sanitari e sociosanitari a rilevanza sanitaria da pubblico (Extraregione)	345	-	-	-	-	-	-
999		BA1530	B.2.A.16.4)	Altri servizi sanitari da privato	218.586	198.310	199.494	199.494	198.310	199.494	191.894
999		BA1540	B.2.A.16.5)	Costi per servizi sanitari - Mobilità internazionale passiva	-	-	-	-	-	-	-
999	S	BA1550	B.2.A.17)	Costi per differenziale tariffe TUC	-	-	-	-	-	-	-
999		BA1560	B.2.B)	Acquisti di servizi non sanitari	890.673	780.560	784.726	784.726	763.468	735.412	697.255
999		BA1570	B.2.B.1)	Servizi non sanitari	851.708	745.944	750.076	750.076	728.864	702.186	668.566
999		BA1580	B.2.B.1.1)	Lavanderia	57.746	52.389	52.702	52.702	51.213	49.212	46.818
999		BA1590	B.2.B.1.2)	Pulizia	128.628	116.696	117.393	117.393	114.023	109.565	104.231
999		BA1600	B.2.B.1.3)	Mensa	69.781	63.308	63.686	63.686	61.781	59.363	56.469
999		BA1610	B.2.B.1.4)	Riscaldamento	25.436	61.333	61.699	61.699	60.025	57.682	54.879
999		BA1620	B.2.B.1.5)	Servizi di assistenza informatica	17.256	15.655	15.749	15.749	15.322	14.723	14.008
999		BA1630	B.2.B.1.6)	Servizi trasporti (non sanitari)	13.424	12.179	12.252	12.252	11.919	11.454	10.897
999		BA1640	B.2.B.1.7)	Smaltimento rifiuti	28.989	26.300	26.457	26.457	25.717	24.713	23.510
999		BA1650	B.2.B.1.8)	Utenze telefoniche	15.471	14.036	14.120	14.120	13.723	13.186	12.545
999		BA1660	B.2.B.1.9)	Utenze elettricità	27.103	66.071	66.465	66.465	64.542	62.018	58.998
999		BA1670	B.2.B.1.10)	Altre utenze	10.016	18.734	18.846	18.846	18.292	17.577	16.720
999		BA1680	B.2.B.1.11)	Premi di assicurazione	54.134	54.134	54.134	54.134	53.968	53.968	53.968
999		BA1690	B.2.B.1.11.A)	Premi di assicurazione - R.C. Professionale	32.458	32.458	32.458	32.458	32.453	32.453	32.453
999		BA1700	B.2.B.1.11.B)	Premi di assicurazione - Altri premi assicurativi	21.676	21.676	21.676	21.676	21.515	21.515	21.515
999		BA1710	B.2.B.1.12)	Altri servizi non sanitari	403.724	245.108	246.572	246.572	238.338	228.725	215.522

999	R	BA1720	B.2.B.1.12.A)	Altri servizi non sanitari da pubblico (Aziende sanitarie pubbliche della Regione)	-	-	-	-	-	-	-
999		BA1730	B.2.B.1.12.B)	Altri servizi non sanitari da altri soggetti pubblici	687	1.273	1.280	1.280	1.246	1.197	1.139
999		BA1740	B.2.B.1.12.C)	Altri servizi non sanitari da privato	403.037	243.836	245.292	245.292	237.093	227.528	214.383
999		BA1750	B.2.B.2)	Consulenze, Collaborazioni, Interinale e altre prestazioni di lavoro non sanitarie	32.696	28.879	28.879	28.879	28.869	27.458	22.921
999	R	BA1760	B.2.B.2.1)	Consulenze non sanitarie da Aziende sanitarie pubbliche della Regione	-	-	-	-	-	-	-
999		BA1770	B.2.B.2.2)	Consulenze non sanitarie da Terzi - Altri soggetti pubblici	76	86	86	86	86	72	28
999		BA1780	B.2.B.2.3)	Consulenze, Collaborazioni, Interinale e altre prestazioni di lavoro non sanitarie da privato	32.104	28.375	28.375	28.375	28.373	27.043	22.767
999		BA1790	B.2.B.2.3.A)	Consulenze non sanitarie da privato	8.899	6.303	6.303	6.303	6.303	5.289	2.030
