



REGIONE
LAZIO

ALLEGATO TECNICO

Programmazione della rete ospedaliera 2024-2026, in conformità agli standard previsti nel DM 70/2015

Dicembre 2023

INDICE

1. Premessa	4
1.1. Percorso e documenti istruttori.....	5
2. Contesto Regionale	8
2.1. Analisi demografica del territorio	8
2.2. Analisi dell'attività assistenziale 2022.....	10
2.2.1 Pronto Soccorso	10
2.2.2 Attività per Acuti	10
2.2.3 Attività per Post-Acuti.....	11
2.2.4 Attività per trapianti.....	11
2.2.5 Mobilità intra-regionale ed extra-regionale.....	11
3. Stato di attivazione della Rete Ospedaliera	12
4. Assetto programmato offerta ospedaliera 2024-2026	13
4.1. Programmazione Ospedaliera 2024-2026	14
4.2. Standard di strutture per singola disciplina.....	21
4.3. Principali interventi di programmazione 2024-2026	23
4.3.1 Roma	23
4.3.2 Viterbo	24
4.3.3 Rieti	25
4.3.4 Latina.....	25
4.3.5 Frosinone	26
4.4. Modalità di monitoraggio dello stato di avanzamento della Programmazione 2024-2026	27
5. Governo clinico	29
5.1. Liste di attesa e Percorso Chirurgico.....	30
6. Reti integrate clinico assistenziali (tempo dipendenti, reti assistenziali e rete dei servizi) ...	32
6.1. Rete dell'Emergenza-Urgenza.....	32
6.1.1 Emergenza-Urgenza territoriale.....	32
6.1.2 Emergenza-Urgenza Ospedaliera.....	34
6.2. Rete Emergenze cardiologiche e cardiocirurgiche.....	39
6.3. Rete Trauma grave e neuro-trauma	43
6.4. Rete Ictus	46
6.5. Rete Perinatale	48
6.6. Ruolo delle strutture ospedaliere nelle reti tempo-dipendenti.....	50
6.7. Rete Malattie infettive.....	51
6.8. Rete oncologica.....	52
6.9. Rete delle Malattie Rare	54
6.10. Rete Trasfusionale	54
6.11. Rete Donazione d'Organo e Trapianti.....	55
6.12. Rete Psichiatrica - SPDC	56
6.13. Programmazione di Reti specialistiche	57
6.13.1 Rete di Area Critica.....	57
6.13.2 Rete Post-Acuzie.....	58
6.13.3 Rete Anatomia Patologica	58
6.14. Cronoprogramma Reti	59
7. Nuovi ospedali e Tecnologie	62
7.1. Nuovi Ospedale.....	62
8. Umanizzazione e Educazione del cittadino/paziente	64
9. Standard generali di qualità per i presidi ospedalieri	65
Appendice. Schede per singolo Istituto di ricovero	67

1. Premessa

Finalità

La **Programmazione della Rete Ospedaliera 2024-2026** ha la finalità di garantire un Servizio Sanitario Regionale (SSR) universalistico, sostenibile, centrato sulla continuità assistenziale, organizzato per valorizzare le risorse professionali e preparato per gestire eventi di emergenza sanitaria.

La Regione Lazio intende **implementare il percorso di riprogrammazione dell'offerta ospedaliera** intrapreso con la determinazione n. G01328 del 10/02/2022, secondo una metodologia centrata sulla trasparenza dei posti letto disponibili, su un'attività periodica di monitoraggio di quanto programmato e di rivalutazione dell'offerta in relazione all'appropriatezza ed ai risultati assistenziali.

La programmazione è stata definita attraverso un'ampia consultazione delle Aziende Sanitarie, degli Stakeholder e degli Enti Locali, utilizzando come strumenti: *l'analisi del fabbisogno e la misurazione dei risultati assistenziali*.

Principi

Il **“valore in sanità”** è stato al centro del percorso di programmazione secondo il principio che integra la misurazione dei processi assistenziali, sia in termini di esiti di salute che di costi sostenuti, con l'organizzazione e la distribuzione delle risorse, l'appropriatezza del loro utilizzo e le aspettative dei pazienti.

I principi organizzativi della Rete si sviluppano intorno alla **centralità della persona-paziente** e all'**approccio multiprofessionale e multidisciplinare** alle cure con l'identificazione di modelli di presa in carico capaci di garantire una continuità tra i diversi livelli assistenziali.

La Rete è programmata per essere un **network professionale**, a livello Aziendale e Regionale, con una chiara identificazione di Centri, in grado di offrire le migliori opportunità terapeutiche attraverso percorsi coordinati di collaborazione con i nodi di prossimità.

La presenza di Centri Aziendali e Universitari di Alta Specializzazione **favorisce il potenziamento della ricerca clinica, traslazionale e qualitativa e l'accesso ai programmi** nell'intera rete assistenziale, anche attraverso la realizzazione di un registro regionale.

Obiettivi

La programmazione della Rete Ospedaliera ha lo scopo prioritario di **riequilibrare la disponibilità dei posti letto** secondo linee operative complementari, *territoriale, disciplinare e di setting assistenziale*, al fine di rispondere in modo organico e progressivo a diversificati bisogni di salute.

L'obiettivo, a livello territoriale, è **riorientare la capacità di ricovero verso le Province e l'Area Metropolitana** con lo scopo di gestire in prossimità le attività di media complessità e la continuità assistenziale. La progressiva realizzazione della capacità programmata sarà integrata con la messa in opera di nuove strutture ospedaliere durante la programmazione triennale o da completare negli anni a seguire.

La rimodulazione delle aree disciplinari, insieme a un'organizzazione per **aree funzionali omogenee**, consentirà una **maggiore dinamicità assistenziale** per garantire una gestione appropriata di posti letto finalizzata a recuperare, in ciascun territorio, i tempi di attesa in Pronto Soccorso e la mobilità infra-regionale ed extra-regionale.

La **riconversione dei posti letto verso il setting di post-acuzie** (in particolare di lungodegenza), associata ad una redistribuzione territoriale e ad un progetto regionale sul cambio di setting, ha l'obiettivo di migliorare i tempi di degenza, permettere la prossimità delle cure e disporre di una Rete di strutture dotate di una filiera di setting.

L'efficientamento del percorso chirurgico e delle sale operatorie costituisce un progetto organico rivolto a incrementare la potenzialità operatoria e consentire un utilizzo appropriato dei posti letto delle discipline chirurgiche, con l'obiettivo di recuperare progressivamente la lista d'attesa e aumentare la percentuale di interventi entro-soglia in modo omogeneo nelle diverse classi di priorità.

Il **completamento dell'area critica**, secondo quanto previsto dal DL 34/2020, costituisce un'opportunità per il miglioramento della qualità assistenziale che consente di ampliare la capacità di alta intensità di cura integrata in una Rete Aziendale e sovra-aziendale.

La realizzazione sul campo della Rete Ospedaliera e la sua manutenzione richiede l'identificazione di un **coordinamento operativo regionale** con il ruolo di **cabina di regia sovra-aziendale** con l'obiettivo di accompagnare l'attuazione degli indirizzi programmatici, gestire le situazioni di criticità e proporre azioni di sviluppo e di implementazione, attraverso l'utilizzo di diversi strumenti operativi come il metodo Lean, gli Audit e Feedback e le site visit.

Il **monitoraggio dell'implementazione** della Rete Ospedaliera verrà realizzato attraverso il supporto di piattaforme, integrate e fruibili, in grado di restituire informazioni di processo, di esito, di aderenza terapeutica e di costo. L'obiettivo è di disporre di una mappa integrata della disponibilità reale, della produzione, del fabbisogno non adeguatamente corrisposto, della appropriatezza, degli esiti e dei budget utilizzati al fine di garantire l'adeguamento della programmazione all'evoluzione del bisogno di salute della popolazione.

La **formazione** è un elemento strategico per l'innovazione organizzativa ed il costante allineamento con l'evoluzione dei bisogni sanitari e delle conoscenze tecnico-scientifiche, per cui, l'evoluzione dei processi e dei percorsi sarà supportato da un'attività regionale, attraverso un portale dedicato, che ne faciliti la diffusione, la conoscenza e la condivisione.

1.1. Percorso e documenti istruttori

La Rete ospedaliera è stata programmata attraverso un percorso di consultazione, coinvolgimento e confronto ripetuto tra la Direzione Salute e Integrazione Socio-Sanitaria, le Aziende, le Strutture Sanitarie della Rete e gli Enti Locali.

Il percorso di programmazione ha coinvolto, in parallelo, le Aree Risorse Umane e Budget e Accreditamento della Direzione Salute e Integrazione Socio-Sanitaria al fine di avere una visione integrata del sistema ospedaliero, con riferimento sia alle ore lavorate dai professionisti sia agli impegni di budget.

L'analisi sulla disponibilità di personale è stata affidata ad un gruppo di lavoro multiprofessionale coordinato dall'Area Risorse Umane, che ha applicato la metodologia AGENAS ai diversi setting assistenziali per verificare i settori di attività o le professioni con carenze oggettive in ciascuna struttura ospedaliera pubblica.

L'Area Remunerazione, Budget e Contratti ha svolto una verifica sulla relazione tra il budget assegnato a ciascuna struttura accreditata, il numero di posti letto per area disciplinare accreditati, acquistati e utilizzati, sulla base dei valori medi regionali e di struttura dei DRG.

Il confronto con le ASL e le Strutture della Rete è stato preparato, in collaborazione con il Dipartimento di Epidemiologia del Servizio Sanitario Regionale del Lazio (DEP), attraverso la predisposizione di un documento di analisi dell'attività ospedaliera per l'annualità 2022 contenente le seguenti informazioni:

- 1) **ruolo nelle Reti Assistenziali:** rilevazione del ruolo delle singole strutture ospedaliere, secondo gli atti programmatici vigenti, nelle reti di emergenza, tempo-dipendenti e oncologica;
- 2) **posti letto:** la rilevazione ha permesso di verificare:

- a. **dotazione:** confrontando i posti letto NSIS al 01/01/2023, con i posti letto equivalenti ordinari per acuti e i posti letto previsti in programmazione (Det. G01328/2022);
- b. **fabbisogno:** determinando i posti letto necessari per il ricovero da PS dei pazienti in attesa con permanenza superiore a 24 ore e i posti letto equivalenti per il recupero della mobilità (PL acuti ordinari AFO – Area Chirurgica).

Nel dettaglio la rilevazione ha verificato i seguenti indicatori:

- posti letto NSIS: posti letto acuti e post-acuti NSIS al 1° gennaio 2023;
- posti letto equivalenti 2022: posti letto equivalenti (solo per gli ordinari acuti) con Indice di Occupazione all'85%;
- posti letto da PS: posti letto equivalenti determinati dal tempo di permanenza in PS oltre le 24 ore, stimati per tutti gli esiti da PS o solo per ricovero/trasferimento;
- posti letto secondo la Programmazione (Det. G01328/2022): posti letto acuti e post acuti secondo la programmazione 2021-2023;
- posti letto per il recupero della mobilità: posti letto ordinari equivalenti per il recupero della mobilità verso altre Aziende regionali e fuori regione. Sono stati calcolati, sulla base dell'attività erogata ai pazienti residenti identificando la percentuale di recupero dell'attività medica e chirurgica secondo la complessità:
 - i. alta: 50% entro ASL di residenza;
 - ii. media: 60% entro ASL di residenza;
 - iii. bassa: 70% entro ASL di residenza.

I posti letto equivalenti necessari per la mobilità sono stati calcolati utilizzando le giornate di degenza e la degenza media regionale dei ricoveri in alta, media e bassa complessità.

Il fabbisogno totale di posti letto acuti ordinari è dato dalla somma dei Posti Letto equivalenti con i Posti Letto necessari per l'attesa in PS e per l'attività di recupero mobilità;

- 3) **standard DM 70/2015:** la presenza delle discipline previste per ciascun DEA e PS è stata verificata in presenza di almeno una Unità Operativa Semplice;
- 4) **stato delle liste di attesa per interventi chirurgici:** ricognizione regionale ricevuta da ciascuna Struttura ospedaliera;
- 5) **grandi apparecchiature:** ricognizione fornita dall'Area Patrimonio e Tecnologia;
- 6) **scheda per struttura ospedaliera** contenente:
 - a. confronto dei Posti Letto NSIS, equivalenti e programmazione 2021-2023 per disciplina;
 - b. attività di emergenza 2022;
 - c. attività ospedaliera acuti ordinaria 2022
- 7) **monitoraggio degli indicatori LEA e degli esiti Pre.Val.E:** fornito dal DEP.

Tali report sono stati lo strumento utilizzato per gli incontri tra le ASL, le Aziende Ospedaliere e Universitarie, la Direzione Salute e Socio-Sanitaria ed il DEP, in cui è stato sviluppato un confronto sui risultati assistenziali, sui fabbisogni assistenziali e di personale, sullo stato strutturale degli Ospedali, sulle prospettive dei Nuovi Ospedali, sulla implementazione nei diversi settori o discipline. Un approfondimento specifico è stato dedicato alle attese in Pronto Soccorso, al recupero della mobilità passiva, alla potenzialità delle sale operatorie in funzione della lista di attesa per gli interventi chirurgici ed alla capacità dell'assistenza di prossimità e in post-acuzie.

Alle Aziende Sanitarie Locali è stato dato mandato di sviluppare con le Strutture Accreditate, in virtù del loro ruolo di committenza, una revisione della Rete nel proprio territorio alla luce della documentazione fornita e analizzata nel corso degli incontri e sulla base dei fabbisogni territoriali.

A valle degli incontri la Direzione Salute e Socio-Sanitaria ha ricevuto le nuove proposte di programmazione dalle ASL e dalle Aziende Ospedaliere e Universitarie, a cui ha fatto seguito

un'attività di consultazione, che ha permesso di definire, nel dettaglio, le discipline, i punti di erogazione, i posti letto e le unità operative per ciascuna struttura della Rete.

La Direzione Salute ha completato il percorso di programmazione rivalutando la disponibilità delle discipline nei diversi livelli assistenziali, dei posti letto, delle Unità Operative Complesse e dei Punti di Erogazione alla luce di quanto è emerso sul fabbisogno e sul riequilibrio territoriale in coerenza con i principi espressi nel DM 70/2015.

La proposta di Rete è stata presentata agli Enti Locali in un incontro dedicato nel quale i sindaci ed i loro rappresentanti hanno condiviso la configurazione generale e territoriale, sottolineando le principali peculiarità del loro territorio e l'importanza dell'integrazione dell'attività ospedaliera con i servizi socio-sanitari territoriali.

2. Contesto Regionale

2.1. Analisi demografica del territorio

La popolazione residente nel 2023 nella Regione Lazio è pari a 5.707.112 abitanti di cui il 48,4% è composto da popolazione maschile ed il 51,6% da quella femminile. L'11% della popolazione residente è composto da cittadini stranieri.

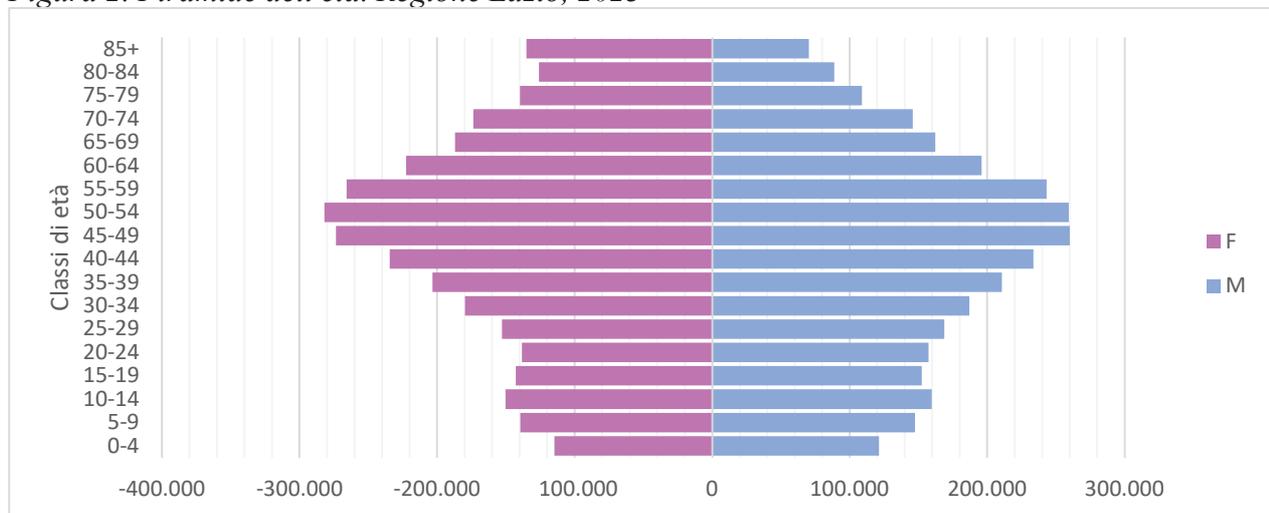
La *figura 1* mostra la distribuzione della popolazione per ASL di residenza e sesso. La ASL più popolosa è la Roma 2, seguita dalla Roma 1, mentre la meno popolosa è la ASL di Rieti.

Figura 1. Distribuzione della popolazione residente per ASL e Sesso. Regione Lazio, 2023



In *figura 2* è rappresentata la piramide per età della popolazione residente. Com'è noto, l'aspetto a botte di tale grafico sta a significare che la popolazione regionale è caratterizzata da bassa natalità e bassa mortalità.

Figura 2. Piramide dell'età. Regione Lazio, 2023



La *figura 3* mostra la distribuzione della popolazione residente per ASL e classi di età. Rieti risulta la ASL più longeva - indice di vecchiaia (IV)=246, seguita dalla ASL Roma 1 (IV=196).

Figura 3. Distribuzione della popolazione residente per ASL e Sesso. Regione Lazio, 2023

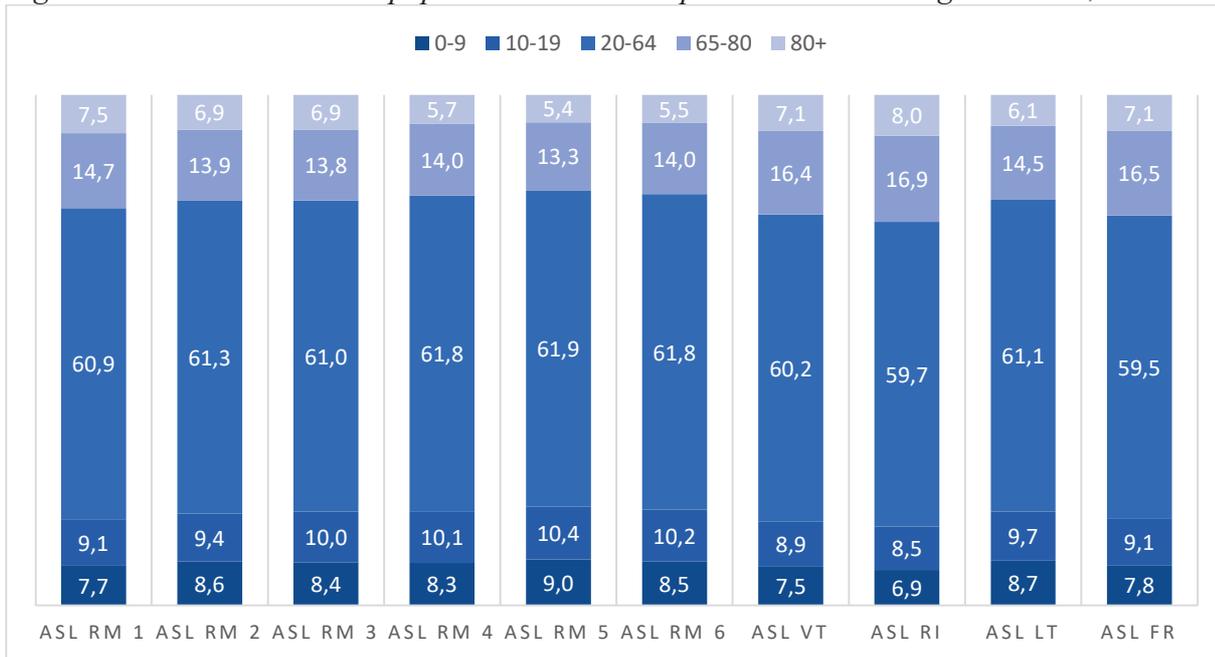
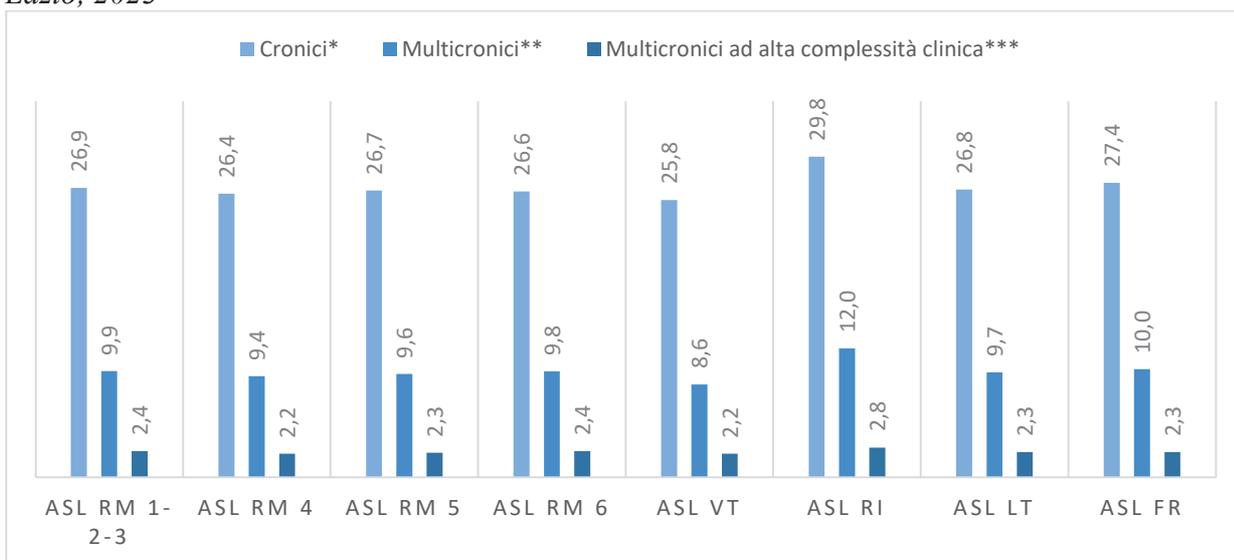


Figura 4. Distribuzione della popolazione residente e assistita per stato di cronicità e ASL. Regione Lazio, 2023



* La popolazione cronica è costituita dai soggetti con almeno una patologia cronica.

** La popolazione multicronica è costituita dai soggetti con due o più patologie croniche.

*** La "complessità clinica" nei pazienti multicronici è stata stimata analizzando sia il numero che la tipologia di patologie croniche da cui il paziente è affetto (pattern di multi-cronicità). Le patologie che hanno un maggior impatto sulla mortalità a cinque anni determinano valori più elevati dell'indice.

I dati forniti dal DEP mostrano che nella Regione Lazio il 26,9% della popolazione soffre di una patologia cronica, il 9,8% di almeno due patologie croniche ed il 2,4% di patologie croniche di alta complessità. La ASL di Rieti, coerentemente con la struttura per età, comprende la popolazione assistita con la più alta prevalenza di pazienti cronici e di pazienti multicronici di alta complessità. Anche le ASL romane e la ASL di Frosinone hanno una popolazione cronica e multicronica più elevata della media regionale.

2.2. Analisi dell'attività assistenziale 2022

Nell'ambito del **monitoraggio dell'erogazione dei LEA**, la Regione Lazio ha registrato, per l'anno 2019, un punteggio pari a 203 (179 nel 2016, 180 nel 2017 e 190 nel 2018), al di sopra della soglia di adempienza (160). Dal 2020 il monitoraggio dell'erogazione dei LEA viene calcolato sulla base del **NSG** (Nuovo Sistema di Garanzia).

Tabella 1. Punteggi NSG 2020 e 2021 - Regione Lazio

Anno	Area Prevenzione	Area Distrettuale	Area Ospedaliera
2020	74,46	80,19	71,76
2021	80,78	77,61	77,12

La Regione Lazio ha registrato, sia nel 2020 che nel 2021, punteggi (*anche se monitorati ai soli fini informativi*) superiori alla soglia di sufficienza (60) in ciascuna delle tre aree osservate: ospedaliera, territoriale e prevenzione. In particolare, nell'Area Ospedaliera l'indicatore risultato insufficiente è relativo alla percentuale di parti cesarei (H17C e H18C).

Si riporta di seguito l'analisi dell'attività assistenziale dell'anno 2022 distinta per i seguenti setting assistenziali: pronto soccorso, attività per acuti, per post-acuti, per trapianti e mobilità intraregionale ed extraregionale.