999		BA1800	B.2.B.2.3.B)	Collaborazioni coordinate e continuative non sanitarie da privato	4.402	4.402	4.402	4.402	4.402	4.402	4.402
999		BA1810	B.2.B.2.3.C)	Indennità a personale universitario - area non sanitaria	11.392	11.392	11.392	11.392	11.392	11.392	11.392
999		BA1820	B.2.B.2.3.D)	Lavoro interinale - area non sanitaria	4.310	4.310	4.310	4.310	4.310	4.310	4.310
999		BA1830	B.2.B.2.3.E)	Altre collaborazioni e prestazioni di lavoro - area non sanitaria	3.101	1.968	1.968	1.968	1.966	1.650	632
999		BA1840	B.2.B.2.4)	Rimborso oneri stipendiali del personale non sanitario in comando	516	418	418	418	410	343	127
999	R	BA1850	B.2.B.2.4.A)	Rimborso oneri stipendiali personale non sanitario in comando da Aziende sanitarie pubbliche della Regione	-	-	-	-	-	-	-
999		BA1860	B.2.B.2.4.B)	Rimborso oneri stipendiali personale non sanitario in comando da Regione, soggetti pubblici e da Università	165	217	217	217	217	182	70
999	SS	BA1870	B.2.B.2.4.C)	Rimborso oneri stipendiali personale non sanitario in comando da aziende di altre Regioni (Extraregione)	351	202	202	202	194	161	57
999		BA1880	B.2.B.3)	Formazione (esternalizzata e non)	6.269	5.737	5.771	5.771	5.734	5.768	5.768
999		BA1890	B.2.B.3.1)	Formazione (esternalizzata e non) da pubblico	2.210	2.350	2.364	2.364	2.350	2.364	2.364
999		BA1900	B.2.B.3.2)	Formazione (esternalizzata e non) da privato	4.059	3.387	3.408	3.408	3.384	3.405	3.405
999		BA1910	B.3)	Manutenzione e riparazione (ordinaria esternalizzata)	115.550	137.262	138.082	138.082	135.085	131.866	127.686
999		BA1920	B.3.A)	Manutenzione e riparazione ai fabbricati e loro pertinenze	40.179	36.452	36.670	36.670	36.355	36.573	36.573
999		BA1930	B.3.B)	Manutenzione e riparazione agli impianti e macchinari	17.868	48.641	48.932	48.932	47.604	45.746	43.523
999		BA1940	B.3.C)	Manutenzione e riparazione alle attrezzature sanitarie e scientifiche	47.180	42.804	43.059	43.059	41.773	40.138	38.181
999		BA1950	B.3.D)	Manutenzione e riparazione ai mobili e arredi	1.222	1.109	1.115	1.115	1.109	1.115	1.115
999		BA1960	B.3.E)	Manutenzione e riparazione agli automezzi	2.477	2.247	2.261	2.261	2.247	2.261	2.261

999		BA1970	B.3.F)	Altre manutenzioni e riparazioni	6.624	6.010	6.045	6.045	5.998	6.033	6.033
999	R	BA1980	B.3.G)	Manutenzioni e riparazioni da Aziende sanitarie pubbliche della Regione	-	-	-	-	-	-	-
999		BA1990	B.4)	Godimento di beni di terzi	87.592	81.462	81.780	81.780	81.458	81.776	81.776
999		BA2000	B.4.A)	Fitti passivi	29.754	28.352	28.352	28.352	28.352	28.352	28.352
999		BA2010	B.4.B)	Canoni di noleggio	39.403	35.310	35.522	35.522	35.306	35.518	35.518
999		BA2020	B.4.B.1)	Canoni di noleggio - area sanitaria	27.719	24.710	24.858	24.858	24.710	24.858	24.858
999		BA2030	B.4.B.2)	Canoni di noleggio - area non sanitaria	11.684	10.600	10.664	10.664	10.596	10.660	10.660
999		BA2040	B.4.C)	Canoni di leasing	18.435	17.800	17.907	17.907	17.800	17.907	17.907
999		BA2050	B.4.C.1)	Canoni di leasing - area sanitaria	15.788	15.398	15.491	15.491	15.398	15.491	15.491
999		BA2060	B.4.C.2)	Canoni di leasing - area non sanitaria	2.647	2.401	2.416	2.416	2.401	2.416	2.416
999	R	BA2070	B.4.D)	Locazioni e noleggi da Aziende sanitarie pubbliche della Regione	-	-	-	-	-	-	-
999		BA2080		Totale Costo del personale	2.815.720	2.815.720	2.815.720	2.815.720	2.764.358	2.727.388	2.687.530
999		BA2090	B.5)	Personale del ruolo sanitario	2.357.103	2.357.103	2.357.103	2.357.103	2.318.056	2.288.730	2.257.360
999		BA2100	B.5.A)	Costo del personale dirigente ruolo sanitario	1.197.236	1.197.236	1.197.236	1.197.236	1.168.723	1.151.189	1.132.407
999		BA2110	B.5.A.1)	Costo del personale dirigente medico	1.077.143	1.077.143	1.077.143	1.077.143	1.052.551	1.036.676	1.020.551
999		BA2120	B.5.A.1.1)	Costo del personale dirigente medico - tempo indeterminato	996.810	996.810	996.810	996.810	975.108	960.339	945.385
999		BA2130	B.5.A.1.2)	Costo del personale dirigente medico - tempo determinato	77.837	77.837	77.837	77.837	77.110	76.009	74.842
999		BA2140	B.5.A.1.3)	Costo del personale dirigente medico - altro	2.496	2.496	2.496	2.496	333	329	324
999		BA2150	B.5.A.2)	Costo del personale dirigente non medico	120.093	120.093	120.093	120.093	116.172	114.513	111.856
999		BA2160	B.5.A.2.1)	Costo del personale dirigente non medico - tempo indeterminato	113.335	113.335	113.335	113.335	109.833	108.264	105.702
999		BA2170	B.5.A.2.2)	Costo del personale dirigente non medico - tempo determinato	6.518	6.518	6.518	6.518	6.280	6.190	6.095
999		BA2180	B.5.A.2.3)	Costo del personale dirigente non medico - altro	240	240	240	240	60	59	58
999		BA2190	B.5.B)	Costo del personale comparto ruolo sanitario	1.159.867	1.159.867	1.159.867	1.159.867	1.149.333	1.137.541	1.124.953
999		BA2200	B.5.B.1)	Costo del personale comparto ruolo sanitario - tempo indeterminato	1.107.984	1.107.984	1.107.984	1.107.984	1.103.064	1.091.740	1.079.659
999		BA2210	B.5.B.2)	Costo del personale comparto ruolo sanitario - tempo determinato	43.873	43.873	43.873	43.873	46.269	45.801	45.294
999		BA2220	B.5.B.3)	Costo del personale comparto ruolo sanitario - altro	8.010	8.010	8.010	8.010	-	-	-
999		BA2230	B.6)	Personale del ruolo professionale	9.527	9.527	9.527	9.527	10.028	9.075	7.252

999		BA2240	B.6.A)	Costo del personale dirigente ruolo professionale	8.613	8.613	8.613	9.137	8.193	6.380
999		BA2250	B.6.A.1)	Costo del personale dirigente ruolo professionale - tempo indeterminato	7.093	7.093	7.093	7.979	7.154	5.463
999		BA2260	B.6.A.2)	Costo del personale dirigente ruolo professionale - tempo determinato	1.154	1.154	1.154	1.158	1.038	916
999		BA2270	B.6.A.3)	Costo del personale dirigente ruolo professionale - altro	366	366	366	-	-	-
999		BA2280	B.6.B)	Costo del personale comparto ruolo professionale	914	914	914	891	882	873
999		BA2290	B.6.B.1)	Costo del personale comparto ruolo professionale - tempo indeterminato	729	729	729	695	689	681