2.2.1 Pronto Soccorso

Gli accessi in Pronto Soccorso nel 2022 sono stati 1.591.649, di cui il 20,1% trasportato dal sistema di emergenza territoriale ARES118, con un'incidenza di ricovero del 15,2%, pari 242.481 ricoveri, e di trasferimento per mancanza di posto letto dell'1,9%, pari a 30.041 ricoveri in una struttura diversa da quella di accesso. Gli accessi di Pronto Soccorso sono in aumento rispetto al periodo di emergenza pandemica COVID-19, ma comunque circa il 15% inferiori a quelli dell'anno 2019, mentre il valore dei ricoveri è costante e comunque inferiore del 9% rispetto all'anno 2019. La permanenza in Pronto Soccorso delle persone è stata inferiore alle 12 ore nell'82,9%, e complessivamente del 90,3% inferiore alle 24 ore, mentre il tempo di permanenza per le persone con ricovero è stato di 549 minuti come valore mediano e di 1.530 minuti come valore medio. I trasferimenti da Pronto Soccorso nelle Case di Cura Accreditate sono stati 24.112, di cui l'89,9% nelle strutture inserite nel protocollo di intesa con le Associazioni di Categoria (*Determina Regionale n. G00042 del 5 gennaio 2023*).

2.2.2 Attività per Acuti

Le dimissioni da Ospedale per acuti sono state 707.878, di cui il 69,3% in regime ordinario e il 30,7% in Day Hospital. In regime ordinario la provenienza da Pronto Soccorso è stata superiore all'80% nelle discipline di breve osservazione, geriatria, malattie infettive, medicina generale, neurologia, pediatria, e nei reparti di area critica. La degenza media è stata di 7,6 giorni, mentre è stata rilevata superiore ai 10 giorni nelle discipline di immunologia, geriatria, malattie infettive, pneumologia. L'incidenza di procedure chirurgiche è stata superiore all'85% nelle discipline di cardiocirurgia, chirurgia maxillofacciale, chirurgia plastica, chirurgia toracica, chirurgia vascolare, neurochirurgia, oculistica, ortopedia e traumatologia e in terapia intensiva. La Degenza media preoperatoria per gli interventi di elezione è stata inferiore a 1 giorno, pari a 0,7, con un'incidenza superiore a 1 nelle discipline di cardiocirurgia, chirurgia toracica, chirurgia vascolare, neurochirurgia. L'attività di week surgery, misurata attraverso la definizione di un codice specifico attivato nel mese di marzo, ha evidenziato l'utilizzo del setting in 14 Strutture Ospedaliere con 8.408 dimissioni, pari al 10,3% delle dimissioni complessive in chirurgia generale. Le dimissioni hanno richiesto il trasferimento in un altro setting assistenziale nel 4,9%, pari a 2.431 in assistenza domiciliare, 8.032 in RSA, 24.782 in riabilitazione e lungodegenza.

2.2.3 Attività per Post-Acuti

L'analisi delle dimissioni separate per tipologia di assistenza post-acuzie (lungodegenza medica-cod. 60, recupero e riabilitazione funzionale-cod.56, neuro-riabilitazione-cod.75 e unità spinale-cod.28) ha permesso di evidenziare:

- codice 28: 131 dimissioni con una degenza media di 68 giorni;
- codice 75: 1.484 dimissioni con una degenza media di 74,1 giorni;
- codice 56: 23.204 dimissioni con una degenza media di 29,7 giorni;
- codice 60: 6.028 dimissioni con una degenza media di 38,2 giorni.

2.2.4 Attività per trapianti

L'attività del Centro Regionale Trapianti ha permesso di incrementare nell'anno 2022 la segnalazione di potenziali donatori di organo del 2,8% per milione di abitanti pari a 247 decessi DBD/DCD - donatore a cuore battente (DBD), disturbo dello sviluppo della coordinazione motoria (DCD) - 148 donatori, 134 donatori effettivi, 124 donatori utilizzati e 69 donatori multiorgano. I trapianti da donatore cadavere sono risultati in aumento rispetto all'anno precedente con 163 trapianti di fegato, 17 di cuore, 5 di polmone, e 8 multiorgano. Nello stesso anno sono stati effettuati 2 casi di donazione DCD, e 127 trapianti di rene da cadavere e 45 da vivente. L'attività di trapianto allogenico di cellule staminali emopoietiche ha permesso il trattamento di 165 pazienti, pari al 17% dell'attività nazionale.

2.2.5 Mobilità intra-regionale ed extra-regionale

Dall'analisi della mobilità intra-regionale emerge che i principali DRG sono relativi a discipline disponibili sul territorio delle Province e dell'Area Metropolitana, caratterizzate da una media e bassa complessità, ed in particolare per ostetricia e ginecologia, urologia, chirurgia generale, ortopedia, malattie cardiovascolari e trattamenti per patologia oncologica.

Dall'analisi della mobilità extra-regionale emerge che i principali DRG sono relativi a interventi di valvuloplastica o sostituzione di valvole cardiache e di protesica ortopedica.

3. Stato di attivazione della Rete Ospedaliera

Al fine di verificare lo stato di attivazione della Programmazione Ospedaliera 2021-2023, si riporta di seguito il confronto con i Posti letto NSIS (rilevazione gennaio 2023) ed i Posti Letto equivalenti (*indice di occupazione dell'85% sull'attività dell'anno 2022 per il regime ordinario e 1,5 per il regime DH/DS*).

Tabella 2. Posti letto programmazione 2021-2023, NSIS 2023 ed Equivalenti 2022

		Programmazione 2021-2023		PL NSIS 2023		Delta Programmazione 2021-2023 vs PL NSIS 2023	PL Equivalenti 2022		Delta Programmazione 2021-2023 vs PL Equivalenti 2022
		PL	x1.000ab	PL	x1.000ab	PL	PL	x1.000ab	PL
REGIONE LAZIO	Totale	22.133	3,79	20.245	3,47	-1.888	17.187	2,94	-4.946
	Acuti	18.095	3,10	16.417	2,81	-1.678	13.514	2,32	-4.581
	Post-Acuti	4.038	0,69	3.828	0,66	-210	3.673	0,63	-365
ROMA	Totale	17.625	4,08	16.558	3,83	-1.067	14.203	3,29	-3.422
	Acuti	14.368	3,33	13.443	3,11	-925	11.187	2,59	-3.181
	Post-Acuti	3.257	0,75	3.115	0,72	-142	3.016	0,70	-241
VITERBO	Totale	887	2,80	680	2,15	-207	654	2,07	-233
	Acuti	717	2,27	535	1,69	-182	519	1,64	-198
	Post-Acuti	170	0,54	145	0,46	-25	135	0,43	-35
RIETI	Totale	454	2,93	255	1,65	-199	249	1,61	-205
	Acuti	419	2,71	243	1,57	-176	240	1,55	-179
	Post-Acuti	35	0,23	12	0,08	-23	9	0,06	-26
LATINA	Totale	1.734	3,08	1.482	2,63	-252	1.061	1,88	-673
	Acuti	1.506	2,67	1.254	2,23	-252	839	1,49	-667
	Post-Acuti	228	0,40	228	0,40	0	221	0,39	-7
FROSINONE	Totale	1.433	2,97	1.270	2,63	-163	1.021	2,12	-412
	Acuti	1.085	2,25	942	1,95	-143	729	1,51	-356
	Post-Acuti	348	0,72	328	0,68	-20	291	0,60	-57

Dal confronto tra i posti letto previsti nella Programmazione Ospedaliera 2021-2023 rispetto ai posti attivi sulla piattaforma NSIS a gennaio 2023 emerge un delta di 1.888 posti letto, di cui 1.678 per il setting acuti e 210 per il setting post-acuti, con un percentuale di raggiungimento della Programmazione 2021-2023 pari al 91%.

Un secondo confronto utile per verificare lo stato di avanzamento della Programmazione Ospedaliera 2021-2023 è con i Posti Letto equivalenti alla produzione anno 2022, ossia i “*posti letto organizzativamente disponibili*” per l’effettiva occupazione. Da tale confronto emerge maggiormente il divario tra la programmazione e quanto effettivamente erogato da parte del SSR. Il delta risulta essere pari a 4.946 posti letto, di cui 4.581 per il setting acuti e 365 per il setting post-acuti, con una percentuale di raggiungimento della Programmazione 2021-2023 pari al 78%.

Le percentuali sopra riportate risultano influenzate da una serie di situazioni specifiche:

- strutture Ospedaliere di nuova costruzione con un cronoprogramma operativo successivo al 1° gennaio 2024 e con un incremento di posti letto rispetto alla dotazione attuale, già incluso nella Rete Ospedaliera 2021-2023 (*ad esempio l’ospedale Tiburtino con 89 pl aggiuntivi, l’ospedale del Golfo con 40 pl aggiuntivi, ecc.*);
- strutture che non hanno ancora attivato i posti letto programmati e influiscono sulla capacità di accoglienza e sulle Unità Operative Complesse e sui Punti di Erogazione;
- strutture che non hanno completato l’ampliamento per un numero superiore a 15 posti letto;
- strutture che hanno richiesto la riconversione, ai sensi del DM 70/2015;
- struttura extraterritoriale: l’Ospedale Pediatrico Bambin Gesù Gianicolo presenta nella piattaforma NSIS un numero di posti letto pari a 615 ma nella programmazione vengono inclusi 359 posti letto sulla base della produzione equivalente relativa alla sola popolazione residente;
- nuovi accreditamenti.

4. Assetto programmato offerta ospedaliera 2024-2026

Il documento di programmazione dell'offerta ospedaliera ha lo scopo di descrivere i principi, gli strumenti e le azioni necessarie per rispondere ad un bisogno di salute riconoscibile e programmabile.

La declinazione dei posti letto è inserita in una logica di percorsi di rete, rivolta a integrare l'implementazione organizzativa con la capacità dell'offerta, l'appropriatezza ed i tempi di attesa.

La programmazione complessiva della Rete è proiettata in un percorso triennale che, partendo dalla disponibilità reale dei posti letto, adatta la sua configurazione strutturale e organizzativa ai bisogni rilevati nei singoli territori, in coerenza con i principi dei bacini di utenza del DM 70/2015.

Nella sezione “**Programmazione Ospedaliera 2024-2026**” è rappresentata la Rete Ospedaliera con una previsione di posti letto complessivi superiore allo standard, concentrata, esclusivamente, nei setting di post-acuzie, in coerenza con le caratteristiche della popolazione, della necessità di migliorare le tempistiche appropriate del ricovero e del riequilibrio dei bisogni territoriali. Tale eccesso è giustificato anche per la preparazione al Giubileo universale della Chiesa cattolica 2024.

L'evoluzione triennale della Rete è resa esplicita nella sezione “**Modalità di monitoraggio dello stato di avanzamento della Programmazione 2024-2026**”, caratterizzata da una prima fase di adeguamento dell'offerta, definita “*indispensabile*”, per permettere una risposta trasversale e tempestiva alla permanenza in Pronto Soccorso in attesa di ricovero, alla mobilità di media complessità, ed alla richiesta di assistenza in lungodegenza.

Le diverse fasi si concentrano sul **riequilibrio territoriale** dell'offerta ospedaliera verso le province con l'obiettivo di raggiungere un rapporto di 3 posti letto per mille abitanti. In questi territori i nuovi Ospedali programmati di Rieti, Latina e Formia permetteranno un ulteriore ampliamento qualitativo e quantitativo dell'offerta (capitolo “**Nuovi Ospedali**”).

L'ulteriore ampliamento dell'offerta ospedaliera è stato stimato sul fabbisogno di posti letto per disciplina e prevede l'identificazione della sede di attivazione secondo le normative vigenti sulla concorrenza (art. 8-quater e 9 del d.lgs. 502/92).

L'incremento di posti letto nelle Aziende pubbliche a Roma è collegato agli ampliamenti strutturali, già avviati, finalizzati a specifici percorsi di Rete: nell'Ospedale S. Andrea per l'area cardiovascolare e per incrementare la capacità di assorbimento dal Pronto Soccorso; nel Policlinico Tor Vergata per l'attivazione del DEA II, per incrementare la capacità di assorbimento dal Pronto Soccorso e migliorare la continuità verso il setting di post-acuzie; nell'Ospedale S. Camillo per il completamento dell'area critica.

L'evoluzione della Rete sarà sottoposta ad un monitoraggio continuativo e la progressione sarà adattata ai risultati assistenziali al fine di amplificare il significato del “*valore in sanità*” in una visione in cui gli esiti di salute permettano di apprezzare come investimento sociale la spesa per le risorse umane e per la contrattualizzazione di attività.

Le discipline di alta specializzazione saranno concentrate nelle sedi di DEA di II livello e in alcuni DEA di I livello di prossimità territoriale per garantire una maggiore copertura di attività di media complessità.

La programmazione prevede la concentrazione delle Unità Operative Complesse e dei Punti di erogazione di neurochirurgia e cardiocirurgia nelle Strutture Ospedaliere sede di DEA II e DEA I e dall'analisi delle attività risulta che il fabbisogno individuato corrisponde al numero di strutture attualmente accreditate, in coerenza con gli standard nazionali. Per la disciplina di Cardiocirurgia è prevista l'attivazione della disciplina presso l'Ospedale S. M. Goretti di Latina, come completamento funzionale del DEA II, in considerazione del volume di popolazione e della mobilità osservata.

L'attivazione della disciplina è oggetto di un progetto aziendale in cui siano previsti gli adeguamenti strutturali necessari per la disponibilità di una sala operatoria e di una terapia intensiva dedicata. Tale attivazione determinerà lo spostamento del punto di erogazione attualmente inserito in una struttura non sede di DEA.

Il valore “volumi/esiti” prevede per le Reti “Tempo dipendenti” e “non Tempo-dipendenti” la concentrazione di attività in centri dotati delle competenze e delle tecnologie necessarie, inseriti in un progetto e percorso di cura organizzato e coordinato tra questi e i servizi di prossimità.

La programmazione ha previsto un riequilibrio per area omogenea e per disciplina alla luce delle analisi, già descritte, di popolazione e di richiesta assistenziale con l'ampliamento complessivo dell'area medica (in particolare della medicina generale), l'attivazione per la Rete Ictus di UTN I di prossimità e l'ampliamento per numero e posti letto delle UTN II, il completamento dell'area critica, la disponibilità di radiologia interventistica in ogni Centro Trauma di Zona e l'implementazione della lungodegenza di prossimità con attivazione in territori ancora sprovvisti.

La riduzione complessiva dei posti letto di area chirurgica (in particolare di chirurgia generale) deve essere vista alla luce dell'evoluzione attuale della disciplina caratterizzata da metodologie di intervento meno invasive e dalla riduzione dei tempi di degenza, per cui la programmazione ha indicato nella sezione “**Liste di attesa e Percorso Chirurgico**” i principi e le azioni che nel prossimo triennio dovranno permettere un aumento della potenzialità e capacità operatoria.

La programmazione ha tra i suoi obiettivi la volontà di **supportare l'attrazione territoriale** per discipline e attività assistenziali presenti e soggette ad elevata mobilità intra ed extraregionale come ostetricia e ginecologia, urologia, chirurgia generale, ortopedia, malattie cardiovascolari e chemioterapia. L'investimento è finalizzato, soprattutto nei territori delle provincie, al recupero di professionalità, allo sviluppo di percorsi organici e all'individuazioni di spazi dedicati per l'attività elettiva.

L'offerta nei punti di erogazione è stata aggiornata **con una variazione della loro configurazione** in coerenza con il fabbisogno assistenziale per singola disciplina e rivolta al miglioramento della capacità recettiva territoriale, della post-acuzie, e della presenza di discipline in grado di garantire la sicurezza di alcuni nodi della Rete e verrà regolata attraverso un progetto di obiettivi di budget.

L'attivazione della **continuità ambulatoriale o follow up del paziente** costituisce un valore nella organizzazione della Rete, come garanzia di un percorso di presa in carico globale e proattiva; pertanto, le strutture ospedaliere accreditate per la disciplina di ricovero saranno contestualmente accreditate per la corrispondente branca della medicina specialistica ambulatoriale, senza la preventiva verifica con il fabbisogno.

La programmazione della Rete Ospedaliera presenta in alcune discipline valori superiori allo standard previsto nel DM 70/2015, per condizioni specifiche e caratteristiche del SSR, quali:

- la presenza di cinque Poli Universitari pubblici e accreditati, con un'offerta formativa pari a circa il 16% dell'offerta formativa nazionale per i corsi di laurea in medicina e in odontoiatria;
- la necessità di completare l'adeguamento delle discipline nei DEA e, in particolare, nei DEA I sede di UTN I e di Centro Trauma di Zona (CTZ);
- la disponibilità di discipline per la preparazione e gestione di emergenze sanitarie.

4.1. Programmazione Ospedaliera 2024-2026

Il DM 70/2015 stabilisce che a livello regionale “*le strutture ospedaliere sono articolate secondo livelli gerarchici di complessità che erogano prestazioni in regime di ricovero ospedaliero a ciclo continuativo e diurno per acuti*”, alcune tramite un modello di relazioni funzionali organizzato in base alla specificità assistenziale della singola rete.

Sono quindi previsti per le strutture ospedaliere dell'emergenza quattro livelli a complessità crescente suddivisi in:

- presidi ospedalieri in zone particolarmente disagiate;
- presidi ospedalieri di base;
- presidi ospedalieri di I livello;
- presidi ospedalieri di II livello.

La rete ospedaliera della Regione Lazio è caratterizzata dalla presenza di ospedali pubblici che costituiscono in questo ambito il principale pilastro del Servizio Sanitario Regionale (SSR), al quale si affiancano le strutture private accreditate, le quali, integrandosi con la parte pubblica, costituiscono un importante completamento dell'offerta, dall'emergenza alle post-acuzie, che viene garantita dagli ospedali pubblici a tutti i livelli assistenziali, nella logica di un'efficiente distribuzione territoriale.

La Rete Ospedaliera 2024-2026 è stata strutturata secondo i livelli previsti dal DM 70/2015 e comprende:

- 6 presidi ospedalieri di II livello (*a cui si aggiunge la struttura extraterritoriale Ospedale Pediatrico Bambino Gesù di Roma*);
- 24 presidi ospedalieri di I livello;
- 18 presidi ospedalieri di base (*di cui 3 PS specialistici*);
- 2 presidi ospedalieri in zone particolarmente disagiate;
- 70 presidi ospedalieri non dotati di pronto soccorso.

Complessivamente l'offerta è garantita da 121 strutture (compreso l'OPBG) con attività di acuzie e/o post-acuzie, che includono gli stabilimenti afferenti ad un medesimo polo ospedaliero. Le strutture pubbliche sono 43 (36%) di cui 24 con sola attività per acuti, 1 con sola attività per post-acuti e 18 con attività mista acuta/post-acuta.

La tabella di seguito riporta la programmazione dei PL per il triennio 2024-2026, pari a 17.839 PL acuti - di cui 282 PL di Terapia Intensiva aggiuntivi rispetto all'assetto NSIS al 1/1/2020 in ragione del DL 34/2022 - e 4.463 PL post-acuti, per un totale di 22.302 PL (*comprensivi dei posti letto delle sedi di Palidoro e Santa Marinella dell'OPBG e dei restanti 359 posti letto dell'OPBG di Roma necessari per soddisfare il fabbisogno regionale e dei posti letto previsti nel DL 34/2020 per l'Ospedale Militare del Celio - N=10*). I posti letto pubblici sono pari a 10.845 per acuti e 505 post-acuti, per un totale di 11.350 PL pubblici.

Viene altresì previsto un **fabbisogno aggiuntivo di PL**, pari complessivamente a 212 posti letto, di cui 70 posti letto per acuti e 142 posti letto per post-acuti, al fine di potenziare ulteriormente l'assistenza sanitaria nelle Provincie.

Complessivamente, rispetto alla popolazione pesata 2015 in Regione Lazio, (n= 5.836.729 abitanti), il rapporto PL/1.000 abitanti risulta pari a 3,06 per gli acuti e 0,76 per i post acuti.

La dotazione massima di posti letto della Regione Lazio, calcolata sulla base della matematica applicazione degli standard di cui al DM 70/2015, è pari a 21.675 posti letto, a cui si aggiungono 282 posti letto di terapia intensiva previsti ai sensi del DL 34/2020, per un totale di 21.957 posti letto.

Le differenze presenti nella presente programmazione trovano motivazione nella metodologia istruttoria descritta in precedenza che meglio coglie i puntuali bisogni assistenziali del territorio a confronto dello standard nazionale che deve necessariamente mediare le singole realtà territoriali.

Le tabelle A, B, C, D di cui alla circolare Ministeriale del 05/05/2016 sono presentate in formato Excel e costituiscono parte integrante del presente atto programmatico.

Tabella 3. Confronto tra standard posti letto (Circolare MdS 05/05/2016 e DL 34/2020) e programmazione 2024-2026.

Posti letto (Popolazione al 01/01/2015 "pesata": 5.836.729 ab.)		Standard (Circolare MdS 05/05/2016 e DL 34/2020)	Programmazione 2024-2026*
Posti letto Acuti	Numero	17.574	17.557
	Per 1.000 ab.	3,01	3,01
Posti letto Post Acuti	Numero	4.101	4.463
	Per 1.000 ab.	0,70	0,76
Posti Letto incrementali TI DL 34/2020	Numero	282	282
	Per 1.000 ab.	0,05	0,05
Totale Posti letto	Numero	21.957	22.302
	Per 1.000 ab.	3,76	3,82

* comprensivi dei posti letto delle sedi di Palidoro e Santa Marinella dell'OPBG e dei restanti posti letto OPBG - N=359- necessari per soddisfare il fabbisogno regionale, dei posti letto previsti nel DL 34/2020 per l'Ospedale Militare del Celio - N=10.

La Tabella 4 riportata illustra la classificazione delle strutture a seguito degli interventi programmati, che verranno descritti nei sotto-paragrafi successivi.

Tabella 4. Classificazione delle strutture ospedaliere* per ruolo Emergenza del Lazio, per ASL territoriale

ASL	Ruolo Emergenza						TOTALE
	Senza PS	PS	PS SPEC.	PS Disagiato	DEA I	DEA II	
Roma 1	16	2	1		6	4	29
Roma 2	14		1		5	1	21
Roma 3	14				2	1	17
Roma 4	1	1			1		3
Roma 5	4	4			1		9
Roma 6	8	2			3		13
VT	3	2		1	1		7
RI				1	1		2
LT	4	3	1		1	1	10
FR	6	1			3		10
Totale	70	15	3	2	24	7	121

*compresi i 3 poli dell'Ospedale Pediatrico Bambino Gesù, il Celio ed il Nuovo Ospedale di Amatrice.

(Non sono più compresi: Ospedale Marco Polo, Complesso Integrato Columbus, Ospedale Santo Volto di Santa Marinella)

Le Tabelle 5 e 6 riportano rispettivamente l'articolazione dei PL programmati per ASL territoriale e struttura e l'articolazione dei PL programmati per disciplina della Regione Lazio.