999		BA2300	B.6.B.2)	Costo del personale comparto ruolo professionale - tempo determinato	185	185	185	195	193	191
999		BA2310	B.6.B.3)	Costo del personale comparto ruolo professionale - altro	-	-	-	-	-	-
999		BA2320	B.7)	Personale del ruolo tecnico	230.866	230.866	230.866	224.218	221.373	218.261
999		BA2330	B.7.A)	Costo del personale dirigente ruolo tecnico	7.302	7.302	7.302	6.797	6.094	5.379
999		BA2340	B.7.A.1)	Costo del personale dirigente ruolo tecnico - tempo indeterminato	6.700	6.700	6.700	6.458	5.790	5.110
999		BA2350	B.7.A.2)	Costo del personale dirigente ruolo tecnico - tempo determinato	533	533	533	340	305	269
999		BA2360	B.7.A.3)	Costo del personale dirigente ruolo tecnico - altro	69	69	69	-	-	-
999		BA2370	B.7.B)	Costo del personale comparto ruolo tecnico	223.564	223.564	223.564	217.421	215.279	212.882
999		BA2380	B.7.B.1)	Costo del personale comparto ruolo tecnico - tempo indeterminato	211.818	211.818	211.818	208.684	206.623	204.323
999		BA2390	B.7.B.2)	Costo del personale comparto ruolo tecnico - tempo determinato	8.402	8.402	8.402	8.700	8.620	8.524
999		BA2400	B.7.B.3)	Costo del personale comparto ruolo tecnico - altro	3.344	3.344	3.344	36	36	35
999		BA2410	B.8)	Personale del ruolo amministrativo	218.224	218.224	218.224	212.056	208.209	204.657
999		BA2420	B.8.A)	Costo del personale dirigente ruolo amministrativo	20.285	20.285	20.285	19.556	16.680	14.125
999		BA2430	B.8.A.1)	Costo del personale dirigente ruolo amministrativo - tempo indeterminato	17.118	17.118	17.118	17.264	14.625	12.311
999		BA2440	B.8.A.2)	Costo del personale dirigente ruolo amministrativo - tempo determinato	2.910	2.910	2.910	2.136	1.915	1.690
999		BA2450	B.8.A.3)	Costo del personale dirigente ruolo amministrativo - altro	257	257	257	156	140	124
999		BA2460	B.8.B)	Costo del personale comparto ruolo amministrativo	197.939	197.939	197.939	192.500	191.530	190.532
999		BA2470	B.8.B.1)	Costo del personale comparto ruolo amministrativo - tempo indeterminato	191.401	191.401	191.401	190.212	189.263	188.291
999		BA2480	B.8.B.2)	Costo del personale comparto ruolo amministrativo - tempo determinato	4.112	4.112	4.112	2.288	2.267	2.242
999		BA2490	B.8.B.3)	Costo del personale comparto ruolo amministrativo - altro	2.426	2.426	2.426	-	-	-
999		BA2500	B.9)	Oneri diversi di gestione	43.896	38.080	39.670	36.992	38.582	38.582

999		BA2510	B.9.A)	Imposte e tasse (escluso IRAP e IRES)	10.109	10.109	10.109	10.109	10.109	10.109
999		BA2520	B.9.B)	Perdite su crediti	-	-	-	-	-	-
999		BA2530	B.9.C)	Altri oneri diversi di gestione	33.787	27.971	29.561	29.561	26.883	28.473
999		BA2540	B.9.C.1)	Indennità, rimborso spese e oneri sociali per gli Organi Direttivi e Collegio Sindacale	11.527	10.258	11.742	11.742	10.258	11.742
999		BA2550	B.9.C.2)	Altri oneri diversi di gestione	22.260	17.712	17.819	17.819	16.624	16.731
999		BA2560		Totale Ammortamenti	208.727	192.755	192.755	192.755	192.460	192.460
999		BA2570	B.10)	Ammortamenti delle immobilizzazioni immateriali	12.788	11.865	11.865	11.865	11.859	11.859
999		BA2580	B.11)	Ammortamenti delle immobilizzazioni materiali	195.939	180.890	180.890	180.890	180.601	180.601
999		BA2590	B.12)	Ammortamento dei fabbricati	87.747	82.103	82.103	82.103	82.021	82.021
999		BA2600	B.12.A)	Ammortamenti fabbricati non strumentali (disponibili)	530	530	530	530	530	530
999		BA2610	B.12.B)	Ammortamenti fabbricati strumentali (indisponibili)	87.217	81.573	81.573	81.573	81.491	81.491
999		BA2620	B.13)	Ammortamenti delle altre immobilizzazioni materiali	108.192	98.787	98.787	98.787	98.580	98.580
999		BA2630	B.14)	Svalutazione delle immobilizzazioni e dei crediti	2.157	-	-	-	-	-
999		BA2640	B.14.A)	Svalutazione delle immobilizzazioni immateriali e materiali	-	-	-	-	-	-
999		BA2650	B.14.B)	Svalutazione dei crediti	2.157	-	-	-	-	-
999		BA2660	B.15)	Variazione delle rimanenze	11.098	-	-	-	-	-
999		BA2670	B.15.A)	Variazione rimanenze sanitarie	10.694	-	-	-	-	-
999		BA2680	B.15.B)	Variazione rimanenze non sanitarie	404	-	-	-	-	-
999		BA2690	B.16)	Accantonamenti dell'esercizio	422.158	328.470	295.970	281.477	309.722	286.929
999		BA2700	B.16.A)	Accantonamenti per rischi	318.393	257.078	224.578	192.078	238.330	215.537
999		BA2710	B.16.A.1)	Accantonamenti per cause civili ed oneri processuali	80.102	159.794	159.794	159.794	159.794	159.794
999		BA2720	B.16.A.2)	Accantonamenti per contenzioso personale dipendente	13.509	3.061	3.061	3.061	3.061	3.061
999		BA2730	B.16.A.3)	Accantonamenti per rischi connessi all'acquisto di prestazioni sanitarie da privato	147.834	-	-	-	15.736	22.643
999		BA2740	B.16.A.4)	Accantonamenti per copertura diretta dei rischi (autoassicurazione)	17.473	17.473	17.473	17.473	17.473	17.473
999		BA2750	B.16.A.5)	Altri accantonamenti per rischi	59.475	76.750	44.250	11.750	42.266	12.566
999		BA2760	B.16.B)	Accantonamenti per premio di operosità (SUMAI)	6.245	5.628	5.628	5.628	5.628	5.628
999		BA2770	B.16.C)	Accantonamenti per quote inutilizzate di contributi vincolati	43.382	43.382	43.382	43.382	43.382	43.382

999		BA2780	B.16.C.1)	Accantonamenti per quote inutilizzate contributi da Regione e Prov. Aut. per quota F.S. vincolato	13.098	13.098	13.098	13.098	13.098	13.098	
999		BA2790	B.16.C.2)	Accantonamenti per quote inutilizzate contributi da soggetti pubblici (extra fondo) vincolati	16.499	16.499	16.499	16.499	16.499	16.499	
999		BA2800	B.16.C.3)	Accantonamenti per quote inutilizzate contributi da soggetti pubblici per ricerca	8.233	8.233	8.233	8.233	8.233	8.233	
999		BA2810	B.16.C.4)	Accantonamenti per quote inutilizzate contributi vincolati da privati	5.552	5.552	5.552	5.552	5.552	5.552	
999		BA2820	B.16.D)	Altri accantonamenti	54.138	22.382	40.389	22.382	22.382	40.389	
999		BA2830	B.16.D.1)	Accantonamenti per interessi di mora	17.813	-	-	-	-	-	
999		BA2840	B.16.D.2)	Acc. Rinnovi convenzioni MMG/PLS/MCA	4.507	4.570	7.663	4.570	4.570	7.663	
999		BA2850	B.16.D.3)	Acc. Rinnovi convenzioni Medici Sumai	651	914	1.533	914	914	1.533	