Tabella 5. Articolazione dei PL programmati per ASL territoriale e struttura

ASL	Struttura	Tipologia Assistenza									Totale		
		Acuti			Lungodegenza			Riabilitazione					
		ORD	DH	Tot.	ORD	DH	Tot.	ORD	DH	Tot.	ORD	DH	Tot.
Roma 1	12090501 - POLICLINICO A. GEMELLI	1.363	129	1.492	0	0	0	60	0	60	1.423	129	1.552
	12090600 - POLICLINICO UMBERTO I	1.045	103	1.148	0	0	0	24	2	26	1.069	105	1.174
	12090201 - S. GIOVANNI / ADDOLORATA	642	66	708	0	0	0	20	0	20	662	66	728
	12091900 - SANT'ANDREA	509	39	548	0	0	0	0	0	0	509	39	548
	12028501 - OSPEDALE S. FILIPPO NERI	387	36	423	0	0	0	30	0	30	417	36	453
	12090401 - OSPEDALE PEDIATRICO BAMBINO GESU'-ROMA	266	93	359	0	0	0	0	0	0	266	93	359
	12007100 - OSPEDALE S. PIETRO FATEBENEFRATELLI	308	24	332	0	0	0	0	0	0	308	24	332
	12030500 - FATEBENEFRATELLI ISOLA TIBERINA - GEMELLI ISOLA	233	22	255	0	0	0	0	0	0	233	22	255
	12018000 - AURELIA HOSPITAL	224	8	232	0	0	0	0	0	0	224	8	232
	12002600 - OSPEDALE S. SPIRITO	187	28	215	0	0	0	0	0	0	187	28	215
	12007300 - OSPEDALE SAN CARLO DI NANCY	160	13	173	0	0	0	0	0	0	160	13	173
	12007400 - OSPEDALE CRISTO RE	129	15	144	20	0	20	0	0	0	149	15	164
	12091100 - ISTITUTO DERMOPATICO DELL'IMMACOLATA	97	45	142	0	0	0	0	0	0	97	45	142
	12029600 - VILLA BETANIA	52	9	61	20	0	20	40	2	42	112	11	123
	12028800 - VILLA TIBERIA S.R.L.	98	9	107	0	0	0	0	0	0	98	9	107
	12016300 - SAN FELICIANO	87	13	100	0	0	0	0	0	0	87	13	100
	12030100 - OSPEDALE ANCELLE FRANCESCANE DEL BUON PASTORE	0	0	0	47	0	47	41	4	45	88	4	92
	12007900 - VILLA DOMELIA S.R.L.	60	7	67	21	0	21	0	0	0	81	7	88
	12008700 - POLICLINICO ITALIA	0	0	0	0	0	0	72	8	80	72	8	80
	12011500 - SANTA FAMIGLIA	62	6	68	0	0	0	0	0	0	62	6	68
	12026400 - VILLA VERDE	0	0	0	60	0	60	0	0	0	60	0	60
	12029800 - SALUS INFIRMORUM	0	0	0	20	0	20	35	3	38	55	3	58
	12015900 - NUOVA VILLA CLAUDIA	31	4	35	0	0	0	0	0	0	31	4	35
	12014600 - S. RITA DA CASCIA	0	0	0	0	0	0	30	0	30	30	0	30
	12029300 - VILLA AURORA	0	0	0	10	0	10	20	0	20	30	0	30
	12032800 - DON CARLO GNOCCHI	0	0	0	0	0	0	20	0	20	20	0	20
	12003000 - OSPEDALE REGIONALE OFTALMICO	20	0	20	0	0	0	0	0	0	20	0	20
	12090202 - OSPEDALE MILITARE CELIO	10	0	10	0	0	0	0	0	0	10	0	10
	12091300 - IRCCS FONDAZIONE G.B. BIETTI	2	2	4	0	0	0	0	0	0	2	2	4
	Roma 1 Totale	5.972	671	6.643	198	0	198	392	19	411	6.562	690	7.252
Roma 2	12092000 - POLICLINICO TOR VERGATA	576	55	631	20	0	20	20	0	20	616	55	671
	12091500 - CAMPUS BIO MEDICO	334	34	368	0	0	0	25	0	25	359	34	393
	12006601 - OSP. S. EUGENIO (Polo S. Eugenio - C.T.O. A. Alesini)	342	36	378	0	0	0	0	0	0	342	36	378
	12026700 - OSPEDALE SANDRO PERTINI	298	40	338	0	0	0	0	0	0	298	40	338
	12090900 - IRCCS S. LUCIA	14	0	14	0	0	0	279	32	311	293	32	325
	12029400 - POLICLINICO CASILINO	271	16	287	0	0	0	0	0	0	271	16	287
	12090801 - ISTITUTI FISIOTERAPICI OSPITALIERI-Regina Elena	217	43	260	0	0	0	0	0	0	217	43	260
	12007600 - MADRE GIUSEPPINA VANNINI	202	25	227	0	0	0	0	0	0	202	25	227
	12010400 - VILLA FULVIA SRL	30	0	30	0	0	0	130	15	145	160	15	175
	12006602 - OSP. C.T.O. A. ALESINI (Polo S. Eugenio - C.T.O. A. Alesini)	79	10	89	0	0	0	47	5	52	126	15	141
	12016600 - NUOVA ITOR	87	24	111	20	0	20	0	0	0	107	24	131
	12013200 - GUARNIERI SPA	114	11	125	0	0	0	0	0	0	114	11	125
	12015700 - FABIA MATER	72	17	89	0	0	0	0	0	0	72	17	89
	12024500 - MEDICA GROUP	0	0	0	60	0	60	0	0	0	60	0	60
	12008900 - N. CLINICA LATINA IST. di NEUROSCIENZE	60	0	60	0	0	0	0	0	0	60	0	60
	12029000 - KAROL WOJTYLA HOSPITAL	41	4	45	0	0	0	0	0	0	41	4	45
	12013500 - MATER MISERICORDIAE	0	0	0	0	0	0	36	0	36	36	0	36
	12016900 - NUOVA CLINICA ANNUNZIATELLA	28	6	34	0	0	0	0	0	0	28	6	34
	12090802 - ISTITUTI FISIOTERAPICI OSPITALIERI-San Gallicano	17	14	31	0	0	0	0	0	0	17	14	31
	12013900 - CLINICA LATINA	0	0	0	30	0	30	0	0	0	30	0	30
	12014300 - CONCORDIA HOSPITAL	28	2	30	0	0	0	0	0	0	28	2	30
	120202XX - ASL ROMA 2	0	0	0	20	0	20	0	0	0	20	0	20
	Roma 2 Totale	2.810	337	3.147	150	0	150	537	52	589	3.497	389	3.886

ASL	Struttura	Tipologia Assistenza									Totale		
		Acuti			Lungodegenza			Riabilitazione					
		ORD	DH	Tot.	ORD	DH	Tot.	ORD	DH	Tot.	ORD	DH	Tot.
Roma 3	12090100 - S. CAMILLO - FORLANINI	868	117	985	0	0	0	20	4	24	888	121	1.009
	12091000 - IRCCS SAN RAFFAELE PISANA	30	0	30	0	0	0	241	27	268	271	27	298
	12006100 - OSPEDALE G. B. GRASSI di Ostia	235	29	264	0	0	0	0	0	0	235	29	264
	12013800 - OSPEDALE S. G. BATTISTA-ACISMOM	0	0	0	0	0	0	240	0	240	240	0	240
	12091800 - ISTITUTO NAZIONALE PER LE MALATTIE INFETTIVE L. SPALLANZANI	212	6	218	0	0	0	0	0	0	212	6	218
	12029500 - POLICLINICO LUIGI DI LIEGRO	65	13	78	30	0	30	53	6	59	148	19	167
	12011300 - VILLA PIA	114	9	123	40	0	40	0	0	0	154	9	163
	12090402 - OSPEDALE PEDIATRICO BAMBINO GESU'-PALIDORO	92	37	129	0	0	0	30	2	32	122	39	161
	12013000 - VILLA SANDRA	0	0	0	0	0	0	144	0	144	144	0	144
	12007500 - ISRAELITICO	97	17	114	0	0	0	0	0	0	97	17	114
	12060600 - S. RAFFAELE PORTUENSE	0	0	0	0	0	0	87	9	96	87	9	96
	12017100 - CITTA' DI ROMA	70	14	84	0	0	0	0	0	0	70	14	84
	12028300 - Istituto Clinico Casalpalocco	76	0	76	0	0	0	0	0	0	76	0	76
	12019100 - MERRY HOUSE / C. GERIATRICO ROMANO	30	0	30	41	0	41	0	0	0	71	0	71
	12017300 - EUROPEAN HOSPITAL	0	0	0	0	0	0	54	0	54	54	0	54
	12026200 - VILLA MARIA IMMACOLATA	0	0	0	42	0	42	0	0	0	42	0	42
	12006500 - CENTRO PARAPLEGICI OSTIA	0	0	0	0	0	0	34	4	38	34	4	38
	120203XX - ASL ROMA 3	14	0	14	33	0	33	0	0	0	47	0	47
	Roma 3 Totale	1.903	242	2.145	186	0	186	903	52	955	2.992	294	3.286
Roma 4	12004500 - SAN PAOLO - Civitavecchia (Polo Unificato Civitavecchia-Bracciano)	152	17	169	0	0	0	0	0	0	152	17	169
	12005900 - PADRE PIO - Bracciano (Polo Unificato Civitavecchia-Bracciano)	46	10	56	29	0	29	8	0	8	83	10	93
	12090403 - OSPEDALE PEDIATRICO BAMBINO GESU'-S.MARINELLA	0	0	0	0	0	0	22	0	22	22	0	22
	Roma 4 Totale	198	27	225	29	0	29	30	0	30	257	27	284
Roma 5	12005300 - OSPEDALE S. GIOVANNI EVANGELISTA di Tivoli	224	37	261	0	0	0	0	0	0	224	37	261
	12028400 - NOMENTANA HOSPITAL	0	0	0	98	0	98	110	0	110	208	0	208
	12004600 - OSPEDALE L. PARODI DELFINO di Colferro	123	30	153	0	0	0	0	0	0	123	30	153
	12005100 - OSPEDALE CIVILE CONIUGI BERNARDINI di Palestrina	82	27	109	0	0	0	0	0	0	82	27	109
	12004900 - OSPEDALE SS. GONFALONE di Monterotondo	46	10	56	10	0	10	0	0	0	56	10	66
	12005200 - OSPEDALE A. ANGELUCCI di Subiaco	40	14	54	10	0	10	0	0	0	50	14	64
	12008800 - I.N.I. Srl Divisione Medicus Hotel	0	0	0	0	0	0	58	6	64	58	6	64
	12019900 - I.N.I. Srl Divisione Villa Dante	0	0	0	0	0	0	31	3	34	31	3	34
	12028600 - VILLA LUANA	0	0	0	0	0	0	20	0	20	20	0	20
	120205XX - ASL ROMA 5	16	0	16	20	0	20	0	0	0	36	0	36
Roma 5 Totale	531	118	649	138	0	138	219	9	228	888	127	1.015	
Roma 6	12029200 - OSPEDALE DEI CASTELLI	291	46	337	0	0	0	0	0	0	291	46	337
	12008200 - VILLA DELLE QUERCE - POLIGEST di Nemi	34	6	40	71	0	71	127	5	132	232	11	243
	12030200 - OSPEDALE REGINA APOSTOLORUM di Albano	155	32	187	0	0	0	0	0	0	155	32	187
	12004300 - OSPEDALE ANZIO-NETTUNO	131	34	165	0	0	0	15	4	19	146	38	184
	12004700 - OSPEDALE S. SEBASTIANO di Frascati	140	15	155	16	0	16	0	0	0	156	15	171
	12017600 - I.N.I. SRL di Grottaferrata	81	17	98	0	0	0	60	7	67	141	24	165
	12005400 - OSPEDALE PAOLO COLOMBO di Velletri	139	25	164	0	0	0	0	0	0	139	25	164
	12028000 - SAN RAFFAELE MONTECOMPATRI	30	0	30	0	0	0	86	9	95	116	9	125
	12013400 - S. ANNA di Pomezia	99	6	105	0	0	0	0	0	0	99	6	105
	12012200 - SAN RAFFAELE ROCCA DI PAPA	0	0	0	95	0	95	0	0	0	95	0	95
	12028900 - VILLA DEI PINI-MERINVEST di Anzio	0	0	0	56	0	56	29	3	32	85	3	88
	12009600 - MADONNA DELLE GRAZIE di Velletri	64	5	69	0	0	0	0	0	0	64	5	69
	12004800 - S. GIUSEPPE di Marino	0	52	52	0	0	0	0	0	0	0	52	52
	120206XX - ASL ROMA 6	0	0	0	11	0	11	0	0	0	11	0	11
Roma 6 Totale	1.164	238	1.402	249	0	249	317	28	345	1.730	266	1.996	
VT	12027100 - OSPEDALE BELCOLLE	439	51	490	0	0	0	16	0	16	455	51	506
	12001500 - VILLA IMMACOLATA	0	0	0	31	0	31	103	0	103	134	0	134
	12000700 - OSPEDALE DI TARQUINIA	74	13	87	0	0	0	0	0	0	74	13	87

ASL	Struttura	Tipologia Assistenza									Totale		
		Acuti			Lungodegenza			Riabilitazione					
		ORD	DH	Tot.	ORD	DH	Tot.	ORD	DH	Tot.	ORD	DH	Tot.
LI	12000300 - OSPEDALE DI CIVITACASTELLANA	66	14	80	0	0	0	0	0	0	66	14	80
	12001400 - NUOVA S. TERESA DEL BAMBIN GESU'	44	0	44	0	0	0	0	0	0	44	0	44
	12000200 - OSPEDALE DI ACQUAPENDENTE	20	10	30	0	0	0	0	0	0	20	10	30
	12030400 - CASA DI CURA NEPI	0	0	0	20	0	20	0	0	0	20	0	20
	120109XX - ASL VITERBO	0	0	0	32	0	32	16	0	16	48	0	48
	VT Totale	643	88	731	83	0	83	135	0	135	861	88	949
RI	12001901 - Ospedale San Camillo de Lellis - POLO UNIFICATO Rieti-Amatrice (Stab. Rieti)	321	30	351	28	0	28	10	1	11	359	31	390
	12001902 - POLO UNIFICATO Rieti-Amatrice (Stab. Amatrice)	20	15	35	0	0	0	40	0	40	60	15	75
	RI Totale	341	45	386	28	0	28	50	1	51	419	46	465
LT	12020000 - Ospedale Santa Maria Goretti (P.O. LATINA NORD) di Latina	440	41	481	0	0	0	0	0	0	440	41	481
	12021200 - ISTITUTO CHIRURGICO ORTOPEDICO TRAUMATOLOGICO	234	15	249	20	0	20	109	12	121	363	27	390
	12020600 - Ospedale dono Svizzero (P.O. LATINA SUD) di Formia	164	18	182	0	0	0	0	0	0	164	18	182
	12021500 - CITTA' DI APRILIA	118	7	125	20	0	20	0	0	0	138	7	145
	12020401 - P.O. A. FIORINI - Terracina (Polo LATINA CENTRO - Terracina-Fondi)	80	13	93	20	0	20	0	0	0	100	13	113
	12020900 - CASA DEL SOLE CLINICA TOMMASO COSTA di Formia	101	9	110	0	0	0	0	0	0	101	9	110
	12021400 - ISTITUTO FISIOTERAPICO C. FRANCESCHINI di Sabaudia	0	0	0	0	0	0	77	0	77	77	0	77
	12020402 - P.O. SAN GIOVANNI DI DIO - Fondi (Polo LATINA CENTRO - Terracina-Fondi)	44	28	72	0	0	0	0	0	0	44	28	72
	12021300 - SAN MARCO - Cliniche Moderne di Latina	51	9	60	0	0	0	0	0	0	51	9	60
	12027800 - VILLA SILVANA di Aprilia	0	0	0	0	0	0	27	3	30	27	3	30
	120111XX - ASL LATINA	30	0	30	0	0	0	0	0	0	30	0	30
	LT Totale	1.262	140	1.402	60	0	60	213	15	228	1.535	155	1.690
	FR	12021601 - P.O. F. SPAZIANI - Frosinone (Polo Unificato Frosinone-Alatri)	320	25	345	0	0	0	0	0	0	320	25
12022800 - OSPEDALE SANTA SCOLASTICA di Cassino		255	21	276	20	0	20	0	0	0	275	21	296
12027700 - SAN RAFFAELE di Cassino		30	0	30	69	0	69	146	14	160	245	14	259
12022600 - OSPEDALE CIVILE S.S.TRINITA' di Sora		193	31	224	20	0	20	0	0	0	213	31	244
12021602 - P.O. SAN BENEDETTO - Alatri (Polo Unificato Frosinone-Alatri)		90	12	102	28	0	28	0	0	0	118	12	130
12027900 - I.N.I. DIV. DISTACCATA CITTA' BIANCA		0	0	0	0	0	0	57	6	63	57	6	63
12023000 - S. ANNA S.R.L. di Cassino		28	4	32	0	0	0	0	0	0	28	4	32
12029100 - VILLA GIOIA di Sora		28	2	30	0	0	0	0	0	0	28	2	30
12023500 - VILLA SERENA di Cassino		28	2	30	0	0	0	0	0	0	28	2	30
12023600 - SANTA TERESA di Isola Liri		22	8	30	0	0	0	0	0	0	22	8	30
120210XX - ASL FROSINONE		10	0	10	10	0	10	0	0	0	20	0	20
FR Totale		1.004	105	1.109	147	0	147	203	20	223	1.354	125	1.479
Totale complessivo		15.828	2.011	17.839	1.268	0	1.268	2.999	196	3.195	20.095	2.207	22.302

Tabella 6. Articolazione dei PL programmati per disciplina. Regione Lazio

AFO	Disciplina	Pubblico			Privato			Ulteriore fabbisogno ASL	Totale PL Programmati		
		ORD	DH	Tot.	ORD	DH	Tot.		ORD	DH	Tot.
M	01 - ALLERGOLOGIA	0	0	0	0	8	8	0	0	8	8
	02 - DAY HOSPITAL MULTISPECIALISTICO	0	484	484	0	115	115	0	0	599	599
	05 - ANGIOLOGIA	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	08 - CARDIOLOGIA	526	0	526	265	6	271	0	791	6	797
	15 - MEDICINA SPORTIVA	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	18 - EMATOLOGIA	135	8	143	67	4	71	0	202	12	214
	19 - MALAT. END. DEL RICAMBIO E NUTRIZ	33	0	33	34	7	41	0	67	7	74
	20 - IMMUNOLOGIA	16	0	16	0	0	0	0	16	0	16
	21 - GERIATRIA	216	0	216	110	13	123	0	326	13	339
	24 - MALATTIE INFETTIVE E TROPICALI	346	0	346	52	1	53	0	398	1	399

AFO	Disciplina	Pubblico			Privato			Ulteriore fabbisogno ASL	Totale PL Programmati		
		ORD	DH	Tot.	ORD	DH	Tot.		ORD	DH	Tot.
	26 - MEDICINA GENERALE	1.791	7	1.798	1.535	27	1.562	45	3.371	34	3.405
	27 - MEDICINA LEGALE	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	29 - NEFROLOGIA	129	0	129	20	1	21	0	149	1	150
	32 - NEUROLOGIA	305	6	311	118	9	127	0	423	15	438
	40 - PSICHIATRIA	349	45	394	15	11	26	0	364	56	420
	42 - TOSSICOLOGIA	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	51 - MEDICINA D'URGENZA	421	0	421	127	0	127	0	548	0	548
	52 - DERMATOLOGIA	10	0	10	22	1	23	0	32	1	33
	54 - EMODIALISI	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	58 - GASTROENTEROLOGIA	168	2	170	59	2	61	0	227	4	231
	61 - MEDICINA NUCLEARE	17	0	17	0	1	1	0	17	1	18
	64 - ONCOLOGIA	202	63	265	148	46	194	0	350	109	459
	66 - ONCOEMATOLOGIA	48	0	48	0	0	0	0	48	0	48
	68 - PNEUMOLOGIA	193	0	193	93	1	94	0	286	1	287
	69 - RADIOLOGIA	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	71 - REUMATOLOGIA	20	0	20	11	7	18	0	31	7	38
	74 - RADIOTERAPIA ONCOLOGICA	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	96 - TERAPIA DEL DOLORE	4	0	4	0	0	0	0	4	0	4
	99 - CURE PALLIATIVE	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	Totale Area Medica	4.929	615	5.544	2.676	260	2.936	45	7.650	875	8.525
C	07 - CARDIOCHIRURGIA	116	0	116	86	0	86	0	202	0	202
	09 - CHIRURGIA GENERALE	954	0	954	780	34	814	11	1.745	34	1.779
	10 - CHIRURGIA MAXILLO FACCIALE	48	0	48	8	0	8	0	56	0	56
	12 - CHIRURGIA PLASTICA	58	0	58	15	3	18	0	73	3	76
	13 - CHIRURGIA TORACICA	108	0	108	23	0	23	0	131	0	131
	14 - CHIRURGIA VASCOLARE	149	5	154	48	1	49	0	197	6	203
	30 - NEUROCHIRURGIA	181	0	181	45	1	46	0	226	1	227
	34 - OCULISTICA	32	7	39	18	24	42	0	50	31	81
	35 - ODONTOIATRIA E STOMATOLOGIA	0	0	0	0	1	1	0	0	1	1
	36 - ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA	737	0	737	825	48	873	4	1.566	48	1.614
	38 - OTORINOLARINGOIATRIA	132	2	134	70	13	83	0	202	15	217
	43 - UROLOGIA	270	16	286	265	9	274	10	545	25	570
	48 - NEFROLOGIA (AB. AL TRAP. RENE)	8	0	8	8	1	9	0	16	1	17
	98 - DAY SURGERY MULTISPECIALISTICO	0	540	540	0	218	218	0	0	758	758
	Totale Area Chirurgica	2.793	570	3.363	2.191	353	2.544	25	5.009	923	5.932
AC	47 - GRANDI USTIONATI	14	0	14	0	0	0	0	14	0	14
	49 - TERAPIA INTENSIVA	612	0	612	192	0	192	0	804	0	804
	50 - UNITA' CORONARICA	171	0	171	81	0	81	0	252	0	252
	94 - TERAPIA SEMI INTENSIVA	102	0	102	2	0	2	0	104	0	104
	Totale Area Critica	899	0	899	275	0	275	0	1.174	0	1.174
MIP	06 - CARDIOCHIRURGIA PEDIATRICA	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	11 - CHIRURGIA PEDIATRICA	18	1	19	14	5	19	0	32	6	38
	33 - NEUROPSICHIATRIA INFANTILE	30	27	57	18	10	28	0	48	37	85
	37 - OSTETRICIA-GINECOLOGIA	510	14	524	518	12	530	0	1.028	26	1.054
	39 - PEDIATRIA	176	33	209	47	16	63	0	223	49	272
	57 - FISIOPATOLOGIA DELLA RIPR. UMANA	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	62 - NEONATOLOGIA	139	0	139	71	0	71	0	210	0	210
	65 - ONCOEMATOLOGIA PEDIATRICA	8	0	8	0	0	0	0	8	0	8
	73 - TERAPIA INTENSIVA NEONATALE	58	0	58	79	0	79	0	137	0	137
	76 - NEUROCHIRURGIA PEDIATRICA	0	0	0	14	0	14	0	14	0	14
	77 - NEFROLOGIA PEDIATRICA	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	78 - UROLOGIA PEDIATRICA	0	0	0	4	2	6	0	4	2	6
OPBG*	0	0	0	266	93	359	0	266	93	359	
	Totale Area Materno Infantile Pediatrica	939	75	1.014	1.031	138	1.169	0	1.970	213	2.183
D	97 - DETENUTI	24	1	25	0	0	0	0	24	1	25
	Totale Area Detenuti	24	1	25	0	0	0	0	24	1	25
PA	28 - UNITA' SPINALE	52	2	54	20	0	20	0	72	2	74

AFO	Disciplina	Pubblico			Privato			Ulteriore fabbisogno ASL	Totale PL Programmati		
		ORD	DH	Tot.	ORD	DH	Tot.		ORD	DH	Tot.
	56 – RECUPERO E RIABILITAZIONE	232	18	250	2.325	144	2.469	16	2.573	162	2.735
	60 – LUNGODEGENTI	201	0	201	941	0	941	126	1.268	0	1.268
	75 – NEURORIABILITAZIONE	0	0	0	354	32	386	0	354	32	386
	Totale Area Post-Acuti	485	20	505	3.640	176	3.816	142	4.267	196	4.463
	Totale complessivo	10.069	1.281	11.350	9.813	927	10.740	212	20.094	2.208	22.302

**I PL dell'Ospedale Pediatrico Bambino Gesù sono inseriti nell'area Materno Infantile.*

La programmazione prevede l'individuazione di ulteriori posti letto da accreditare per Provincia, pari al 10% dei posti letto totali, ai sensi agli art. 8-quater e 9 del d.lgs. 502/92 e introdotti con il DL Concorrenza.

La presente programmazione ospedaliera costituisce il fabbisogno ospedaliero regionale di posti letto e con successivo atto verrà definito il fabbisogno di posti letto in autorizzazione.

L'appendice presenta le schede per istituto di ricovero.

4.2. Standard di strutture per singola disciplina

La Tabella 7 riporta, per singola disciplina prevista dal DM 70/2015, l'assetto del numero di Unità Operative Complesse (UOC) pubbliche o Punti di Erogazione (PE) delle strutture private accreditate programmato nel presente atto.

Nella sezione “**Assetto programmato offerta ospedaliera 2024-2026**” sono, già descritti, le principali condizioni determinanti di valori superiori allo standard, da sottoporre al monitoraggio delle attività e, periodicamente, ad una valutazione in termini di volumi, appropriatezza ed esiti.

Le discipline in eccesso vengono analizzate in dettaglio:

- chirurgia generale: presenza di UOC/PE chirurgiche riferite alla Breast Unit (interdisciplinari) e inserimento nel PN di una struttura accreditata di un PE finalizzato a garantire gli standard di sicurezza;
- terapia intensiva, malattie infettive, pneumologia: presenza di UOC/PE necessarie per la risposta di prossimità, gli eventi di emergenza sanitaria e per la presenza dell'IRCSS INMI Spallanzani con il ruolo di riferimento nazionale;
- chirurgia toracica: presenza di UOC/PE per il completamento della configurazione di un DEA II;
- gastroenterologia, nefrologia e ortopedia: presenza di UOC/PE a causa dell'incremento del fabbisogno di offerta specialistica;
- ematologia e oncoematologia, chirurgia plastica, neurochirurgia, medicina nucleare: presenza di UOC/PE nelle Università e negli IRCSS;
- chirurgia vascolare: presenza di UOC/PE per il completamento dei DEA I delle Province con il ruolo di CTZ e UTN I/UTN II;
- malattie endocrine e metaboliche: presenza di UOC/PE finalizzate a percorsi trasversali ospedale-territorio per la diabetologia e la patologia endocrina;
- oncologia: prevista la riduzione di 1 punto di erogazione ed è in corso un processo di revisione della rete oncologica con riconversione verso la disciplina di oncologia senza posti letto;
- ostetricia e ginecologia: prevista la riduzione di 2 punti di erogazione.

Il rapporto tra gli 11.350 posti letto pubblici e le 625 Unità Operative Complesse ospedaliere, risulta in linea con lo standard previsto dal Comitato LEA, ossia 18,16 rispetto a 17,5.

Tabella 7. Standard di strutture per singola disciplina

Discipline	UOC	PE	TOTALE UOC+PE	STANDARD	
				Min	Max
01 – ALLERGOLOGIA	0	1	1	3	6
03 - ANATOMIA E ISTOLOGIA PATOLOGICA	12	0	12	20	39
06 - CARDIOCHIRURGIA PEDIATRICA	0	0	0	1	1
07 – CARDIOCHIRURGIA	5	4	9	5	10
08 – CARDIOLOGIA	25	13	38	20	39
09 - CHIRURGIA GENERALE	39	30	69	29	59
10 - CHIRURGIA MAXILLO FACCIALE	3	1	4	3	6
11 - CHIRURGIA PEDIATRICA	2	2	4	2	4
12 - CHIRURGIA PLASTICA	5	3	8	3	6
13 - CHIRURGIA TORACICA	6	2	8	4	7
14 - CHIRURGIA VASCOLARE	12	6	18	7	15
18 - EMATOLOGIA + 66 - ONCOEMATOLOGIA	10	2	12	5	10
19 - MALAT. ENDOC. DEL RICAMBIO E NUTRIZ	9	4	13	5	10
20 – IMMUNOLOGIA	1	0	1	1	3
21 – GERIATRIA	6	7	13	7	15
24 - MALATTIE INFETTIVE E TROPICALI	13	2	15	5	10
26 - MEDICINA GENERALE	32	41	73	39	73
27 - MEDICINA LEGALE	1	0	1	0	0
28 - UNITA' SPINALE	2	1	3	0	0
29 – NEFROLOGIA	13	2	15	5	10
30 – NEUROCHIRURGIA	11	1	12	5	10
32 – NEUROLOGIA	15	9	24	20	39
33 - NEUROPSICHIATRIA INFANTILE	2	1	3	1	3
34 – OCULISTICA	13	12	25	20	39
35 - ODONTOIATRIA E STOMATOLOGIA	4	1	5	7	15
36 - ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA	29	31	60	29	59
37 - OSTETRICIA-GINECOLOGIA	25	18	43	20	39
38 - OTORINOLARINGOIATRIA	17	11	28	20	39
39 – PEDIATRIA	19	4	23	20	39
40 – PSICHIATRIA	20	2	22	20	39
42 - TOSSICOLOGIA	0	0	0	1	1
43 – UROLOGIA	15	21	36	20	39
47 - GRANDI USTIONATI	1	0	1	1	1
48 - NEFROLOGIA (ABILITATO AL TRAPIANTO RENE)	1	1	2	1	3
49 - TERAPIA INTENSIVA	32	14	46	20	39
50 - UNITA` CORONARICA	1	12	13	20	39
51 - MEDICINA D'URGENZA	28	7	35	20	39
52 - DERMATOLOGIA	5	2	7	5	10
54 – EMODIALISI	1	0	1	10	20
56 - RECUPERO E RIABILITAZIONE	5	34	39	0	0
57 - FISIOPAT. DELLA RIPRODUZ. UMANA	1	0	1	1	3
58 - GASTROENTEROLOGIA	14	5	19	7	15
60 - LUNGODEGENTI	1	26	27	39	73
61 - MEDICINA NUCLEARE	4	1	5	1	3
62 - NEONATOLOGIA	2	8	10	5	10
64 – ONCOLOGIA	15	8	23	10	20
65 - ONCOEMATOLOGIA PEDIATRICA	1	0	1	1	3
68 - PNEUMOLOGIA	10	6	16	7	15
69 – RADIOLOGIA	24	0	24	20	39
71 - REUMATOLOGIA	2	2	4	5	10
73 - TERAPIA INTENSIVA NEONATALE	4	4	8	5	10
74 - RADIOTERAPIA ONCOLOGICA	10	0	10	5	10
75 - NEURORIABILITAZIONE	0	6	6	5	10
76 - NEUROCHIRURGIA PEDIATRICA	0	1	1	1	1
77 - NEFROLOGIA PEDIATRICA	0	0	0	1	1
78 - UROLOGIA PEDIATRICA	0	1	1	1	1

Discipline	UOC	PE	TOTALE UOC+PE	STANDARD	
				Min	Max
94 - TERAPIA SEMI INTENSIVA	0	1	1	20	39
96 - TERAPIA DEL DOLORE	0	0	0	12	20
97 - DETENUTI	2	0	2	0	0
99 - CURE PALLIATIVE	0	0	0	1	2
DD - DIETETICA/DIETOLOGIA	0	0	0	5	10
DS - DIREZIONE SANITARIA	31	0	31	20	39
FO - FARMACIA OSPEDALIERA	17	0	17	20	39
FS - FISICA SANITARIA	2	0	2	5	10
GM - GENETICA MEDICA	2	0	2	1	3
LA - LABORATORIO ANALISI	18	0	18	20	39
MNN - MEDICINA NUCLEARE (SENZA PL)	2	0	2	5	10
MV - MICROBIOLOGIA E VIROLOGIA	8	0	8	5	10
NRX - NEURORADIOLOGIA	2	0	2	3	6
OSL - ONCOLOGIA SENZA PL	2	0	2	20	39
ST - SERVIZIO TRASFUSIONALE	11	0	11	20	39
TOTALE	625	371	996	695	1.364

4.3. Principali interventi di programmazione 2024-2026

Si riportano di seguito i principali interventi per singola Provincia della Regione Lazio.

4.3.1 Roma

Tabella 8. Confronto PL Roma

ROMA		Programmazione 2021-2023		PL NSIS 2023		PL Equivalenti 2022		Programmazione 2024-2026		Programmazione oltre 2026	
		PL	x1.000ab	PL	x1.000ab	PL	x1.000ab	PL	x1.000ab	PL	x1.000ab
Totale		17.625	4,08	16.558	3,83	14.203	3,29	17.719	4,10	17.759	4,11
<i>Acuti</i>		<i>14.368</i>	<i>3,33</i>	<i>13.443</i>	<i>3,11</i>	<i>11.187</i>	<i>2,59</i>	<i>14.211</i>	<i>3,29</i>	<i>14.211</i>	<i>3,29</i>
<i>Post-Acuti</i>		<i>3.257</i>	<i>0,75</i>	<i>3.115</i>	<i>0,72</i>	<i>3.016</i>	<i>0,70</i>	<i>3.508</i>	<i>0,81</i>	<i>3.548</i>	<i>0,82</i>
Pubblico	Totale	8.307	1,92	7.491	1,73	6.175	1,43	8.319	1,93	8.359	1,93
	<i>Acuti</i>	<i>8.049</i>	<i>1,86</i>	<i>7.303</i>	<i>1,69</i>	<i>6.015</i>	<i>1,39</i>	<i>7.997</i>	<i>1,85</i>	<i>7.997</i>	<i>1,85</i>
	<i>Post-Acuti</i>	<i>258</i>	<i>0,06</i>	<i>188</i>	<i>0,04</i>	<i>160</i>	<i>0,04</i>	<i>322</i>	<i>0,07</i>	<i>362</i>	<i>0,08</i>
Privato	Totale	8.959	2,07	8.452	1,96	7.396	1,71	8.927	2,07	8.927	2,07
	<i>Acuti</i>	<i>5.960</i>	<i>1,38</i>	<i>5.525</i>	<i>1,28</i>	<i>4.540</i>	<i>1,05</i>	<i>5.825</i>	<i>1,35</i>	<i>5.825</i>	<i>1,35</i>
	<i>Post-Acuti</i>	<i>2.999</i>	<i>0,69</i>	<i>2.927</i>	<i>0,68</i>	<i>2.856</i>	<i>0,66</i>	<i>3.102</i>	<i>0,72</i>	<i>3.102</i>	<i>0,72</i>
Fabbisogno aggiuntivo*	Totale							114	0,03	114	0,03
	<i>Acuti</i>							<i>30</i>	<i>0,01</i>	<i>30</i>	<i>0,01</i>
	<i>Post-Acuti</i>							<i>84</i>	<i>0,02</i>	<i>84</i>	<i>0,02</i>
OPBG - Roma	Totale	359	0,08	615	0,14	631	0,15	359	0,08	359	0,08
	<i>Acuti</i>	<i>359</i>	<i>0,08</i>	<i>615</i>	<i>0,14</i>	<i>631</i>	<i>0,15</i>	<i>359</i>	<i>0,08</i>	<i>359</i>	<i>0,08</i>

*Individuazione di un fabbisogno aggiuntivo modulabile definito sulla base delle richieste pervenute dalle Aziende.

Principali interventi su Area di Roma (ASL RM 1-2-3)

Nelle ASL Roma 1-2-3 la programmazione prevede l'attivazione del DEA II presso il Policlinico di Tor Vergata, un completamento della configurazione delle discipline presenti nei singoli Ospedali, una rimodulazione dell'offerta verso la ASL Roma 2-3 e un ampliamento in lungodegenza.

In dettaglio i principali interventi:

- Policlinico Tor Vergata: attivazione del DEA di II livello e ampliamento dei posti letto di riabilitazione e lungodegenza;
- S. Andrea: ampliamento dell'ospedale con l'apertura di una struttura dedicata a Centro Cardiovascolare;
- Ospedale Grassi: attivazione neurologia con UTN I;
- CTO: attivazione medicina generale;
- Pertini: attivazione urologia;

- S. Lucia: attivazione centro spinale, terapia intensiva e neurologia;
- Cristo Re: rimodulazione dei posti letto per attivazione lungodegenza;
- Santa Famiglia: rimodulazione dei posti letto per attivazione chirurgia generale, terapia semintensiva e DS multispecialistico;
- Nuova Itor: rimodulazione dei posti letto per attivazione lungodegenza;
- Gemelli: trasferimento dei posti letto attivi del Complesso integrato Columbus al Gemelli;
- IDI: rimodulazione dei posti letto per attivazione cardiologia con UTIC, oculistica, ortopedia e terapia intensiva;
- Guarnieri: rimodulazione dei posti letto per attivazione Urologia;
- Nuova Clinica Latina: riconversione ai sensi del DM 70/2015;
- S. Giacomo in Augusta: riapertura dell'ospedale con 40 pl di lungodegenza oltre il 2026;
- identificazione di un fabbisogno aggiuntivo pari a 14 pl per acuti e 53 pl per lungodegenza.

Principali interventi su Area di Roma Metropolitana (ASL RM 4-5-6)

Nelle ASL Roma 4-5-6 la programmazione prevede un completamento della configurazione delle discipline presenti nei singoli Ospedali, rafforza la sua capacità di risposta in urgenza e in lungodegenza. L'attivazione di un Punto Nascita nella ASL Roma 6 prevede la produzione di un progetto aziendale, secondo gli standard nazionali, da sottoporre al CPNr, che ha il compito di accompagnare e monitorare il processo.

In dettaglio i principali interventi:

- Ospedale di Civitavecchia: attivazione di neurologia;
- Ospedale di Bracciano: attivazione di urologia, riabilitazione e incremento di lungodegenza;
- Ospedale di Colferro: attivazione di oncologia;
- Ospedale di Palestrina: attivazione medicina d'urgenza;
- Ospedale di Subiaco: attivazione terapia intensiva, ortopedia e medicina d'urgenza con servizi di chemioterapia, dialisi, laboratorio analisi;
- Ospedale Anzio-Nettuno: attivazione di urologia, neuropsichiatria infantile e recupero e riabilitazione;
- Ospedale di Frascati: attivazione di malattie endocrine, pneumologia e lungodegenza;
- Ospedale di Velletri: attivazione del Punto Nascita, di geriatria, e otorinolaringoiatria;
- Ospedale dei Castelli: attivazione di TIN;
- Ospedale Regina Apostolorum: rimodulazione dei posti letto per attivazione di oculistica e ortopedia;
- identificazione di un fabbisogno aggiuntivo pari a 16 pl per acuti e 31 per post-acuzie.

4.3.2 Viterbo

Tabella 9. Confronto PL Viterbo

VITERBO	Programmazione 2021-2023		PL NSIS 2023		PL Equivalenti 2022		Programmazione 2024-2026		Programmazione oltre 2026		
	PL	x1.000ab	PL	x1.000ab	PL	x1.000ab	PL	x1.000ab	PL	x1.000ab	
Totale	887	2,80	680	2,15	654	2,07	949	3,00	949	3,00	
Acuti	717	2,27	535	1,69	519	1,64	731	2,31	731	2,31	
Post-Acuti	170	0,54	145	0,46	135	0,43	218	0,69	218	0,69	
Pubblico	Totale	689	2,18	492	1,56	468	1,48	703	2,22	703	2,22
	Acuti	673	2,13	491	1,55	467	1,48	687	2,17	687	2,17
	Post-Acuti	16	0,05	1	0,00	1	0,00	16	0,05	16	0,05
Privato	Totale	198	0,63	188	0,59	186	0,59	198	0,63	198	0,63
	Acuti	44	0,14	44	0,14	52	0,16	44	0,14	44	0,14
	Post-Acuti	154	0,49	144	0,46	134	0,42	154	0,49	154	0,49
Fabbisogno aggiuntivo*	Totale						48	0,15	48	0,15	
	Post-Acuti						48	0,15	48	0,15	

*Individuazione di un fabbisogno aggiuntivo modulabile definito sulla base delle richieste pervenute dalle Aziende e per potenziare l'assistenza di prossimità nelle Province.

Nella ASL di Viterbo la programmazione rafforza la sua capacità di risposta in urgenza con l'attivazione dell'UTN II, completa la configurazione di DEA I con la chirurgia maxillofacciale, e potenzia l'offerta con 6 pl aggiuntivi per acuti e post-acuti.

In dettaglio i principali interventi:

- Ospedale Belcolle: attivazione dell'UTN II e di chirurgia maxillofacciale;
- Identificazione di un fabbisogno aggiuntivo per il potenziamento dell'assistenza di prossimità pari a 48 pl per post-acuti.

4.3.3 Rieti

Tabella 10. Confronto PL Rieti

RIETI		Programmazione 2021-2023		PL NSIS 2023		PL Equivalenti 2022		Programmazione 2024-2026		Programmazione oltre 2026	
		PL	x1.000ab	PL	x1.000ab	PL	x1.000ab	PL	x1.000ab	PL	x1.000ab
Totale		454	2,93	255	1,65	249	1,61	465	3,00	468	3,02
Acuti		419	2,71	243	1,57	240	1,55	386	2,49	389	2,51
Post-Acuti		35	0,23	12	0,08	9	0,06	79	0,51	79	0,51
Pubblico	Totale	454	2,93	255	1,65	249	1,61	465	3,00	468	3,02
	Acuti	419	2,71	243	1,57	240	1,55	386	2,49	389	2,51
	Post-Acuti	35	0,23	12	0,08	9	0,06	79	0,51	79	0,51
Privato	Totale										
	Acuti										
	Post-Acuti										

Nella ASL di Rieti la programmazione rafforza la sua capacità di risposta in urgenza con la Radiologia Interventistica, prevede l'ampliamento dell'offerta su Magliano Sabina in sostituzione delle aree, attualmente in ristrutturazione, dell'Ospedale S. Camillo De Lellis, sulla quale la ASL deve produrre un progetto aziendale dettagliato dei percorsi organizzativi e funzionali, e attiva la l'ospedale di Amatrice.

In dettaglio i principali interventi:

- Ospedale di Rieti: attivazione della Radiologia Interventistica.
- Magliano Sabina - Ospedale di comunità: conferma, nelle more del Nuovo Ospedale di Rieti dei 24 posti letto (9 di chirurgia generale, di cui 1 DH e 14 medicina – questi ultimi riconvertiti in lungodegenza) e attivazione di ulteriori 45 posti letto di geriatria, previo un apposito progetto aziendale che identifichi i percorsi organizzativi e funzionali, i criteri clinici, le procedure di sicurezza e le afferenze dei posti letto all'ospedale di Rieti;
- Ospedale di Amatrice: apertura del presidio ospedaliero con medicina e riabilitazione.

4.3.4 Latina

Tabella 11. Confronto PL Latina

LATINA		Programmazione 2021-2023		PL NSIS 2023		PL Equivalenti 2022		Programmazione 2024-2026		Programmazione oltre 2026	
		PL	x1.000ab	PL	x1.000ab	PL	x1.000ab	PL	x1.000ab	PL	x1.000ab
Totale		1.734	3,08	1.482	2,63	1.061	1,88	1.690	3,00	1.838	3,26
Acuti		1.506	2,67	1.254	2,23	839	1,49	1.402	2,49	1.550	2,75
Post-Acuti		228	0,40	228	0,40	221	0,39	288	0,51	288	0,51
Pubblico	Totale	922	1,64	665	1,18	584	1,04	848	1,51	996	1,77
	Acuti	922	1,64	665	1,18	584	1,04	828	1,47	976	1,73
	Post-Acuti	0	0,00	0	0,00	0	0,00	20	0,04	20	0,04
Privato	Totale	812	1,44	817	1,45	476	0,85	812	1,44	812	1,44
	Acuti	584	1,04	589	1,05	255	0,45	544	0,97	544	0,97
	Post-Acuti	228	0,40	228	0,40	221	0,39	268	0,48	268	0,48
Fabbisogno aggiuntivo*	Totale							30	0,05	30	0,05
	Acuti							30	0,05	30	0,05

*Individuazione di un fabbisogno aggiuntivo modulabile definito sulla base delle richieste pervenute dalle Aziende e per potenziare l'assistenza di prossimità nelle Province.

Nella ASL di Latina la programmazione prevede un completamento della configurazione delle discipline presenti nei singoli Ospedali, in particolare l'Ospedale S.M. Goretti assume il ruolo di DEA II e UTN II, attiva l'offerta di lungodegenza, prima assente sul suo territorio, rimodula le configurazioni delle Strutture Accreditate per fornire supporto al DEA II.

In dettaglio i principali interventi:

- Ospedale di Latina: attivazione DEA II, Stroke II livello, cardiocirurgia, chirurgia maxillo facciale, chirurgia plastica e pneumologia;
- Ospedale di Formia: attivazione di oncologia, urologia, otorinolaringoiatria, oculistica e neurologia;
- Ospedale di Terracina: attivazione di Lungodegenza;
- Città di Aprilia: rimodulazione dei posti letto per attivazione cardiologia con UTIC, neurologia e lungodegenza;
- ICOT: attivazione lungodegenza;
- identificazione di un fabbisogno aggiuntivo per il potenziamento dell'assistenza di prossimità pari a 43 pl per acuti.

4.3.5 Frosinone

Tabella 12. Confronto PL Frosinone

FROSINONE		Programmazione 2021-2023		PL NSIS 2023		PL Equivalenti 2022		Programmazione 2024-2026		Programmazione oltre 2026	
		PL	x1.000ab	PL	x1.000ab	PL	x1.000ab	PL	x1.000ab	PL	x1.000ab
Totale		1.433	2,97	1.270	2,63	1.021	2,12	1.479	3,07	1.479	3,07
Acuti		1.085	2,25	942	1,95	729	1,51	1.109	2,30	1.109	2,30
Post-Acuti		348	0,72	328	0,68	291	0,60	370	0,77	370	0,77
Pubblico	Totale	999	2,07	836	1,73	614	1,27	1.015	2,10	1.015	2,10
	Acuti	943	1,96	800	1,66	600	1,24	947	1,96	947	1,96
	Post-Acuti	56	0,12	36	0,07	13	0,03	68	0,14	68	0,14
Privato	Totale	434	0,90	434	0,90	407	0,84	444	0,92	444	0,92
	Acuti	142	0,29	142	0,29	129	0,27	152	0,32	152	0,32
	Post-Acuti	292	0,61	292	0,61	278	0,58	292	0,61	292	0,61
Fabbisogno aggiuntivo*	Totale							20	0,04	20	0,04
	Acuti							10	0,02	10	0,02
	Post-Acuti							10	0,02	10	0,02

*Individuazione di un fabbisogno aggiuntivo modulabile definito sulla base delle richieste pervenute dalle Aziende e per potenziare l'assistenza di prossimità nelle Province.

Nella ASL di Frosinone la programmazione prevede un completamento della configurazione delle discipline presenti nei singoli Ospedali, presso l'Ospedale Spaziani si rafforza l'offerta specialistica completa e la capacità di risposta in urgenza, presso Sora-Anagni la terapia oncologica e la lungodegenza.

In dettaglio i principali interventi:

- Ospedale Spaziani: attivazione di chirurgia maxillo-facciale, chirurgia vascolare, gastroenterologia;
- Ospedale di Alatri: attivazione geriatria, ortopedia e urologia;
- Ospedale Santa Scolastica: attivazione neurologia;
- Ospedale di Sora: previste rimodulazioni di posti letto in incremento per l'Oncologia (14 pl dislocati presso Anagni* che avrà inoltre servizi di chemioterapia e dialisi) e Lungodegenza.
*previo apposito progetto aziendale che identifichi i percorsi organizzativi e funzionali, i criteri clinici, le procedure di sicurezza e le afferenze dei posti letto all'ospedale di Sora;
- identificazione di un fabbisogno aggiuntivo per il potenziamento dell'assistenza di prossimità pari a 10 pl per acuti e 10 pl per post-acuti.

4.4. Modalità di monitoraggio dello stato di avanzamento della Programmazione 2024-2026

La Programmazione Ospedaliera 2024-2026 è uno strumento **flessibile** il cui monitoraggio è essenziale al fine di garantire che l'attività ospedaliera sia in grado di:

- soddisfare le esigenze della propria comunità;
- garantire una risposta efficace alle mutevoli esigenze sanitarie;
- fornire servizi sanitari di alta qualità;
- mantenere elevati standard di sicurezza e qualità delle cure.

Per tale ragione la programmazione verrà sottoposta ad un monitoraggio periodico in relazione:

- all'evoluzione del fabbisogno;
- all'analisi dell'appropriatezza della produzione;
- all'analisi dei volumi di produzione e dei relativi esiti;
- alla disponibilità delle risorse umane, in coerenza con gli Standard di Personale;
- all'analisi dell'utilizzo del budget.

Gli stati di avanzamento verranno monitorati secondo un cronoprogramma ben definito e condiviso con i Responsabili Aziendali. Gli esiti di tali monitoraggi verranno individuati come obiettivi dei Direttori Generali delle Aziende del SSR.

Come tutte le riforme la programmazione della rete ospedaliera 2024-2026 potrà essere aggiornata in relazione alle evidenze, agli ulteriori bisogni, ed eventuali vincoli sopravvenuti che emergeranno in sede di implementazione e monitoraggio.

Partendo dall'attività prodotta nel corso dell'anno 2022 e, sulla base di analisi svolte dalla Direzione Salute ed Integrazione Sociosanitaria, sono state individuate **tre fasi di monitoraggio**.

Fase 1: FABBISOGNO INDISPENSABILE – Incremento della capacità ospedaliera di 1.459 posti letto equivalenti ordinari, pari al +9% dei PL equivalenti 2022, di cui:

- +698 posti letto equivalenti Ordinari per il miglioramento del sovraffollamento del Pronto Soccorso, necessario al raggiungimento degli standard nazionali in termini di tempi medi di attesa;
- +426 posti letto equivalenti Ordinari per il recupero della mobilità passiva verso altre Aziende regionali e/o fuori Regione.
- +335 posti letto equivalenti Ordinari per post-acuti, necessari per ridurre i tempi medi di degenza.

Fase 2: INCREMENTO INTERMEDIO – Incremento della capacità ospedaliera di circa ulteriori 1.500 PL equivalenti ordinari rispetto allo step 1.

Fase 3: RAGGIUNGIMENTO PROGRAMMAZIONE – Incremento della capacità ospedaliera di circa ulteriori 1.500 PL equivalenti ordinari rispetto allo step 2, fino al raggiungimento della programmazione ospedaliera 2024-2026.

In ciascun incontro con i Responsabili aziendali verranno altresì monitorati i **principali indicatori di performance ospedaliera**, effettuando un confronto con i valori rilevati a livello regionale e, laddove presenti, gli standard nazionali, ad esempio:

- degenza media;
- tassi di occupazione;
- tassi di ospedalizzazione;
- percentuale di inappropriatezza;
- intervallo di turnover dei posti letto;
- indice di rotazione dei posti letto;
- indice comparativo di performance;
- indice di case mix.

Tale monitoraggio ha l'obiettivo di verificare l'effettivo incremento della capacità ospedaliera in termini di posti letto equivalenti e il loro utilizzo secondo indicatori di efficienza e appropriatezza, in coerenza con i valori di benchmark regionale, considerando come indicatori il tasso di occupazione superiore all'85%, la degenza media, la percentuale di appropriatezza e il peso medio.

Il sistema di monitoraggio costituisce lo strumento utilizzato per misurare l'evoluzione della Rete e valutare le necessità di modifiche nella configurazione delle strutture ospedaliere e dei reparti.

5. Governo clinico

Il documento di programmazione definisce le linee di indirizzo per il governo clinico, il coordinamento e l'operatività della Rete al fine di migliorare i processi, la qualità e la sicurezza delle cure e la soddisfazione dei pazienti e del personale.

L'azione di governo clinico è centrata sul miglioramento dei flussi attraverso l'adozione di interventi organizzativi coordinati a livello regionale, customizzati a livello aziendale, sostenuti da investimenti finalizzati e specifici su strutture, risorse umane e tecnologie in relazione agli standard ed ai risultati.

Il miglioramento del flusso è un percorso culturale, che coinvolge trasversalmente le aree organizzative e professionali, promuovendo il coordinamento di risorse, servizi in comune e la continuità di collaborazione transdisciplinare.

Il flusso deve essere strutturato secondo **percorsi chiari con connessioni strutturate e identificazione, ai vari livelli, di ruoli di riferimento e responsabilità**, da contestualizzare secondo il modello di Rete "*Hub e Spoke*" e di "*Comprehensive Network*". Il sistema di Rete deve essere applicato ad ogni livello organizzativo al fine di integrare, armonizzare e coordinare le attività disciplinari tra i singoli presidi.

I coordinamenti e i ruoli di riferimento della Rete devono essere definiti con un mandato istituzionale, a livello regionale e aziendale, supportati da strumenti di comunicazione rapida e di lettura delle informazioni cliniche secondo una metodologia trasparente di responsabilità e di collegamento.

I coordinamenti definiscono, per ciascuna linea di attività, **una metrica di monitoraggio**, dotata di strumenti di analisi e di *alert* in tempo reale, in grado di permettere la rilevazione di criticità e la preparazione di interventi strutturali o finalizzati a specifiche condizioni.