999		BA2860	B.16.D.4)	Acc. Rinnovi contratt.: dirigenza medica	-	-	5.469	-	-	5.469	
999		BA2870	B.16.D.5)	Acc. Rinnovi contratt.: dirigenza non medica	-	-	793	-	-	793	
999		BA2880	B.16.D.6)	Acc. Rinnovi contratt.: comparto	-	-	8.033	-	-	8.033	
999		BA2890	B.16.D.7)	Altri accantonamenti	31.167	16.898	16.898	16.898	16.898	16.898	
999		BZ9999		Totale costi della produzione (B)	11.358.031	11.228.781	11.237.608	11.272.348	11.106.994	10.956.889	10.816.494
999			C)	Proventi e oneri finanziari		-	-	-	-	-	
999		CA0010	C.1)	Interessi attivi	482	374	374	374	374	374	
999		CA0020	C.1.A)	Interessi attivi su c/tesoreria unica	56	44	44	44	44	44	
999		CA0030	C.1.B)	Interessi attivi su c/c postali e bancari	92	44	44	44	44	44	
999		CA0040	C.1.C)	Altri interessi attivi	334	286	286	286	286	286	
999		CA0050	C.2)	Altri proventi	287	232	232	232	232	232	
999		CA0060	C.2.A)	Proventi da partecipazioni	-	232	232	232	232	232	
999		CA0070	C.2.B)	Proventi finanziari da crediti iscritti nelle immobilizzazioni	-	-	-	-	-	-	
999		CA0080	C.2.C)	Proventi finanziari da titoli iscritti nelle immobilizzazioni	-	-	-	-	-	-	
999		CA0090	C.2.D)	Altri proventi finanziari diversi dai precedenti	287	-	-	-	-	-	
999		CA0100	C.2.E)	Utili su cambi	-	-	-	-	-	-	
999		CA0110	C.3)	Interessi passivi	100.724	143.259	143.259	143.259	143.259	143.259	
999		CA0120	C.3.A)	Interessi passivi su anticipazioni di cassa	7.234	8.401	8.401	8.401	8.401	8.401	

999		CA0130	C.3.B)	Interessi passivi su mutui	238	238	238	238	238	238
999		CA0140	C.3.C)	Altri interessi passivi	93.252	134.620	134.620	134.620	134.620	134.620
999		CA0150	C.4)	Altri oneri	10.486	10.632	10.632	10.632	10.632	10.632
999		CA0160	C.4.A)	Altri oneri finanziari	10.486	10.632	10.632	10.632	10.632	10.632
999		CA0170	C.4.B)	Perdite su cambi	-	-	-	-	-	-
999		CZ9999		Totale proventi e oneri finanziari (C)	110.441	153.285	153.285	153.285	153.285	153.285
999			D)	Rettifiche di valore di attività finanziarie						
999		DA0010	D.1)	Rivalutazioni	-	-	-	-	-	-
999		DA0020	D.2)	Svalutazioni	6	-	-	-	-	-
999		DZ9999		Totale rettifiche di valore di attività finanziarie (D)	6	-	-	-	-	-
999			E)	Proventi e oneri straordinari						
999		EA0010	E.1)	Proventi straordinari	201.936	9.941	9.941	9.941	9.941	9.941
999		EA0020	E.1.A)	Plusvalenze	53	-	-	-	-	-
999		EA0030	E.1.B)	Altri proventi straordinari	201.883	9.941	9.941	9.941	9.941	9.941
999		EA0040	E.1.B.1)	Proventi da donazioni e liberalità diverse	221	-	-	-	-	-
999		EA0050	E.1.B.2)	Sopravvenienze attive	126.672	-	-	-	-	-
999	R	EA0060	E.1.B.2.1)	Sopravvenienze attive v/Aziende sanitarie pubbliche della Regione	-	-	-	-	-	-
999		EA0070	E.1.B.2.2)	Sopravvenienze attive v/terzi	126.672	-	-	-	-	-
999	S	EA0080	E.1.B.2.2.A)	Sopravvenienze attive v/terzi relative alla mobilità extraregionale	4	-	-	-	-	-
999		EA0090	E.1.B.2.2.B)	Sopravvenienze attive v/terzi relative al personale	4.426	-	-	-	-	-
999		EA0100	E.1.B.2.2.C)	Sopravvenienze attive v/terzi relative alle convenzioni con medici di base	2.577	-	-	-	-	-