Nella sezione "**Reti integrate clinico assistenziali**" viene identificata la struttura di Coordinamento di ciascuna Rete, con la responsabilità di facilitare, assicurare e monitorare sul campo l'attuazione degli indirizzi programmatici regionale.

A livello Aziendale il mandato istituzionale è assunto dalla Direzione Strategica con il compito di guidare le fasi del processo, coinvolgendo le figure professionali in funzione della competenza ed esperienza necessaria per il raggiungimento degli obiettivi specifici, privilegiando la partecipazione multidisciplinare e multiprofessionale. Nell'ambito della propria organizzazione ciascuna struttura ospedaliera deve essere dotata del Team Operativo Ospedaliero (Determina n. G15959 del 18.11.2022), dei referenti di ciascuna Rete (Determina specifica di Rete) e per le Aziende territoriali della COT A/D (DGR 643 del 26.07.2022), secondo modalità di collegamento strutturate, predisponendo una mappa con i punti di accesso e le connessioni con i servizi di prossimità e le cure primarie.

L'organizzazione ospedaliera deve essere rinnovata e sviluppata per processi e obiettivi assistenziali e per aree omogenee di ricovero, che permettano un'integrazione delle competenze e una migliore continuità assistenziale, strutturata in spazi progressivamente adeguati ad una maggiore flessibilità e implementazione di utilizzo. **Le discipline accreditate con un numero di posti letto inferiori ai 10 devono essere funzionalmente integrate in un'area omogenea ad esclusione di quelle afferenti ad area critica, materno-infantile, e psichiatria.**

I servizi assistenziali trasversali alle UU.OO., in particolare la diagnostica di II livello e le Sale Operatorie e di Interventistica, devono essere governate e programmate da un coordinamento operativo aziendale secondo un regolamento che ne definisca la potenzialità, le tempistiche, l'operatività, le priorità e il monitoraggio al fine di consentire una gestione aziendale omogenea.

Il processo di dimissione ospedaliera e di cambio di setting, previsto nella Determina n. G15959 del 18.11.2022, è una condizione centrale al miglioramento dei flussi, richiede l'implementazione di un sistema informativo in grado di consentire una comunicazione condivisa e partecipata fra i diversi attori e costituisce lo strumento per lo sviluppo di un sistema di regolazione.

L'ospedale virtuale e l'attivazione di strumenti tecnologici sono tra gli obiettivi organizzativi della Rete al fine di ridurre il periodo di degenza e le riammissioni utilizzando piattaforme in grado di monitorizzare le persone a distanza.

La gestione e il monitoraggio dei processi organizzativi e assistenziali richiede la disponibilità, l'implementazione e la completa interoperabilità dei sistemi informativi per la condivisione di informazioni tra unità, servizi, strutture, cure primarie e centrali operative. I sistemi Informativi utilizzati sono relativi ai flussi EMUR, SIES, SDO, Malattie Rare, Lista di Attesa per Intervento Chirurgico, SIAS. Nel tracciato SDO è stata sviluppata una sezione esiti in grado di fornire indicazioni relative a: by pass coronarico, infarto miocardico acuto, valvole cardiache, ictus, frattura di femore, protesi di anca e trauma severo. La circolarità delle informazioni deve confluire in un sistema di “*Big Data salute*” in grado di valutare l'erogazione dei servizi sanitari, preparare una medicina personalizzata, supportare il processo decisionale clinico, incidere sulla spesa dell'assistenza sanitaria e prevedere futuri episodi di interesse sanitario.

Il sistema di monitoraggio dell'attività assistenziale deve prevedere l'integrazione degli attuali indicatori di esito, LEA, PNE e Pre.Val.E, con una metodologia di analisi per fasi di percorso e obiettivi assistenziali. La disponibilità di cruscotti real time consente la lettura immediata di strumenti di benchmarking, di alert e di predittività, in grado di supportare interventi organizzativi rivolti alla facilitazione dei flussi e ad eventuali emergenze sanitarie.

Questi strumenti forniscono alla Direzione Strategica centralità e strategia per migliorare i metodi di lavoro e la logica di utilizzo delle risorse, da predisporre e condividere attraverso un'attività di “*lean management*”, di Audit e Feedback e di formazione sul campo, che le Aziende devono adottare, in modo sistematico e periodico, per la realizzazione di un piano di miglioramento annuale per ciascuna linea di attività.

5.1. Liste di attesa e Percorso Chirurgico

Le Determina regionale n. G11271 del 1.10.2020 ha definito il percorso chirurgico, in coerenza con quanto descritto dalla Conferenza Permanente Stato-Regioni n. 100/CSR del 9.07.2020; successivamente le Aziende hanno predisposto il proprio percorso organizzativo, che è stato oggetto di verifica.

Il sistema informativo per le liste di attesa chirurgiche è stato attivato il 1.08.2023 con lo scopo di consentire una trasparenza dei processi, una valutazione in corso d'opera dello stato e la possibilità di regolare l'accesso all'intervento chirurgico.

L'Area Rete Ospedaliera ha predisposto un report dell'attività chirurgica programmata e d'urgenza e una ricognizione della gestione delle Sale Operatorie al fine di valutare in modo prospettico la potenzialità operatoria e l'effettivo utilizzo.

Nelle Aziende è stata attivata una formazione sul campo, sviluppata da un gruppo regionale, al fine di migliorare la manutenzione della lista di attesa, l'appropriatezza della compilazione della lista operatoria, l'organizzazione e la metrica della sala operatoria.

L'attività di Audit e Feedback periodici con le Direzioni Sanitarie e i referenti dei Gruppi Aziendali per la Programmazione dell'Attività Chirurgica (GAPAC), di formazione sul campo sulla performance chirurgica e l'analisi delle delibere aziendali, ha permesso di formulare un documento di indirizzi operativi.

Le indicazioni operative sono rivolte a rafforzare la centralità aziendale nell'organizzazione chirurgica, inserendo come obiettivi: la predisposizione dei regolamenti per la gestione delle liste di attesa, la programmazione della sala operatoria, la produzione di PDTA relativi all'urgenza chirurgica, al buon uso del sangue, all'accesso all'area critica e alla prevenzione delle infezioni post-operatorie. La programmazione e la distribuzione degli spazi operatori è stata vincolata alla lista di attesa secondo criteri di equità di accesso, per cui ciascuna Azienda deve definire la potenzialità in relazione alle risorse umane e tecnologiche e legare l'eventuale necessità di risorse aggiuntive ad un risultato-obiettivo.

Nello stesso documento sono definite le indicazioni per la presa in carico, la definizione delle classi di priorità e la gestione integrata della preospedalizzazione.

Il recupero della mobilità extra-regionale è uno degli obiettivi organizzativi declinati in questa programmazione; in particolare per gli interventi di **protesica ortopedica**, ogni Azienda deve predisporre un **progetto in cui sia individuata una sede preferenziale** in grado di concentrare questa attività consentendone un utilizzo trasversale da parte dei professionisti.

6. Reti integrate clinico assistenziali (tempo dipendenti, reti assistenziali e rete dei servizi)

La sezione contiene, per ciascuna delle Reti, gli atti regionali di riferimento, la sua organizzazione, gli obiettivi clinico-assistenziali, le indicazioni di programmazione, i coordinamenti e gli schemi delle afferenze dei presidi ospedalieri secondo i modelli “*Hub e Spoke*” o “*Comprehensive Network*”.

Le Reti sono costituite secondo quanto previsto nel DM n. 70 del 2.04.2015, relativo agli standard qualitativi, strutturali, tecnologici relativi all'assistenza ospedaliera e all'Accordo Stato Regioni n. 14 del 24.01.2018 relativo alle Reti Tempo-dipendenti.

Le Reti sono dotate di un **Coordinamento Strategico Regionale**, responsabile degli indirizzi di programmazione e dell'approvazione dei percorsi assistenziali, e di un **Coordinamento Operativo** con il ruolo di cabina di regia sovra-aziendale con l'obiettivo di facilitare ed assicurare sul campo l'attuazione degli indirizzi programmatici regionali, gestire le situazioni di criticità e proporre azioni di miglioramento ed implementazione.

La continuità assistenziale e l'integrazione tra le Strutture, i Servizi e le loro diverse componenti è garantita da una metodologia di governo clinico costituito dalle seguenti linee di attività: Coordinamento operativo di Rete, percorsi clinico-assistenziali condivisi, monitoraggio dei processi ed esiti, incontri periodici di “*Audit & Feedback*” e *site visit*.

Il sistema di monitoraggio utilizza i sistemi informativi regionali e sviluppa cruscotti e report periodici attraverso una attività coordinata tra le Aree della Direzione Salute e il Dipartimento di Epidemiologia.

Le Strutture della Rete Ospedaliera afferenti ad una specifica Rete assistenziale devono adottare il PDTA Aziendale specifico, sviluppato e contestualizzato secondo il documento di indirizzo regionale.

6.1. Rete dell'Emergenza-Urgenza

La Rete dell'Emergenza-Urgenza costituisce la Rete di riferimento su cui si inseriscono le attività delle Reti Tempo-dipendenti e di Alta Specializzazione, che poi si sviluppano secondo percorsi assistenziali specifici e criteri di afferenza determinati dalle competenze presenti nelle singole Strutture.

Gli obiettivi assistenziali sono caratterizzati dall'accesso al sistema di soccorso 112/118, dal riconoscimento precoce della problematica clinica critica, dall'invio o trasferimento presso l'ospedale idoneo e dalla tempistica di inizio trattamento e di ricovero.

Il sistema di Emergenza-Urgenza sanitaria è costituito dalla integrazione del sistema di allarme e di emergenza territoriale con il sistema di risposta ospedaliera, i cui presidi sono distinti e definiti per livelli di competenza e responsabilità.

6.1.1 Emergenza-Urgenza territoriale

Il sistema dell'Emergenza-Urgenza sanitaria territoriale si fonda su due elementi strutturali e funzionali indispensabili per lo svolgimento della propria mission che sono: la Centrale Operativa (CO) ed i mezzi di soccorso.

Il servizio di emergenza sanitaria territoriale pone in essere modalità operative differenziate (*scoop and run, stay and play o scoop, play and run*) in funzione di diverse variabili inerenti alla gestione del soccorso quali: condizioni cliniche del paziente, sospetto lesionale, tipologia di mezzo di soccorso intervenuto e distanza dell'ospedale di destinazione finale del paziente.

L'ARES 118 assicura la gestione su tutto il territorio regionale delle seguenti linee di attività:

- gestione della fase territoriale della risposta al soccorso sanitario in emergenza-urgenza sia in situazioni ordinarie che straordinarie;
- gestione del Servizio di Trasporto Secondario Inter-ospedaliero urgente;
- gestione del trasporto organi ed equipe sanitaria connessi allo svolgimento dell'attività trapiantologica;
- gestione del Servizio Trasporto Emergenza Neonatale (STEN);
- gestione dei trasporti secondari programmati.

Il modello organizzativo adottato da ARES per la gestione della fase territoriale del soccorso sanitario in emergenza-urgenza prevede la presenza di tre Centrali Operative Regionali Emergenza Sanitaria (CORES), che hanno una competenza territoriale sovra-provinciale e sono omogenee tra loro per i bacini di utenza serviti, in piena coerenza con lo standard previsto dal D.M. n. 70/2015, che prevede una centrale operativa dell'emergenza sanitaria per un numero di abitanti non inferiore a 600.000:

- CORES Roma Città Metropolitana, area urbana di Roma e provincia;
- CORES Lazio Nord, province di Rieti, Viterbo e l'ambito territoriale relativo al distretto telefonico di Civitavecchia;
- CORES Lazio Sud, province di Latina e Frosinone.

La risposta della CORES si concretizza nella ricezione della richiesta di soccorso sanitario, nella presa in carico dei fabbisogni assistenziali in emergenza-urgenza, nella definizione di un codice di priorità d'intervento e nell'attivazione e coordinamento delle diverse tipologie di mezzi di soccorso operanti sul territorio.

La CORES opera secondo procedure condivise e standardizzate su tutto il territorio regionale, integrate con i percorsi di emergenza ospedaliera, nel rispetto di idonei standard qualitativi e prestazionali.

Il personale sanitario, con una formazione e competenze specifiche, si avvale di una infrastruttura tecnologica costituita da un avanzato sistema di comunicazioni (telefonia e radio) e da una piattaforma informatica (hardware e software) specificamente disposta.

Tale assetto assicura la gestione dell'attività di soccorso con un elevato livello di performance in termini di efficienza ed efficacia operativa, di affidabilità e continuità del servizio, di sicurezza nella protezione dei dati sensibili e di sviluppo ed implementazione di applicazioni di telemedicina per migliorare la connessione dati e video dei mezzi di soccorso con le centrali operative dell'emergenza sanitaria ed i nodi HUB della rete ospedaliera, territorialmente competenti.

L'evoluzione tecnologica sta ampliando le strategie e gli strumenti a disposizione del sistema territoriale dell'emergenza e potrà produrre notevoli benefici clinici ai pazienti attraverso l'implementazione di protocolli sanitari condivisi e standardizzati a livello regionale.

La risposta territoriale è assicurata mediante l'utilizzo di mezzi di soccorso, che sono distribuiti capillarmente su tutto il territorio regionale in modo da assicurare la necessaria tempestività nell'intervento e l'appropriato livello assistenziale. In relazione alla loro tipologia ed alle loro capacità assistenziali essi sono distinti in:

- mezzi di soccorso su gomma, che a loro volta si classificano in infermieristici e medicalizzati, a seconda della loro diversa capacità assistenziale;
- mezzi di soccorso ad ala rotante (eliambulanze), che prevedono sempre la presenza a bordo di un equipaggio sanitario composto da un infermiere ed un medico esperto in area critica.

Il servizio di elisoccorso regionale nella sua attuale configurazione prevede la presenza di tre eliambulanze operative in h 24, dislocate rispettivamente presso le basi HEMS di Latina, Roma e Viterbo. Tale assetto organizzativo è motivato dalla necessità di garantire una migliore copertura del territorio regionale, tenuto conto di alcune sue importanti peculiarità quali la presenza delle isole

Pontine e di comunità di aree disagiate, la configurazione della rete ospedaliera e la presa in carico dei trasporti correlati all'attività a supporto dei trapianti d'organo.

Tale configurazione del servizio è finalizzata a favorire una migliore integrazione con la rete territoriale dei mezzi di soccorso su gomma in modo da implementare la centralizzazione primaria dei pazienti nell'ambito delle reti tempo dipendenti e, più in generale, ridurre i tempi di medicalizzazione dei soccorsi, con particolare riguardo a quelli più complessi. In questa ottica si sta procedendo ad una implementazione della rete di elisuperfici occasionali a servizio dell'elisoccorso regionale (ai sensi del Regolamento U.E. n. 965/2012 e L.R. n. 11/2014) così da rendere più capillare sul territorio regionale il suo impiego anche nelle fasce orarie notturne.

La programmazione relativa al triennio 2024-2026 ha l'obiettivo di migliorare la risposta territoriale all'emergenza-urgenza con l'affidamento ad ARES 118 dei soccorsi primari e dei trasporti secondari (ordinari ed urgenti) e di completare il percorso di progressiva riduzione dell'esternalizzazione di tali attività attraverso il potenziamento di risorse umane e di mezzi.

A tal fine è stato predisposto un piano pluriennale che condurrà alla completa internalizzazione dei mezzi di soccorso attualmente esternalizzati. Rispetto a tale pianificazione restano da completarsi la seconda annualità per complessivi 39 mezzi da realizzare nel corso del 2024 e la terza annualità per complessivi ulteriori 40 mezzi da realizzare nel corso del 2025.

In merito, infine, all'adozione ed alla realizzazione di un modello di gestione centralizzata dei trasporti secondari, urgenti e programmati, il cui coordinamento è demandato ad ARES, è stata definita una pianificazione delle attività da espletare secondo modalità e tempistiche di seguito specificate, previa autorizzazione regionale ad acquisire le risorse umane e strumentali necessarie:

- fase 1: passaggio in capo ad ARES 118 dell'effettuazione dei trasporti secondari urgenti sul territorio dell'area metropolitana di Roma entro il 2024;
- fase 2: individuazione e realizzazione dell'infrastruttura edilizia e tecnologica per realizzare una centrale operativa dedicata per la gestione di tali trasporti da completare entro dicembre 2025;
- fase 3: passaggio della gestione di almeno il 50% dei trasporti secondari programmati ad ARES 118 entro il 30 giugno 2026;
- fase 4: passaggio del 100% dei trasporti secondari programmati entro il 31 dicembre 2026.

ARES 118 ha previsto entro il 30 giugno 2024 l'attivazione del servizio di trasporto dei pazienti con necessità di assistenza respiratoria e cardiocircolatoria con ECMO in collaborazione con i Centri Regionali, dotati di questa competenza.

L'attività di ARES 118, in collaborazione con l'Area Rete Ospedaliera, monitora la predisposizione e l'aggiornamento dei PEIMAF Ospedalieri e predispone il piano regionale per la sua attivazione.

6.1.2 Emergenza-Urgenza Ospedaliera

La Risposta Ospedaliera è garantita dalla Rete delle strutture pubbliche e private accreditate che, ciascuna per il proprio livello di competenze professionali e di dotazione tecnologica, svolge un ruolo definito dai criteri presenti nel DM 70/2015. Su questo modello sono sviluppate le altre Reti Tempo-dipendenti che si differenziano per afferenza in relazione alla disponibilità delle competenze specialistiche nelle Strutture.

Il Coordinamento Operativo è svolto dalla U.O. di Coordinamento Reti di Patologia istituita presso ARES 118, in collaborazione con l'attività della Task-Force (Centrale Operativa Regionale) responsabile del monitoraggio dei posti letto e dell'attività di facilitazione per i trasferimenti inter-ospedalieri per il ricovero e il cambio di setting.

La Rete di Emergenza-Urgenza Adulti è organizzata secondo i criteri previsti nei seguenti livelli e le afferenze sono rappresentate nella figura dedicata:

- 6 DEA II Livello;
- 23 DEA I Livello;
- 15 Pronto Soccorso;
- 2 Pronto Soccorso di Area Disagiata;
- 3 Pronto Soccorso mono-specialistici, di cui uno il CTO PS ortopedico con attività diurna.

Le Strutture Accreditate nella Rete Ospedaliera non sede di Pronto Soccorso sono collegate ai PS/DEA secondo afferenze territoriali con la funzione di supportare la loro capacità per i ricoveri non programmati e le urgenze differibili.

La Rete dell’Emergenza-Urgenza Pediatrica, definita secondo l’Accordo Stato Regioni 248 del 21.12.2017, ha l’obiettivo di facilitare l’accesso nelle strutture dotate di servizi pediatrici e di determinare la centralizzazione primaria e secondaria verso le strutture delle Alte Specialità.

La Rete dell’Emergenza-Urgenza Pediatrica è organizzata secondo i criteri previsti nei seguenti livelli e le afferenze sono rappresentate nella figura dedicata:

- 4 DEA di II livello ciascuno con uno specifico ruolo assistenziale per le alte specialità;
- 20 DEA di I livello e PS con reparto di pediatria.

Gli Ospedali sede di DEA e PS non dotati di pediatria; nel caso di accessi di pazienti in età pediatrica possono trasferirli secondo i criteri di afferenza territoriale e di livello assistenziale necessario.

L’attività di ricovero è regolata dalla Determina n. G15959 del 18.11.2022 in cui viene affrontata, in modo organico, l’intera tematica dei flussi assistenziali individuando le connessioni e le azioni di continuità tra ospedale e territorio, tra emergenza territoriale e rete ospedaliera, tra i livelli della Rete Ospedaliera e tra le UU.OO. all’interno della stessa struttura Ospedaliera. Il documento definisce le funzioni relative a:

- istituzione dell’Unità di Crisi Aziendale sui Flussi (UCAF);
- accesso del mezzo di soccorso ARES 118;
- contrasto al Boarding, a cui sono collegate le azioni di facilitazione e collegamento svolte dalla Task Force attivata presso ARES 118;
- sistema di teleconsulto tra Hub e Spoke;
- ruolo degli Hub di accettare e trattare i pazienti di propria competenza in presenza di condizioni cliniche di emergenza-urgenza, indipendentemente dalla disponibilità di posto letto;
- ruolo della Direzione Sanitaria degli Ospedali Hub di condividere con le Direzioni Sanitarie degli Ospedali Spoke i criteri e il percorso per il Back-transport;
- attività di governo dei flussi assistenziali da parte del Team Operativo Ospedaliero;
- attività di coordinamento delle ASL Territoriali per il collegamento con i servizi di prossimità e la medicina generale/pediatria di libera scelta.

Le Associazioni di Categoria hanno sottoscritto, annualmente dal 2017, il Protocollo d’intesa per il trasferimento dei pazienti da Pronto Soccorso verso le Strutture Accreditate, non sede di Pronto Soccorso, con un significativo aumento dei trasferimenti e della loro tempestività passando da circa 9.000 a oltre 24.000 nell’ultimo anno. Questo processo diviene, ora, un percorso organico inserito nella programmazione della Rete Ospedaliera per il quale, con successivo atto, verranno stabilite le soglie, i criteri di occupazione per area omogenea e le relative afferenze, considerando validi i criteri previsti all’articolo 2 comma a, b, ii della Determina Regionale n.000042 del 4 gennaio 2023.

Il monitoraggio della Rete prevede le seguenti modalità:

- cruscotto on line <http://118realtime.ised.it/view> con visualizzazione in tempo reale degli accessi, dei presenti e dei pazienti in attesa di ricovero;
- report settimanale e mensile contenente l’andamento degli accessi, il blocco ambulanze, la permanenza in Pronto Soccorso;

- report annuale sull'intera attività di Pronto Soccorso secondo indicatori di performance, di processo e di esito.

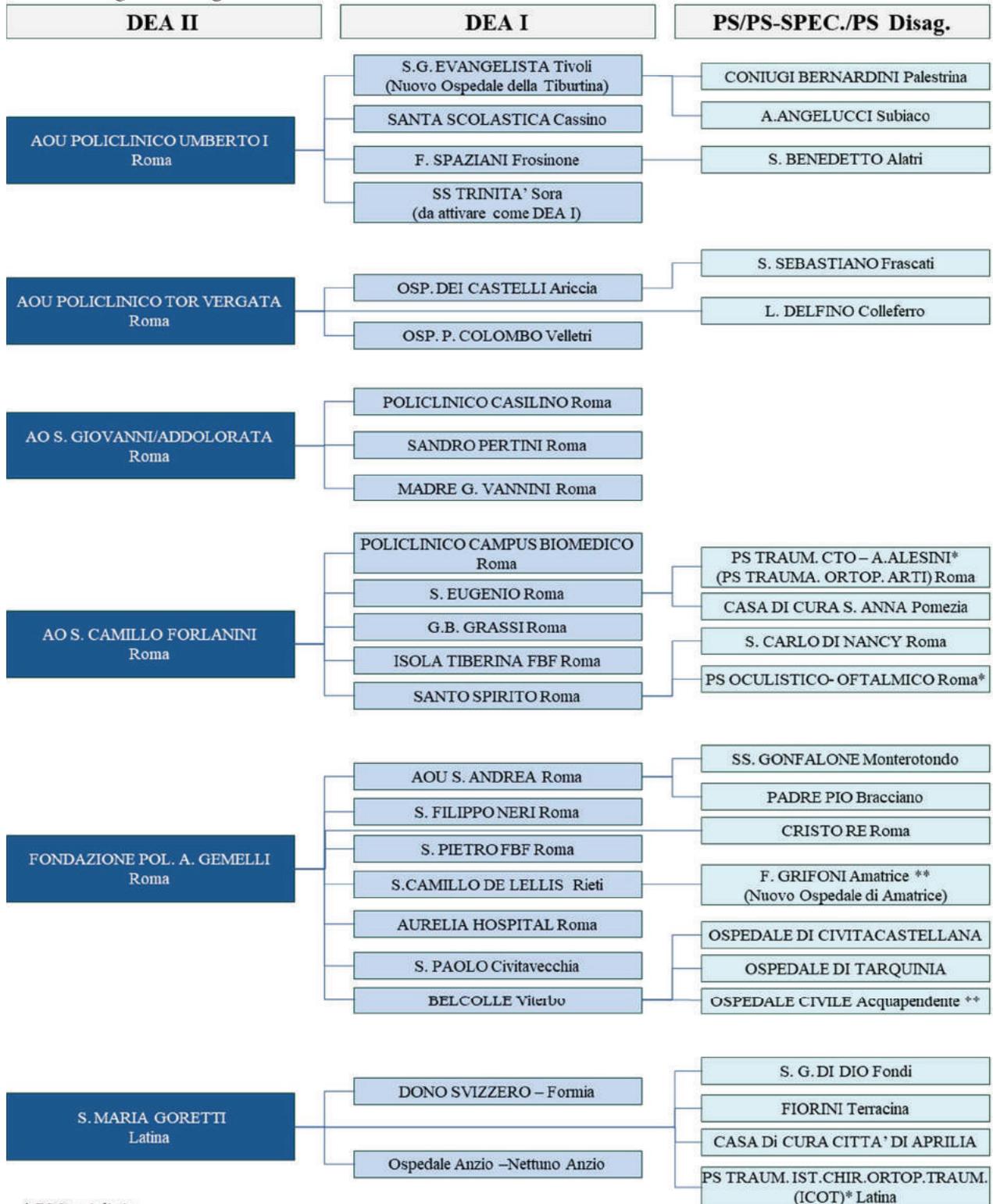
Il Coordinamento Operativo svolge periodiche attività di audit e formazione su specifiche tematiche del percorso di emergenza integrando la componente territoriale e ospedaliera.

La programmazione triennale, inserita nel cronoprogramma, è finalizzata alla digitalizzazione e integrazione delle informazioni relative alle attività di soccorso extraospedaliero e di Pronto Soccorso, all'evoluzione di alcuni DEA II e all'estensione del teleconsulto in emergenza da reparto di ricovero.

In dettaglio le principali azioni previste sono le seguenti:

- per la Rete Emergenza-Urgenza territoriale il completamento di:
 - o sistema di preallerta da ARES 118 con digitalizzazione, integrazione e trasmissione dei dati al sistema GIPSEWEB di Pronto Soccorso;
 - o affidamento ad ARES 118 dei trasporti secondari;
 - o attivazione delle funzioni 116117.
- per la Rete Emergenza-Urgenza Ospedaliera:
 - o attivazione dal 1° gennaio 2024 del DEA II del Policlinico Tor Vergata e dell'Ospedale Goretti di Latina, con esclusione per quest'ultimo delle afferenze per cardiocirurgia e chirurgia toracica;
 - o completamento dell'attivazione del sistema informatico GIPSEWEB;
 - o attivazione del teleconsulto da reparto;
- per la Rete Emergenza-Urgenza Pediatrica:
 - o attivazione h 24 della chirurgia pediatrica Policlinico Umberto I al fine di creare la continuità assistenziale con la terapia intensiva pediatrica, già disponibile, determinando la successiva variazione delle afferenze per questa specifica competenza;
 - o piano di preparazione per la gestione di una condizione di "mass casualty" coinvolgente un elevato numero di minori.

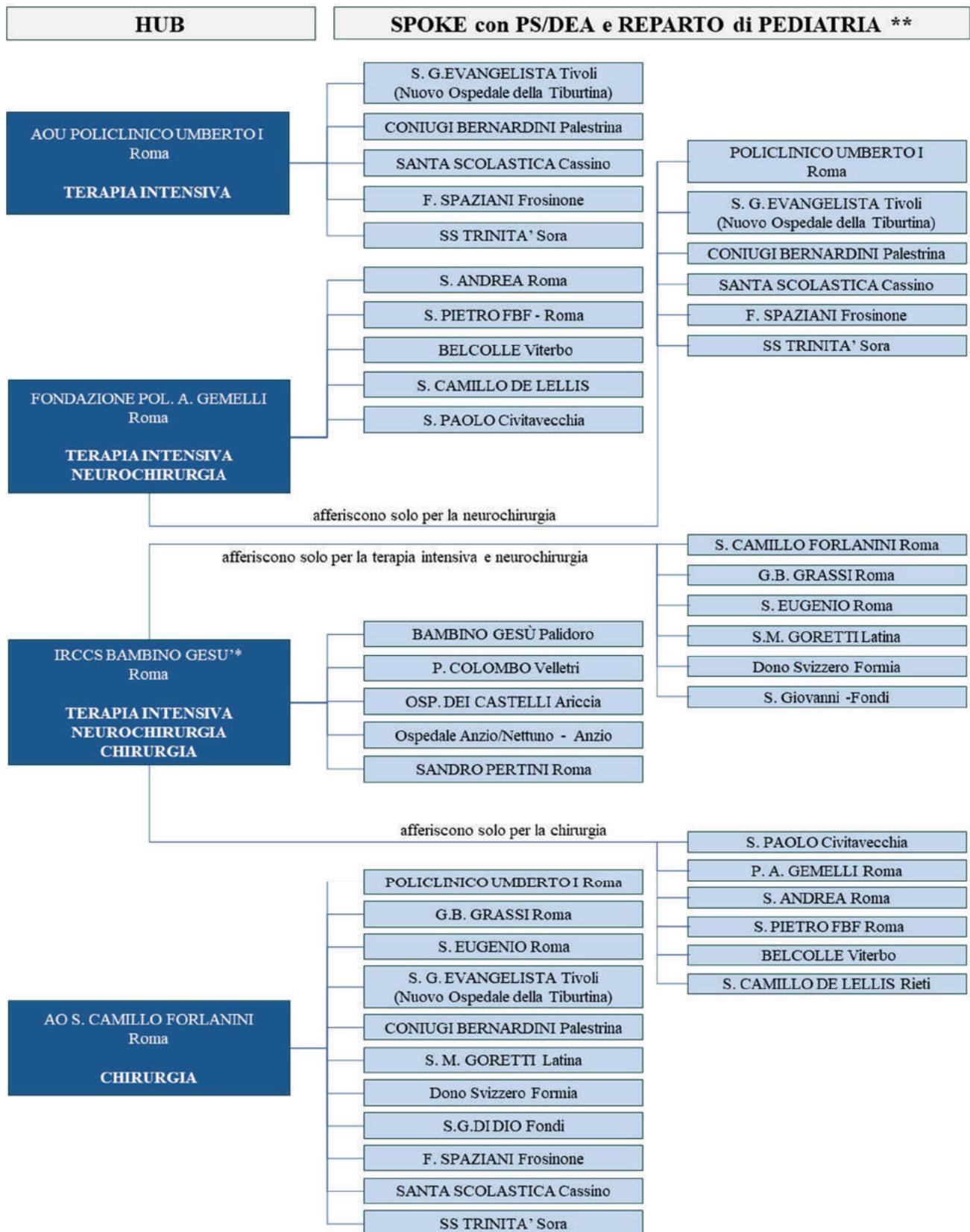
Rete Emergenza-Urgenza Adulti



* PS Specialistico

** PS di zona disagiata.

Rete Emergenza-Urgenza Pediatrica



*Unico HUB regionale di Cardiochirurgia pediatrica.

**I PS/DEA non inseriti nella rete pediatrica e che necessitano di assistenza specialistica dovranno afferire secondo la patologia al DEA II di riferimento dell'ASL territoriale o della Rete clinica.

6.2. Rete Emergenze cardiologiche e cardiocirurgiche

La Rete dell'Emergenza Cardiologica (REC) è definita dalla Determina Regionale n. G08250 del 24.06.2022, e include i percorsi assistenziali relativi alla Sindrome Coronarica Acuta, alle Urgenze Cardiocirurgiche, allo Scompenso Cardiaco Acuto e alle Aritmie Gravi.

Il Coordinamento Operativo è svolto dalla U.O. di Coordinamento Reti di Patologia istituita presso ARES 118.

La Rete di Emergenza Cardiologica è organizzata secondo i criteri previsti nei seguenti livelli e le afferenze sono rappresentate nella figura dedicata:

- 7 Centri Cardio-UTIC-E – Cardiocirurgia (CEC): di cui 4 con ruolo di Hub e 3 con un ruolo vicariante per le Urgenze Cardiocirurgiche;
- 17 Centri Cardio-UTIC-E (CE);
- 12 Centri Cardio-UTIC (C);
- 12 Centri PS PO;
- 1 Struttura Accreditata Centro Cardio-UTIC. integrata nella REC, non sede di PS, per i ricoveri in ambiente specialistico e critico a disposizione della U.O. Area Critica di ARES 118 responsabile dei trasferimenti inter-ospedalieri.

Il Piano di Rete definisce le azioni relative ai percorsi clinico-assistenziali:

- trasmissione dell'elettrocardiogramma dai mezzi di soccorso ARES 118 ai CEC e CE;
- percorsi di centralizzazione primaria e secondaria, presa in carico e accesso tempestivo alla sala dedicata alla procedura terapeutica;
- sistema di teleconsulto tra Hub e Spoke;
- team multidisciplinare negli Hub e coordinamento assistenziale negli Spoke;
- continuità assistenziale tra il percorso di ricovero e di recupero dell'autonomia;
- collegamento per l'inserimento nei percorsi assistenziali di cronicità.

Il monitoraggio della Rete è sviluppato nel report annuale sull'intera attività secondo indicatori di performance, processo ed esito e nel Programma Pre.Val.E con analisi specifiche relative a attività e procedure.

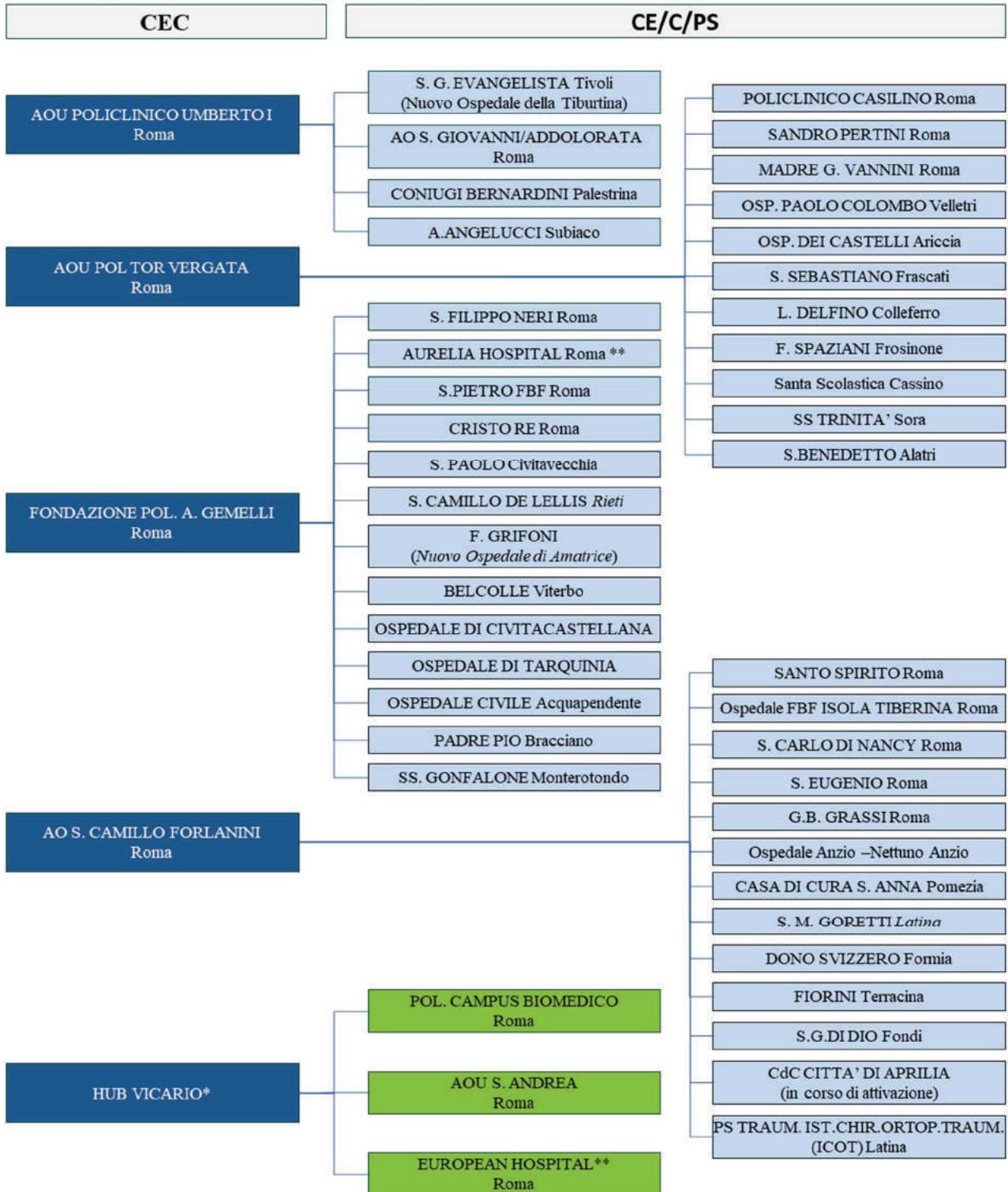
Il Coordinamento Operativo ha predisposto un'attività di formazione on line sull'intero percorso clinico dedicato al personale sanitario e professionale coinvolto nell'emergenza extra e intra-ospedaliera e svolge periodici incontri di Audit & Feedback.

La programmazione triennale, inserita nel cronoprogramma, è finalizzata all'evoluzione di alcuni DEA II/DEA I e alla revisione della organizzazione dei Centri CEC e CE nella Rete per la sindrome coronarica acuta.

In dettaglio le principali azioni previste:

- cronoprogramma per l'attivazione della cardiocirurgia presso l'Ospedale Goretti di Latina;
- attivazione h 24 della sala di emodinamica presso l'Ospedale dei Castelli e implementazione a CE;
- apertura del Centro Cardiovascolare presso l'Ospedale S. Andrea con implementazione del ruolo nella Rete;
- completamento del Centro Cuore presso Aurelia Hospital con spostamento delle attività cardiologiche e cardiocirurgiche attualmente presenti nell'European Hospital;
- attivazione del ruolo di Hub del Policlinico Tor Vergata per le Aritmie Gravi;
- organizzazione dei Centri CEC e CE per la sindrome coronarica acuta.

Rete Emergenza Cardiochirurgica (REC)



*Turnazione settimanale predisposta da ARES 118

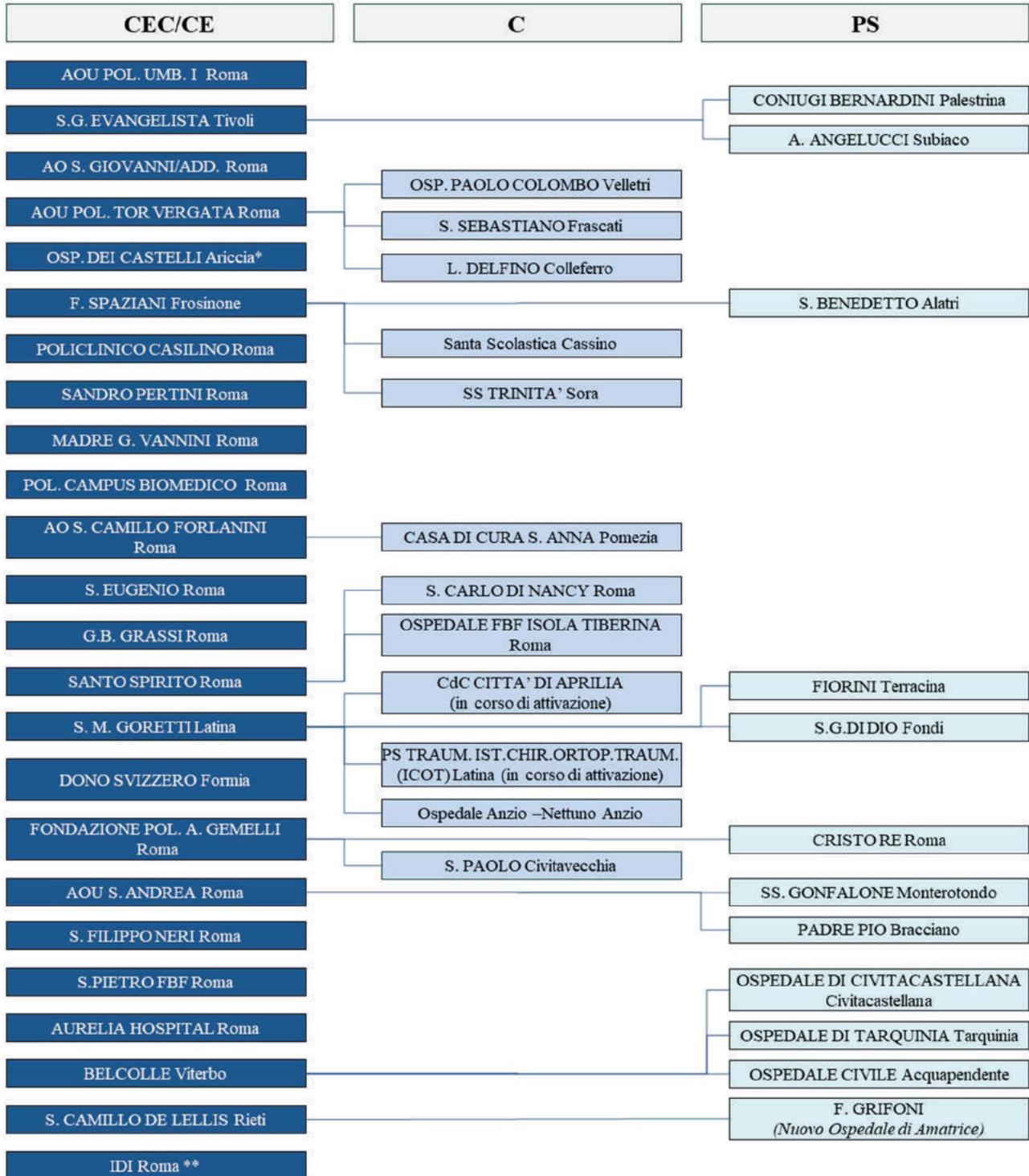
**Sarà sostituito da Aurelia Hospital a seguito del trasferimento della Cardiochirurgia da European Hospital.

CEC: Centri Cardio-UTIC-E – Cardiochirurgia

CE: Centri Cardio-UTIC-E

C: Centri Cardio-UTIC

Sindrome Coronarica Acuta



* la struttura non è attiva H24 ed afferisce al Policlinico Tor Vergata.

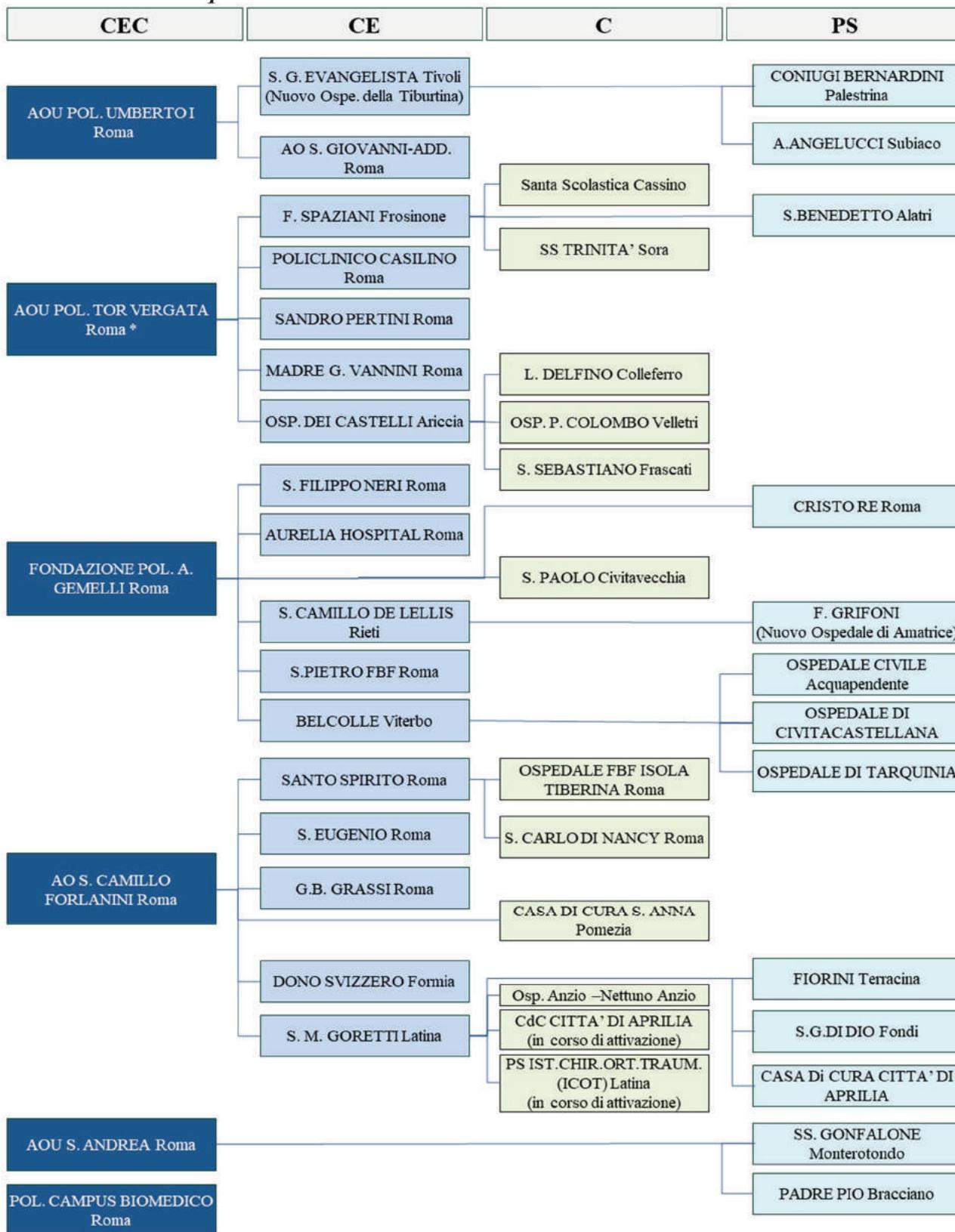
** Struttura senza PS integrata nella rete

CEC: Centri Cardio-UTIC-E – Cardiochirurgia

CE: Centri Cardio-UTIC-E

C: Centri Cardio-UTIC

Aritmie Gravi e Scompenso Cardiaco



*la struttura può centralizzare verso il Policlinico Umberto I le procedure non ancora attivate per emergenze per aritmie gravi.

CEC: Centri Cardio-UTIC-E – Cardiochirurgia

CE: Centri Cardio-UTIC-E

C: Centri Cardio-UTIC

6.3. Rete Trauma grave e neuro-trauma

La Rete del Trauma Grave è definita dalla Determina Regionale n. G15438 del 15.12.2020, include i percorsi assistenziali relativi al trauma grave e al neurotrauma con una sezione dedicata alla organizzazione della Rete del Trauma Grave Pediatrico, che per le competenze necessarie assume una configurazione specifica in coerenza con l'Accordo Stato Regioni n. 248 del 21.12.2017.

Il Coordinamento Operativo è svolto dalla U.O. di Coordinamento Reti di patologia istituita presso ARES 118.

La Rete del Trauma Grave è organizzata secondo i criteri previsti nei seguenti livelli e le afferenze sono rappresentate nella figura:

- Adulti
 - o 3 Centri Trauma ad alta Specializzazione (CTS);
 - o 6 Centri Trauma di Zona (CTZ);
 - o 26 Presidi di Pronto Soccorso per Traumi (PST);
 - o 1 Centro Ustioni;
 - o 1 Unità Spinale con 2 Centri Spinali collegati.
- Pediatrica
 - o 2 Centri Trauma ad Alta Specializzazione (CTS-PED);
 - o 20 Pronto Soccorso Trauma (PST-PED);
 - o 28 Pronto soccorso senza reparto di pediatria (PS/DEA).

Il Piano di Rete definisce le azioni relative ai percorsi clinico-assistenziali:

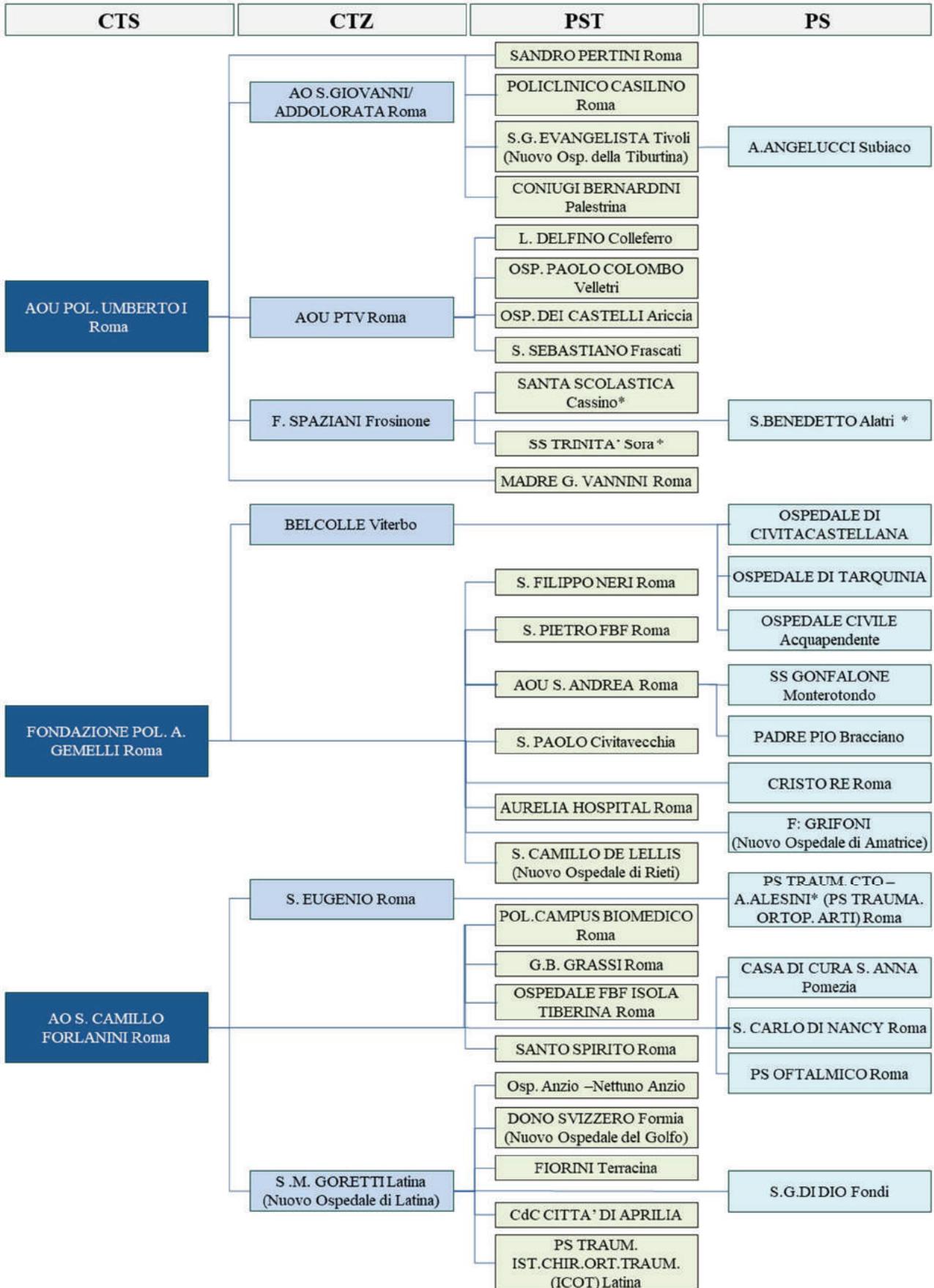
- percorsi di centralizzazione primaria e secondaria, presa in carico e accesso tempestivo alla sala dedicata alla procedura terapeutica;
- sistema di teleconsulto tra Hub e Spoke;
- team multidisciplinare negli Hub e coordinamento assistenziale negli Spoke;
- continuità assistenziale e collegamenti tra il percorso di ricovero e di recupero dell'autonomia con la definizione di un PDTA per la riabilitazione.