999		EA0110	E.1.B.2.2.D)	Sopravvenienze attive v/terzi relative alle convenzioni per la specialistica	419	-	-	-	-	-
999		EA0120	E.1.B.2.2.E)	Sopravvenienze attive v/terzi relative all'acquisto prestaz. sanitarie da operatori accreditati	79.138	-	-	-	-	-
999		EA0130	E.1.B.2.2.F)	Sopravvenienze attive v/terzi relative all'acquisto di beni e servizi	14.110	-	-	-	-	-
999		EA0140	E.1.B.2.2.G)	Altre sopravvenienze attive v/terzi	25.998	-	-	-	-	-
999		EA0150	E.1.B.3)	Insussistenze attive	65.049	-	-	-	-	-

999	R	EA0160	E.1.B.3.1)	Insussistenze attive v/Aziende sanitarie pubbliche della Regione	-	-	-	-	-	-	-
999		EA0170	E.1.B.3.2)	Insussistenze attive v/terzi	65.049	-	-	-	-	-	-
999	S	EA0180	E.1.B.3.2.A)	Insussistenze attive v/terzi relative alla mobilità extraregionale	5	-	-	-	-	-	-
999		EA0190	E.1.B.3.2.B)	Insussistenze attive v/terzi relative al personale	6.990	-	-	-	-	-	-
999		EA0200	E.1.B.3.2.C)	Insussistenze attive v/terzi relative alle convenzioni con medici di base	272	-	-	-	-	-	-
999		EA0210	E.1.B.3.2.D)	Insussistenze attive v/terzi relative alle convenzioni per la specialistica	-	-	-	-	-	-	-
999		EA0220	E.1.B.3.2.E)	Insussistenze attive v/terzi relative all'acquisto prestaz. sanitarie da operatori accreditati	8.219	-	-	-	-	-	-
999		EA0230	E.1.B.3.2.F)	Insussistenze attive v/terzi relative all'acquisto di beni e servizi	13.886	-	-	-	-	-	-
999		EA0240	E.1.B.3.2.G)	Altre insussistenze attive v/terzi	35.677	-	-	-	-	-	-
999		EA0250	E.1.B.4)	Altri proventi straordinari	9.941	9.941	9.941	9.941	9.941	9.941	9.941
999		EA0260	E.2)	Oneri straordinari	180.830	-	-	-	-	-	-
999		EA0270	E.2.A)	Minusvalenze	16	-	-	-	-	-	-
999		EA0280	E.2.B)	Altri oneri straordinari	180.814	-	-	-	-	-	-
999		EA0290	E.2.B.1)	Oneri tributari da esercizi precedenti	56	-	-	-	-	-	-
999		EA0300	E.2.B.2)	Oneri da cause civili ed oneri processuali	169	-	-	-	-	-	-
999		EA0310	E.2.B.3)	Sopravvenienze passive	140.756	-	-	-	-	-	-
999	R	EA0320	E.2.B.3.1)	Sopravvenienze passive v/Aziende sanitarie pubbliche della Regione	-	-	-	-	-	-	-
999	R	EA0330	E.2.B.3.1.A)	Sopravvenienze passive v/Aziende sanitarie pubbliche relative alla mobilità intraregionale	-	-	-	-	-	-	-
999	R	EA0340	E.2.B.3.1.B)	Altre sopravvenienze passive v/Aziende sanitarie pubbliche della Regione	-	-	-	-	-	-	-
999		EA0350	E.2.B.3.2)	Sopravvenienze passive v/terzi	140.756	-	-	-	-	-	-
999	S	EA0360	E.2.B.3.2.A)	Sopravvenienze passive v/terzi relative alla mobilità extraregionale	22	-	-	-	-	-	-
999		EA0370	E.2.B.3.2.B)	Sopravvenienze passive v/terzi relative al personale	10.666	-	-	-	-	-	-
999		EA0380	E.2.B.3.2.B.1)	Soprav. passive v/terzi relative al personale - dirigenza medica	5.139	-	-	-	-	-	-
999		EA0390	E.2.B.3.2.B.2)	Soprav. passive v/terzi relative al personale - dirigenza non medica	1.059	-	-	-	-	-	-
999		EA0400	E.2.B.3.2.B.3)	Soprav. passive v/terzi relative al personale - comparto	4.468	-	-	-	-	-	-