Il monitoraggio della Rete è sviluppato nel report annuale sull'intera attività secondo indicatori di performance, processo ed esito e nel Programma Pre.Val.E con analisi specifiche su attività e procedure.

Il Coordinamento Operativo ha predisposto un'attività di formazione on line sull'intero percorso clinico dedicato al personale sanitario e professionale coinvolto nell'emergenza extra e intra-ospedaliera e svolge periodici incontri di Audit & Feedback.

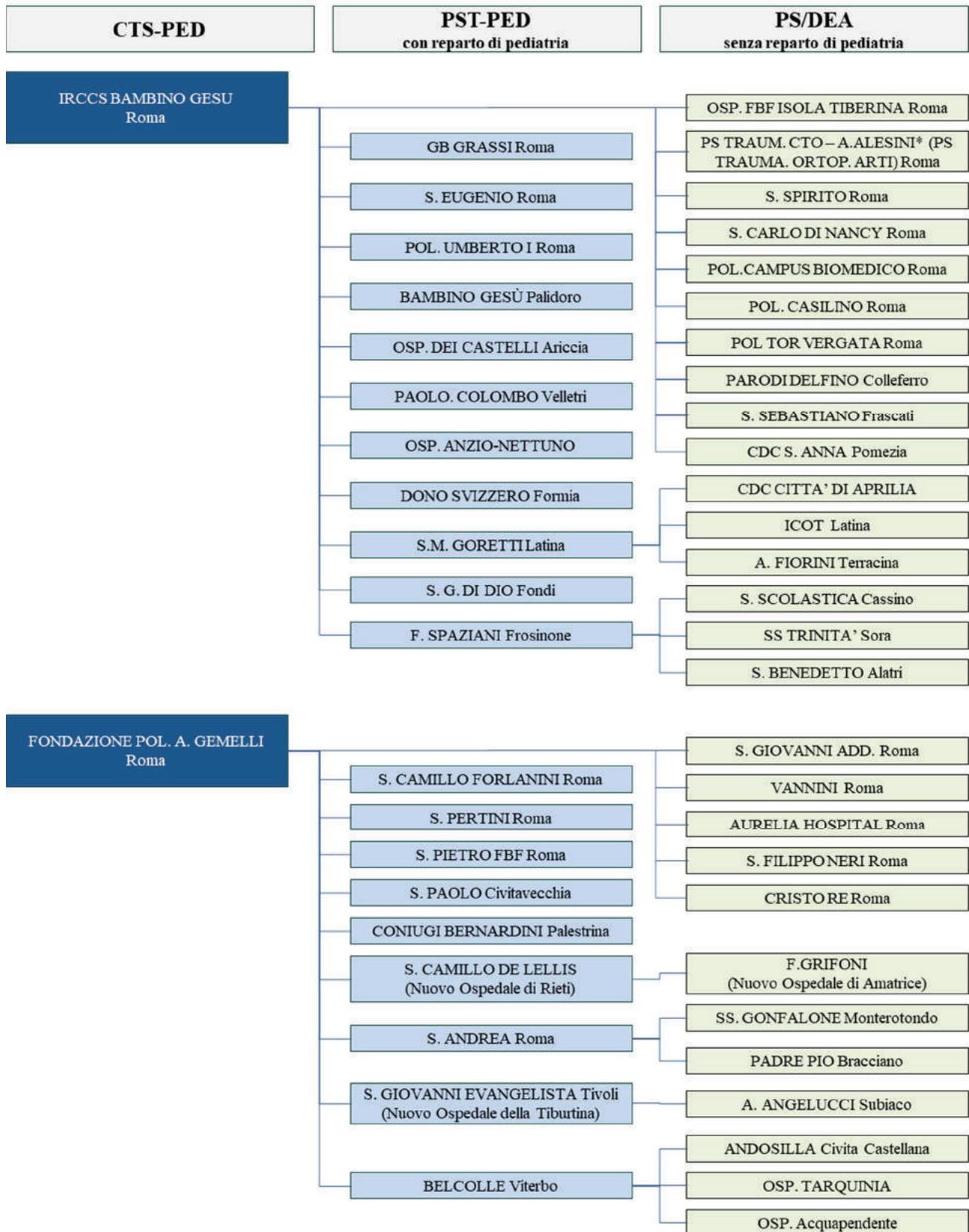
La programmazione triennale prevede la revisione del Piano di Rete con l'inserimento della Rete di Chirurgia della Mano e Reimpianto di Arti secondo la Linee di indirizzo della CSR n. n. 10/CSR del 9 febbraio 2022 e l'attività di monitoraggio dei percorsi multidisciplinari.

Rete Trauma adulti



*afferisce direttamente al CTS per Traumi che necessitano di competenza neurochirurgica.

Rete Trauma Grave Pediatrica



6.4. Rete Ictus

La Rete Ictus è definita dalla Determina Regionale n. G11799 del 13.10.2020 ed include le attività relative alle diverse forme eziologiche di tipo ischemico, emorragico e aspecifico.

Il Coordinamento Operativo è svolto dalla U.O. di Coordinamento Reti di patologia istituita presso ARES 118.

La Rete Ictus è organizzata secondo i criteri previsti nei seguenti livelli e le afferenze sono rappresentate nella figura dedicata:

- 6 UTN di II livello;
- 10 UTN di I livello.

Gli Ospedali San Giovanni Addolorata e S. Andrea, sede di UTN I, svolgono il ruolo vicariante per l'attività di trombectomia meccanica in collegamento con gli Ospedali sede di UTN II.

Il Piano di Rete definisce le azioni relative ai percorsi clinico-assistenziali:

- percorsi di centralizzazione primaria e secondaria, presa in carico e accesso tempestivo alla sala dedicata alla procedura terapeutica;
- sistema di teleconsulto tra Hub e Spoke;
- team multidisciplinare negli Hub e coordinamento assistenziale negli Spoke;
- continuità assistenziale con le altre attività specialistiche e collegamenti tra il percorso di ricovero e di recupero dell'autonomia;
- istituzione di sub-codice per i ricoveri in UTN al fine di monitorare i volumi assistenziali.

Il monitoraggio della Rete è sviluppato nel report annuale sull'intera attività secondo indicatori di performance, processo ed esito e nel Programma Pre.Val.E con analisi specifiche su attività e procedure.

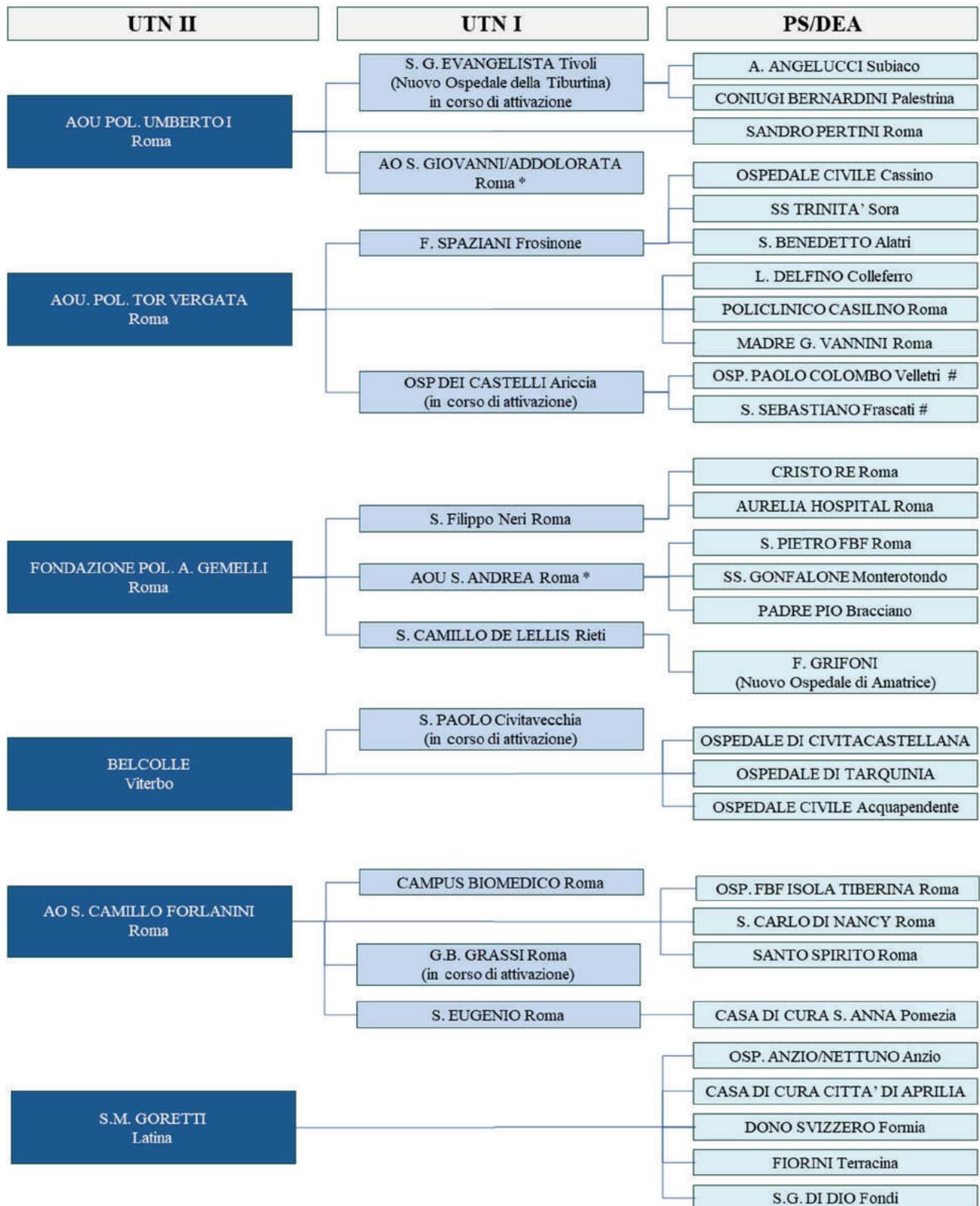
Il Coordinamento Operativo ha predisposto un'attività di formazione *on line* sull'intero percorso clinico dedicato al personale sanitario e professionale coinvolto nell'emergenza extra e intra-ospedaliera e svolge periodici incontri di *Audit & Feedback*.

La programmazione triennale, inserita nel cronoprogramma, è finalizzata alla trasformazione di 2 UTN I a UTN II nelle province, all'istituzione di 3 UTN I e l'ampliamento complessivo dei posti letto dedicati alla rete. Ad esito di tali modifiche sarà completata la revisione del piano di rete inserendo un PDTA per il cambio di setting e l'attività di riabilitazione.

In dettaglio le principali azioni previste :

- revisione del Piano di Rete con l'aggiornamento delle afferenze e la definizione di un PDTA per la riabilitazione;
- implementazione a UTN II dei Presidi ospedalieri Belcolle di Viterbo e Goretti di Latina a partire dal 1° gennaio 2024;
- aumento dei posti letto dedicati a UTN con l'attivazione di UTN I presso l'Ospedale dei Castelli, l'Ospedale S. Paolo e l'Ospedale Grassi.

Rete Ictus



afferenza temporanea diretta verso UTN II Pol. Tor Vergata.

*Gli Ospedali San Giovanni Addolorata e S. Andrea, sede di UTN I, svolgono il ruolo vicariante per l'attività di trombectomia meccanica in collegamento con gli Ospedali sede di UTN II.

6.5. Rete Perinatale

La Rete Perinatale è definita negli atti di programmazione della Rete Ospedaliera secondo quanto previsto dell'Accordo Stato Regioni del 16 dicembre 2010.

Il Coordinamento Operativo è svolto dal Comitato Percorso Nascita Pediatrico Regionale (CPNr) nominato con Determina Regionale n. G12937 del 4/11/2020.

La Rete Perinatale è organizzata secondo i criteri previsti nei seguenti livelli, le afferenze sono rappresentate nella figura dedicata:

- 10 PN di II livello;
- 18 PN di I livello;
- 1 Struttura Ospedaliera di II livello neonatale, per la quale è stato sottoposto al Comitato Percorso Nascita Nazionale un progetto per l'attivazione del Punto Nascita per selezionate condizioni neonatali che necessitano immediatamente di intervento di cardiocirurgia neonatale.

Il Piano di Rete definisce le azioni relative ai percorsi clinico-assistenziali:

- percorsi relativi alla salute pre-concezionale, alla gravidanza e al parto secondo il livello di rischio ed al puerperio;
- collegamenti strutturati con le attività consultoriali o ambulatoriali e la pediatria di libera scelta;
- sistema di teleconsulto tra PN;
- team multidisciplinare nei PN;
- attività dello STAM e STEN.

Il monitoraggio della Rete è sviluppato in un report annuale sull'intera attività secondo indicatori di performance, processo ed esito e inserito nel Programma Pre.Val.E con analisi specifiche su alcune attività e procedure.

Il CPNr ha il compito di definire un percorso di formazione on line sull'intero percorso nascita e in particolare sulle gravidanze a basso rischio dedicato al personale sanitario e professionale coinvolto.

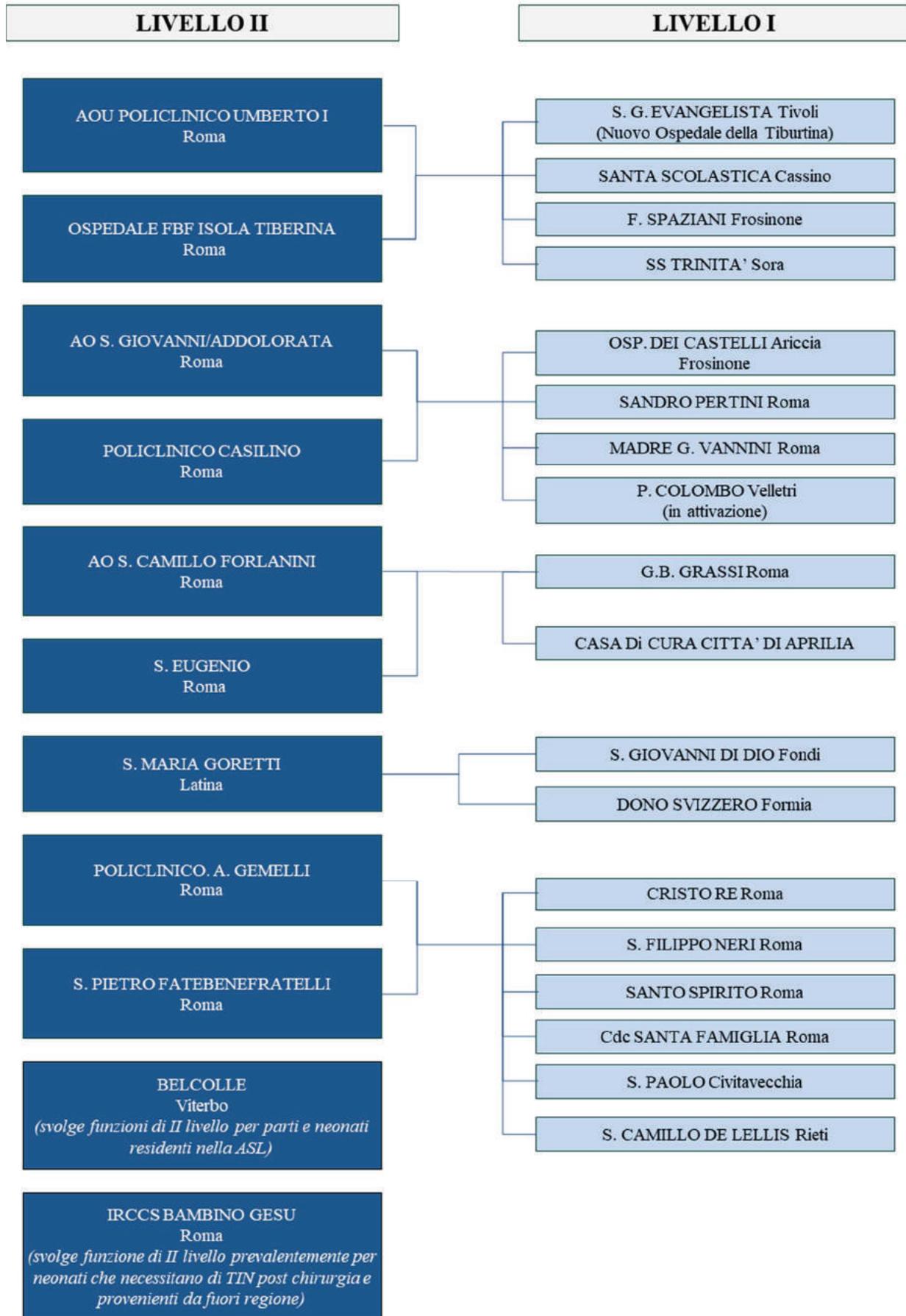
Il programma ha come obiettivi complementari di miglioramento l'attivazione dell'ambulatorio gravidanze a termine/gravidanze a rischio, la diffusione della parto-analgesia/anestesia, la sensibilizzazione della popolazione sul rischio legato al parto cesareo.

La programmazione triennale, inserita nel cronoprogramma, è finalizzata a sviluppare un'integrazione strutturata tra Consultori e Punti Nascita e prevede l'attivazione di un nuovo punto nascita per il quale l'Azienda deve produrre un progetto con cronoprogramma secondo le indicazioni nazionali da sottoporre al CPNr.

In dettaglio le principali azioni previste:

- revisione del Piano di Rete con la definizione di:
 - o percorsi coordinati e connessioni strutturate tra i Consultori e i PN di riferimento territoriale;
 - o digitalizzazione e inserimento della agenda di gravidanza nel FSE;
- aggiornamento dei PN:
 - o richiesta di deroga per i PN di Civitavecchia e Rieti in relazione alla loro localizzazione territoriale;
 - o attivazione del PN dell'Ospedale di Velletri per il quale deve essere redatto un progetto aziendale relativo alla disponibilità delle strutture assistenziali e delle risorse professionali secondo gli standard nazionali da sottoporre al CPNr;
 - o monitoraggio delle strutture al di sotto degli standard per numero di parti o con valori superiori relativi alla percentuale di parto cesareo.

Rete Perinatale



6.6. Ruolo delle strutture ospedaliere nelle reti tempo-dipendenti

ASL	Codice struttura	Denominazione struttura	EMERGENZA	EMERGENZA PEDIATRICA	ICTUS	CARDIO CARDIOCHIRURGICA	TRAUMA ADULTI	TRAUMA PEDIATRICA	PERINATALE
09-LT	12020000	Ospedale Santa Maria Goretti (P.O. LATINA NORD) di Latina	DEA II	Spoke	UTN II	CE	CTZ	PST-PED	II
03-Roma 3	12090100	S. CAMILLO - FORLANINI	DEA II	HUB (Spoke Bambino Gesù per terapia intensiva e neurochirurgia)	UTN II	CEC	CTS	PST-PED	II
01-Roma 1	12090201	S. GIOVANNI / ADDOLORATA	DEA II		UTN I	CE	CTZ		II
01-Roma 1	12090401	OSPEDALE PEDIATRICO BAMBINO GESU'-ROMA	DEA II	HUB				CTS-PED	II
01-Roma 1	12090501	POLICLINICO A. GEMELLI	DEA II	HUB (Spoke Bambino Gesù per chirurgia)	UTN II	CEC	CTS	CTS-PED	II
01-Roma 1	12090600	POLICLINICO UMBERTO I	DEA II	HUB (Spoke Gemelli per neurochirurgia e S. Camillo per la chirurgia)	UTN II	CEC	CTS	PST-PED	II
02-Roma 2	12092000	POLICLINICO TOR VERGATA	DEA II		UTN II	CEC	CTZ		
08-RI	12001901	Ospedale San Camillo de Lellis - POLO UNIFICATO Rieti-Amatrice (Stab. Rieti)	DEA I	Spoke	UTN I	CE	PST	PST-PED	I
01-Roma 1	12002600	OSPEDALE S. SPIRITO	DEA I			CE	PST		I
06-Roma 6	12004300	OSPEDALE ANZIO-NETTUNO	DEA I	Spoke		C	PST	PST-PED	
04-Roma 4	12004500	SAN PAOLO - Civitavecchia (Polo Unificato Civitavecchia-Bracciano)	DEA I	Spoke	UTN I	C	PST	PST-PED	I
05-Roma 5	12005300	OSPEDALE S. GIOVANNI EVANGELISTA di Tivoli	DEA I	Spoke	UTN I	CE	PST	PST-PED	I
06-Roma 6	12005400	OSPEDALE PAOLO COLOMBO di Velletri	DEA I	Spoke		C	PST	PST-PED	I
03-Roma 3	12006100	OSPEDALE G. B. GRASSI di Ostia	DEA I	Spoke	UTN I	CE	PST	PST-PED	I
02-Roma 2	12006601	OSP. S. EUGENIO (Polo S. Eugenio - C.T.O. A. Alesini)	DEA I	Spoke	UTN I	CE	CTZ	PST-PED	II
01-Roma 1	12007100	OSPEDALE S. PIETRO FATEBENEFRATELLI	DEA I	Spoke		CE	PST	PST-PED	II
02-Roma 2	12007600	MADRE GIUSEPPINA VANNINI	DEA I			CE	PST		I
01-Roma 1	12018000	AURELIA HOSPITAL	DEA I			CE	PST		
09-LT	12020600	Ospedale dono Svizzero (P.O. LATINA SUD) di Formia	DEA I	Spoke		CE	PST	PST-PED	I
10-FR	12021601	P.O. F. SPAZIANI - Frosinone (Polo Unificato Frosinone-Alatri)	DEA I	Spoke	UTN I	CE	CTZ	PST-PED	I
10-FR	12022600	OSPEDALE CIVILE S.S. TRINITA' di Sora	DEA I	Spoke		C	PST		I
10-FR	12022800	OSPEDALE SANTA SCOLASTICA di Cassino	DEA I	Spoke		C	PST		I
02-Roma 2	12026700	OSPEDALE SANDRO PERTINI	DEA I	Spoke		CE	PST	PST-PED	I
07-VT	12027100	OSPEDALE BELCOLLE	DEA I	Spoke	UTN II	CE	CTZ	PST-PED	II
01-Roma 1	12028501	OSPEDALE S. FILIPPO NERI	DEA I		UTN I	CE	PST		I
06-Roma 6	12029200	OSPEDALE DEI CASTELLI	DEA I	Spoke	UTN I	CE	PST	PST-PED	I
02-Roma 2	12029400	POLICLINICO CASILINO	DEA I			CE	PST		II
01-Roma 1	12030500	FATEBENEFRATELLI ISOLA TIBERINA - GEMELLI ISOLA	DEA I			C	PST		II
03-Roma 3	12090402	OSPEDALE PEDIATRICO BAMBINO GESU'-PALIDORO	DEA I	Spoke				PST-PED	
02-Roma 2	12091500	CAMPUS BIO MEDICO	DEA I		UTN I	CEC	PST		
01-Roma 1	12091900	SANT'ANDREA	DEA I	Spoke	UTN I	CEC	PST	PST-PED	

ASL	Codice struttura	Denominazione struttura	EMERGENZA	EMERGENZA PEDIATRICA	ICTUS	CARDIO CARDIOCHIRURGICA	TRAUMA ADULTI	TRAUMA PEDIATRICA	PERINATALE
07-VT	12000300	OSPEDALE DI CIVITACASTELLANA	PS						
07-VT	12000700	OSPEDALE DI TARQUINIA	PS						
05-Roma 5	12004600	OSPEDALE L. PARODI DELFINO di Colleferro	PS			C	PST		
06-Roma 6	12004700	OSPEDALE S. SEBASTIANO di Frascati	PS			C	PST		
05-Roma 5	12004900	OSPEDALE SS. GONFALONE di Monterotondo	PS						
05-Roma 5	12005100	OSPEDALE CIVILE CONIUGI BERNARDINI di Palestrina	PS	Spoke			PST	PST-PED	
05-Roma 5	12005200	OSPEDALE A. ANGELUCCI di Subiaco	PS						
04-Roma 4	12005900	PADRE PIO - Bracciano (Polo Unificato Civitavecchia-Bracciano)	PS						
01-Roma 1	12007300	OSPEDALE SAN CARLO DI NANCY	PS			C			
01-Roma 1	12007400	OSPEDALE CRISTO RE	PS						I
06-Roma 6	12013400	S.ANNA di Pomezia	PS			C			
09-LT	12020401	P.O. A. FIORINI - Terracina (Polo LATINA CENTRO - Terracina-Fondi)	PS				PST		
09-LT	12020402	P.O. SAN GIOVANNI DI DIO - Fondi (Polo LATINA CENTRO - Terracina-Fondi)	PS	Spoke				PST-PED	I
09-LT	12021500	CITTA' DI APRILIA	PS			C	PST		I
10-FR	12021602	P.O. SAN BENEDETTO - Alatri (Polo Unificato Frosinone-Alatri)	PS						
07-VT	12000200	OSPEDALE DI ACQUAPENDENTE	PS disag.						
08-RI	12001902	POLO UNIFICATO Rieti-Amatrice (Stab. Amatrice)	PS disag.						
01-Roma 1	12003000	OSPEDALE REGIONALE OFTALMICO	PS Spec.						
02-Roma 2	12006602	OSP. C.T.O. A. ALESINI (Polo S. Eugenio - C.T.O. A. Alesini)	PS Spec.						
09-LT	12021200	ISTITUTTO CHIRURGICO ORTOPEDICO TRAUMATOLOGICO	PS Spec.			C	PST		
01-Roma 1	12011500	SANTA FAMIGLIA							I
03-Roma 3	12017300	EUROPEAN HOSPITAL				CEC			

6.7. Rete Malattie infettive

La Rete di Malattie Infettive è definita dal DCA U00540 del 12.11.2015 e inserita nel Piano strategico-operativo regionale di preparazione e risposta a una pandemia influenzale - PanFlu 2021-2023” (Delibera Regionale n. 84 del 1.03.2022) e si coordina con le attività di riferimento regionale relative alla Prevenzione, all’epidemiologia con il SERESMI e alla sicurezza con il Centro Regionale Rischio Clinico.