999		EA0410	E.2.B.3.2.C)	Sopravvenienze passive v/terzi relative alle convenzioni con medici di base	2.533	-	-	-	-	-	-

999		EA0420	E.2.B.3.2.D)	Sopravvenienze passive v/terzi relative alle convenzioni per la specialistica	304	-	-	-	-	-	-
999		EA0430	E.2.B.3.2.E)	Sopravvenienze passive v/terzi relative all'acquisto prestaz. sanitarie da operatori accreditati	23.902	-	-	-	-	-	-
999		EA0440	E.2.B.3.2.F)	Sopravvenienze passive v/terzi relative all'acquisto di beni e servizi	40.696	-	-	-	-	-	-
999		EA0450	E.2.B.3.2.G)	Altre sopravvenienze passive v/terzi	62.633	-	-	-	-	-	-
999		EA0460	E.2.B.4)	Insussistenze passive	39.833	-	-	-	-	-	-
999	R	EA0470	E.2.B.4.1)	Insussistenze passive v/Aziende sanitarie pubbliche della Regione	-	-	-	-	-	-	-
999		EA0480	E.2.B.4.2)	Insussistenze passive v/terzi	39.833	-	-	-	-	-	-
999	S	EA0490	E.2.B.4.2.A)	Insussistenze passive v/terzi relative alla mobilità extraregionale	-	-	-	-	-	-	-
999		EA0500	E.2.B.4.2.B)	Insussistenze passive v/terzi relative al personale	8	-	-	-	-	-	-
999		EA0510	E.2.B.4.2.C)	Insussistenze passive v/terzi relative alle convenzioni con medici di base	-	-	-	-	-	-	-
999		EA0520	E.2.B.4.2.D)	Insussistenze passive v/terzi relative alle convenzioni per la specialistica	-	-	-	-	-	-	-
999		EA0530	E.2.B.4.2.E)	Insussistenze passive v/terzi relative all'acquisto prestaz. sanitarie da operatori accreditati	1.027	-	-	-	-	-	-
999		EA0540	E.2.B.4.2.F)	Insussistenze passive v/terzi relative all'acquisto di beni e servizi	2.297	-	-	-	-	-	-
999		EA0550	E.2.B.4.2.G)	Altre insussistenze passive v/terzi	36.501	-	-	-	-	-	-
999		EA0560	E.2.B.5)	Altri oneri straordinari	-	-	-	-	-	-	-
999		EZ9999		Totale proventi e oneri straordinari (E)	21.106	9.941	9.941	9.941	9.941	9.941	9.941
999		XA0000		Risultato prima delle imposte (A - B +/- C +/- D +/- E)	421.095	397.959	662.932	604.428	532.254	988.161	1.130.072
999				Imposte e tasse		-	-	-	-	-	-
999		YA0010	Y.1)	IRAP	214.321	214.321	214.321	214.321	210.764	208.773	206.582
999		YA0020	Y.1.A)	IRAP relativa a personale dipendente	194.983	194.983	194.983	194.983	191.426	189.435	187.244
999		YA0030	Y.1.B)	IRAP relativa a collaboratori e personale assimilato a lavoro dipendente	12.349	12.349	12.349	12.349	12.349	12.349	12.349
999		YA0040	Y.1.C)	IRAP relativa ad attività di libera professione (intraoemia)	6.967	6.967	6.967	6.967	6.967	6.967	6.967
999		YA0050	Y.1.D)	IRAP relativa ad attività commerciale	22	22	22	22	22	22	22
999		YA0060	Y.2)	IRES	2.083	2.083	2.083	2.083	2.083	2.083	2.083
999		YA0070	Y.2.A)	IRES su attività istituzionale	1.374	1.374	1.374	1.374	1.374	1.374	1.374
999		YA0080	Y.2.B)	IRES su attività commerciale	709	709	709	709	709	709	709

999	YA0090	Y.3)	Accantonamento a F.do Imposte (Accertamenti, condoni, ecc.)	330	330	330	330	330	330	330
999	YZ9999		Totale imposte e tasse	216.734	216.734	216.734	216.734	213.177	211.186	208.995
999	ZZ9999		RISULTATO DI ESERCIZIO	204.361	181.225	446.198	387.694	319.077	776.974	921.076