La Rete delle UU.OO. di Malattie Infettive assume un ruolo proattivo nella preparazione dei documenti e delle azioni aziendali relative alla *stewardship* antibiotica e alla gestione delle infezioni ospedaliere all’interno di “*Comprehensive Network*” interaziendali.

Il Coordinamento Operativo è svolto dall’INMI Spallanzani in collegamento con la U.O. di Coordinamento Reti di patologia istituita presso ARES 118 al fine di sviluppare una collaborazione multidisciplinare all’interno del percorso assistenziale. In questo ruolo l’INMI Spallanzani individua i posti letto specialistici di ricovero collaborando con la U.O. di Area Critica di ARES 118 e condivide la preparazione dei PDTA specifici di patologia con le UU.OO. di Malattie Infettive.

La Rete di Malattie Infettive è organizzata secondo i criteri previsti nei seguenti livelli:

- 4 Hub dotati di reparto di Malattie Infettive;
- 6 Spoke dotati di reparto di Malattie Infettive;
- 38 DEA/PS non dotati di reparto di Malattie Infettive.

Il Piano di Rete definisce le azioni relative ai percorsi clinico-assistenziali:

- percorsi assistenziali e di isolamento nelle patologie infettive;
- sistema di teleconsulto tra Hub e Spoke;
- riferimento assistenziale nei nodi della Rete;
- continuità assistenziale con le altre attività specialistiche;
- predisposizione della *stewardship* antibiotica.

Il monitoraggio della Rete è sviluppato nel report annuale sull'intera attività secondo indicatori di performance, processo ed esito e nel Programma Pre.Val.E con analisi specifiche su attività e procedure.

Il SERESMI svolge l'attività di sorveglianza sindromica, di analisi delle informazioni relative alla sorveglianza, la prevenzione e il controllo delle malattie infettive e di gestione delle allerte.

L'INMI Spallanzani svolge periodiche attività di audit e formazione su specifiche tematiche del percorso del paziente con patologia infettiva.

La programmazione triennale, inserita nel cronoprogramma, è finalizzata all'implementazione dei servizi di malattie infettive, inserendo un nuovo Hub, 3 nuove strutture nelle province e predisponendo nella revisione del piano di rete una sezione dedicata alla pediatria.

In dettaglio le principali azioni previste sono le seguenti:

- revisione del Piano di Rete con l'aggiornamento delle afferenze e l'inserimento di una sezione dedicata al percorso pediatrico;
- inserimento nella Rete del Policlinico Tor Vergata, Ospedale dei Castelli e Nuovo Ospedale Tiburtino;
- protocollo di integrazione tra l'INMI Spallanzani e l'AO San Camillo Forlanini per l'integrazione delle funzioni assistenziali, indispensabili per la funzionalità di entrambe le strutture e soprattutto nell'organizzazione della risposta ad eventi pandemici;
- identificazione di struttura per la centralizzazione di pazienti in corso di infezioni ospedaliere o trattamenti di gravi infezioni del sito chirurgico;
- PDTA sulla presa in carico e l'isolamento in Pronto Soccorso, sul trasferimento a reparto di malattie infettive o a Reparto di "Alto Isolamento" e sulla prevenzione delle infezioni ospedaliere.

6.8. Rete oncologica

La Rete Oncologica Regionale (ROR) è definita dalla Determinazione n. G1829 del 14.02.2023, in cui sono contenute le Linee di indirizzo organizzative, elaborate sotto il coordinamento della Direzione Salute della Regione Lazio tramite un processo di ampia condivisione, con la partecipazione delle Direzioni sanitarie di ASL, AO, AOU, IRCSS e Policlinici universitari, del Dipartimento di Epidemiologia del SSR del Lazio, di una componente multiprofessionale e multidisciplinare e di referenti della "Sanità Partecipata".

La Rete garantisce la facilitazione all'accesso, la continuità della presa in carico, l'accompagnamento proattivo nelle diverse fasi del percorso e nella risposta ai bisogni sociosanitari. Il percorso assistenziale deve essere assicurato dall'integrazione di servizi e funzioni attraverso l'identificazione di professionisti di riferimento e di connessioni strutturate e informatizzate.

Le Reti di patologia definite con determina regionale sono le seguenti:

- mammella (DCA U00038/2015, DCA 189/2017 e Determinazione n. G16239/2020);

- polmone (DCA U00419/2015);
- colon-retto (DCA U00030/2017);
- prostata (DCA U00358/2017).

Il Coordinamento tecnico-operativo della Rete Oncologica Regionale ha il compito di realizzare gli indirizzi programmatici regionali indicati nel Piano di Rete Oncologico, monitorare sul campo l'attività assistenziale, individuare le situazioni di criticità e le relative azioni di miglioramento e proporre obiettivi di sviluppo della rete oncologica.

La funzione di coordinamento tecnico-operativo è svolta da una struttura organizzativa della Direzione Salute della Regione Lazio con personale aziendale dedicato e coordina le reti di patologia insieme ai responsabili dei MDT, ai referenti dei coordinamenti organizzativi aziendali territoriali, al DEP e al referente delle associazioni della Sanità partecipata.

Il Piano di Rete definisce le azioni relative ai percorsi organizzativo-assistenziali:

- “Comprehensive Cancer Care Network (CCCN)” come modello organizzativo;
- funzioni di coordinamento e monitoraggio a livello regionale e aziendale al fine di rafforzare l'integrazione e l'operatività della Rete;
- azioni, strumenti e connessioni strutturate attraverso i quali le ASL e i Centri di Riferimento Ospedalieri garantiscono i percorsi oncologici di prevenzione e cura;
- metodologia per la costruzione della Rete di patologia e del suo PDTA specifico;
- ruolo delle reti di supporto - anatomia patologica, laboratori di genetica medica, rete per la tutela della fertilità, Reti delle cure simultanee e palliative, della terapia del dolore, della nutrizione artificiale e la governance dei farmaci - e loro integrazione nella ROR;
- strumenti per il monitoraggio e il programma di miglioramento continuo dei percorsi assistenziali e della ricerca;
- ruolo delle Associazioni e cittadinanza, soggetti di partecipazione attiva e presenza civica nella progettazione del CCCN ed espressione, in un sistema organico di Sanità Partecipata, del contributo dell'esperienza diretta dei pazienti;
- strumenti di informazione e comunicazione, fra cui l'attivazione di un portale web dedicato.

Il Coordinamento Tecnico-operativo svolge periodiche attività di audit e formazione su specifiche tematiche del percorso del paziente con patologia infettiva.

Il monitoraggio delle attività viene svolto attraverso un progetto integrato dal Coordinamento Tecnico-operativo della ROR e dal Dipartimento Epidemiologico Regionale, a sua volta responsabile del Registro Tumori.

La programmazione triennale, inserita nel cronoprogramma, è finalizzata al completamento dell'architettura di governo clinico della ROR, all'istituzione dei punti di accesso e di continuità e del *Molecular Tumor Board*, ai collegamenti per la cura di prossimità.

In dettaglio le principali azioni previste sono le seguenti:

- attivazione dei Coordinamenti Regionali ed Aziendali;
- istituzione dei Punti oncologici di accesso e di continuità di cura (PACO) con collegamenti strutturati tra Centri Ospedalieri e servizi di prossimità territoriale;
- preparazione dei PDTA di patologia secondo il cronoprogramma;
- recepimento del Piano Oncologico Nazionale con definizione delle linee strategiche e dell'utilizzo dei fondi previsti e della Rete dei Tumori Rari;
- istituzione dei *Molecular tumor board* ed individuazione dei centri specialistici per l'esecuzione dei test per la profilazione genomica estesa *Next Generation Sequencing*.
- attivazione di servizio regionale di protonterapia;
- attivazione del teleconsulto da reparto per la second opinion;
- istituzione della cartella trasversale ospedale-territorio e inclusione nel sistema del FSE.

6.9. Rete delle Malattie Rare

La Rete è definita dalla Determinazione n. G02069 del 19.02.2023 ed include le attività relative alle malattie rare previste nei LEA (457 codici esenzioni riferiti a 921 gruppi/malattie rare) ed alle Malattie Emorragiche Congenite (MEC).

Il Coordinamento Operativo è svolto dal Coordinamento Regionale delle Malattie Rare ed al suo interno è attivata una Commissione Regionale Multidisciplinare dedicata all'utilizzo dei farmaci.

La Rete delle Malattie Rare è organizzata secondo le competenze disponibili:

- Malattie Rare:
 - o 17 Centri Hub;
 - o 7 Centri Spoke;
- Malattie Emorragiche Congenite:
 - o 1 Centro Hub;
 - o 2 Centri Spoke di II livello;
 - o 4 Centri Spoke di I livello.

Il Piano di Rete definisce le azioni relative ai percorsi organizzativo-assistenziali:

- parere sulle richieste di nuovi Centri Ospedalieri Malattie Rare per patologia;
- metodologia e cronoprogramma dei PDTA da sviluppare o revisionare;
- collegamenti strutturati con i referenti territoriali per le Malattie Rare per la diagnosi precoce e i servizi di prossimità;
- funzioni per la governance dei farmaci;
- facilitazione per via telematica dei percorsi amministrativi;
- network di ricerca e collegamento con la Rete ERN.

La Rete è dotata di un Sistema Informativo delle Malattie Rare della Regione Lazio (SIMaRaL), che raccoglie i dati relativi alla diagnosi, al Piano Assistenziale Individuale (PAI) ed ai Bilanci di Salute (BdS) definiti come visite periodiche di follow-up, ove necessari, la conclusione della presa in carico con tempistica e razionale. Il sistema deve evolvere in un sistema informativo in grado di permettere una interoperabilità con gli altri sistemi informativi sanitari al fine di attivare un Registro dedicato.

Il CRMR prevede un'attività periodica di informazione e formazione dei COMR verso i referenti territoriali e di una documentazione utile per la medicina generale e la pediatria di libera scelta.

La programmazione triennale, inserita nel cronoprogramma, è finalizzata all'implementazione di un sistema informativo dedicato e dei collegamenti tra COMR e referenti territoriali. In dettaglio le principali azioni previste:

- implementazione di un nuovo Sistema Informativo e di un Registro di Patologia presso il DEP;
- attivazione del PDTA per i collegamenti tra referenti territoriali e MMG/PLS;
- collegamento strutturato dei COMR con i laboratori di genetica con definizione della tempistica di risposta;
- percorsi assistenziali di transizione dall'età pediatrica a quella adulta.

6.10. Rete Trasfusionale

La Rete di Trasfusionale è definita dal DCA U00207 del 20.06.2014, aggiornata con nota. n. U0719609 del 14.8.2020, include le diverse fasi del processo trasfusionale: raccolta, lavorazione, qualificazione biologica di sangue ed emocomponenti, assegnazione e distribuzione di unità di sangue ed emocomponenti.

Il Coordinamento Operativo è svolto dal Centro Regionale Sangue e per le sue attività si avvale del Nucleo Tecnico Operativo e del Coordinamento delle UDR.

La Rete è organizzata secondo i criteri previsti nei seguenti livelli:

- 7 SIMT di Produzione che includono Sede di Centro di Qualificazione Biologica emocomponenti e il Centro di Back up regionale;
- 11 SIMT Programmi di Trapianto Midollo (Allogénico-CSE);
- 10 Articolazioni Funzionali o Organizzative collegate ai SIMT.

Il Piano di Rete definisce le azioni relative ai percorsi organizzativo-assistenziali:

- organismi di governance del sistema;
- ruolo e caratteristiche delle strutture operative;
- centralizzazione delle attività di validazione e lavorazione del sangue e dei suoi componenti;
- mantenimento del decentramento delle attività di donazione del sangue e di Medicina Trasfusionale;
- modalità economiche di gestione degli emocomponenti;
- programmi regionali di incentivazione alla raccolta di sangue ed emocomponenti;
- criteri oggettivi per la definizione delle piante organiche in funzione delle attività svolte;
- modalità di compensazione urgente per emocomponenti.

La Rete è dotata di un percorso di formazione svolto dal Centro Regionale Sangue.

Il Centro Regionale Sangue predispone il report annuale contenente gli indicatori di monitoraggio delle attività.

La programmazione triennale, inserita nel cronoprogramma, è finalizzata alla revisione del Piano di Rete in coerenza con quanto previsto dall'Accordo Stato- Regioni 29 del 8.07.2021 al fine di migliorare la capacità di autosufficienza:

- ottimizzazione della produzione su quattro macroaree di produzione, cui afferiscono i Servizi trasfusionali e UdR, ripartite sulla base dell'autosufficienza e su dati di Produzione e Consumo, al fine di conseguire un'aggregazione più equilibrata di SIMT ad alto consumo e SIMT ad alta produttività e rendere realizzabile e sostenibile la compensazione intra-area conseguendo, nel medio-breve termine, l'autosufficienza;
- incremento della raccolta del prodotto Plasma e contestualmente la produzione in conto lavorazione di medicinali plasmaderivati;
- miglioramento della *governance* del sistema perfezionando i rapporti con le Associazioni dei donatori;
- progressiva riduzione dell'acquisizione extra-regionale di emocomponenti e conseguente risparmio;
- superamento delle attuali disomogeneità proponendo un modello economico unico che faciliti il monitoraggio economico delle attività regionali e una valutazione sempre aggiornata dei costi sostenuti dal sistema.

6.11. Rete Donazione d'Organo e Trapianti

La Rete di Donazione d'Organo e Trapianti è definita dalle DGR n.1072/2002 e n. 865/2006 e include le attività relative ai programmi di trapianto solido, di midollo e all'attività delle biobanche, di procurement, di management e consulenza verso i coordinamenti ospedalieri e di informazione e collaborazione con gli Enti Istituzionali e le Associazioni per la scelta della donazione.

Il Coordinamento Operativo è svolto dal Centro Regionale Trapianti dotato di Laboratorio Regionale Immunologico dei Trapianti, che svolge tale attività anche per la Regione Basilicata e lo Stato di Malta.

La Rete è organizzata secondo i seguenti programmi:

- 14 programmi di trapianti di organo solido;
- 6 Programmi di Trapianto Midollo (Allogénico- CSE);
- 4 Bio-Banche;

- 19 Centri Ospedalieri di Procurement.

Il Piano di Rete definisce le azioni specifiche dei percorsi clinico-assistenziali di:

- collegamento con i centri Ospedalieri per la donazione;
- PDTA regionale per la stratificazione del rischio, l'allocazione organi e la donazione d'organo;
- monitoraggio da parte del CRT per la morte encefalica;
- attivazione del programma DCD e DCD Cuore;
- centralizzazione dei trasporti da parte di ARES 118 con piattaforma informatica per la gestione dei trasferimenti di equipe e organi;
- integrazione con la Sanità e le Associazioni;
- sviluppo di modello per la Rete ECMO per la gestione dello scompenso cardiaco avanzato e il programma DCD;
- implementazione del Laboratorio per valutazione di rigetto umorale con tecniche di monitoraggio di DSA e DNA libero;
- procedure di attivazione e monitoraggio dei Trasporti.

La Rete è dotata di un percorso di formazione e ricerca, che svolge il Centro Regionale Trapianti, con corsi dedicati al percorso di donazione d'organo e trapianti e di management del donatore/donatore marginale.

Il monitoraggio delle attività viene svolto dal CRT che predispone la valutazione della attività dei centri regionali svolgendo incontri di Audit & Feedback e gestisce le attività di raggiungimento degli standard nella Rete.

La programmazione triennale, inserita nel cronoprogramma, è finalizzata al completamento organizzativo del CRT, al miglioramento dell'attività di procurement e alla predisposizione di un progetto relativo al trapianto di rene.

In dettaglio le principali azioni previste:

- attivazione delle 3 sotto-commissioni tecniche previste dalla normativa vigente;
- produzione di PDTA Aziendali per le funzioni dei Coordinamento ospedalieri relative al fine vita, procurement, tempistica della donazione d'organo;
- omogeneizzazione e ottimizzazione delle liste di attesa e dei tempi della donazione d'organo in coerenza con quanto previsto CNT;
- programma dedicato ai percorsi assistenziali per l'insufficienza renale, la donazione da vivente e il trapianto di rene;
- implementazione tecnologica e del sistema informativo del CRT;
- implementazione del Laboratorio Regionale immunologico dei Trapianti;
- collegamento con la Rete Comunale dell'Ufficio Anagrafe per espressione di volontà attraverso Carta di Identità Elettronica.

6.12. Rete Psichiatrica - SPDC

La Rete dei Servizi Psichiatrici di Diagnosi e Cura (S.P.D.C.) è definita dalla Determinazione regionale n. G08249 del 24.06.2022, nel documento "Percorso assistenziale per persone con patologia psichiatrica e/o con disturbi comportamentali per l'accesso e la gestione in Pronto Soccorso e il ricovero", con una sezione dedicata alla neuropsichiatria infantile. La Rete svolge la sua attività all'interno della Rete dei DSM e dei percorsi olistici della Salute Mentale.

Il Coordinamento Operativo è svolto dal Coordinamento dei SPDC in collegamento con la U.O. di Coordinamento Reti di patologia, istituita presso ARES 118, al fine di sviluppare una collaborazione multidisciplinare all'interno del percorso assistenziale.

Il Piano di Rete definisce le azioni relative ai percorsi organizzativo-assistenziali:

- SPDC
 - o 24 Servizi di ricovero;

- 1 Servizi di day Hospital;
- Neuropsichiatria infantile;
- 3 Servizi di ricovero.

Il Piano di Rete definisce le azioni specifiche dei percorsi clinico-assistenziali di:

- percorsi di centralizzazione e accesso ai servizi di SPDC e NI;
- metodologia di consulenza specialistica in Pronto Soccorso;
- sistema di teleconsulto tra Hub e Spoke;
- collegamento con i centri antiveleni;
- connessioni strutturate con i DSM e i TSRMEE;
- percorsi organizzativi in caso di chiusura temporanea di servizi.

Il Coordinamento regionale dei SPDC-NI prevede l'attuazione di un programma formativo coinvolgendo nelle iniziative di formazione e miglioramento i DSM, i TSMREE e le U.O. di Pediatria. Il monitoraggio della Rete prevede la valutazione delle attività delle UU.OO. di SPDC e NI all'interno del report annuale dell'attività ospedaliera e report specifici di percorso ed esito per specifica condizione patologica predisposto dal Coordinamento SPDC-NI.

La programmazione triennale, inserita nel cronoprogramma, è finalizzata all'ampliamento dell'offerta con l'inserimento di strutture di ricovero in SPDC e NI, come completamento organizzativo del CRT ed alla predisposizione di un progetto relativo all'età pediatrica per l'integrazione tra NI e servizi territoriali.

In dettaglio le principali azioni previste:

- attivazione del SPDC nel Policlinico Gemelli;
- integrazione del Servizio di Neuropsichiatria Infantile del Policlinico Gemelli e del Policlinico Tor Vergata nella rete di risposta ai ricoveri di urgenza;
- percorsi integrati tra i Servizi di Neuropsichiatria Infantile e i reparti di pediatria;
- collegamenti strutturati con i servizi territoriali e le strutture per il post-acuzie.

6.13. Programmazione di Reti specialistiche

6.13.1 Rete di Area Critica

L'implementazione dei posti letto di terapia intensiva e subintensiva definita nel DL 34 e l'ampliamento delle funzioni di assistenza ad alta intensità di cura richiedono lo sviluppo di un modello organizzativo regionale e aziendale di Area Critica, in cui siano definiti i collegamenti, gli ambiti di lavoro multidisciplinare ed i criteri di passaggio di setting.

La programmazione triennale, inserita nel cronoprogramma, ha lo scopo di istituire una Rete di Area Critica secondo i criteri di “*Comprehensive Network*” aziendale e sovra-aziendale al fine di garantire l'utilizzo più appropriato di risorse ad alta intensità di cura con l'obiettivo di prevenire e trattare le insufficienze di organo.

Il monitoraggio della Rete prevede la valutazione delle attività delle terapie intensive (codice 49) e terapia semintensiva (codice 94) all'interno del report annuale dell'attività ospedaliera e di report dedicato all'attività specialistica, per questa funzione sono stati individuati sub-codici che identifichino le diverse tipologie di terapia intensiva.

La costituzione di una Rete regionale prevede la definizione di un Piano contenente:

- percorsi organizzativi:
 - istituzione di un Coordinamento Operativo in collegamento con la U.O. Area Critica ARES 118;
 - principi per il coordinamento aziendale dei posti letto di area critica;
 - adozione di “*Comprehensive Network*” inter-aziendali e dei percorsi Hub e Spoke;
 - revisione Rete ECMO;

- percorsi funzionali:
 - o omogenizzazione dei percorsi di trasporto del paziente critico secondo criteri di sicurezza;
 - o criteri per l'assistenza al trasferimento inter-ospedaliero e il back-transfer;
 - o percorsi per il trasferimento dall'area critica al ricovero ordinario e altro setting assistenziale.

6.13.2 Rete Post-Acuzie

La sperimentazione nazionale sull'appropriatezza delle attività di riabilitazione costituisce un primo strumento di regolazione dell'accesso, che deve essere integrato progressivamente dal coordinamento di questa attività attraverso la digitalizzazione delle informazioni e la definizione di un organismo di regolazione costituito dalla Centrale Operativa Regionale costituita presso ARES 118.

La funzione di post-acuzie ha l'obiettivo di comprendere in un sistema coordinato di posti letto di riabilitazione e lungodegenza gestiti secondo i percorsi definiti nei seguenti documenti Centrali Operative Regionale, Aziendale e Territoriale (Determina Regionale n.10994 del 25.09.2020, n. G02706 del 28.02.2023) e Flusso di ricovero e sovraffollamento (Determina Regionale n.19959 del 18.11.2022).

La programmazione triennale, inserita nel cronoprogramma, è finalizzata alla istituzione di una Rete di post-acuzie al fine di garantire l'inserimento precoce della persona nei percorsi di riabilitazione fin dal ricovero per acuti e successivamente nelle strutture specialistiche secondo percorsi dedicati.

La costituzione di una Rete regionale prevede la definizione di un Piano di Rete contenente:

- percorsi organizzativi:
 - o istituzione di un Coordinamento operativo nella Centrale Operativa Regionale in collegamento con i Team Operativi Ospedalieri;
 - o sistema informativo per la trasmissione e gestione delle richieste del posto letto;
- metodologia per la produzione di PDTA specifici di patologia.

La sperimentazione nazionale dell'appropriatezza al ricovero in riabilitazione con l'istituzione della nuova SDO-R offrirà gli strumenti per la realizzazione di un sistema di monitoraggio con indicatori di processo e di esito specifici.

6.13.3 Rete Anatomia Patologica

La costituzione della Rete di Anatomia Patologica ha lo scopo di omogenizzare i sistemi di codifica delle diagnosi e le diverse metodologie ai fini diagnostici e prognostici.

La programmazione triennale, inserita nel cronoprogramma, è finalizzata alla istituzione di una Rete di Anatomia Patologica con l'obiettivo di rendere omogenee, a livello regionale, le attività cliniche e di refertazione e sviluppare un sistema informativo con digitalizzazione delle immagini.

La costituzione di una Rete regionale prevede la definizione di un Piano contenente:

- definizione dei livelli per competenze e dotazione di competenze;
- sistemi di allestimento digitale dei preparati istologici, anche ai fini della condivisione per l'esecuzione di consulti o *second opinion*;
- programmi di controllo di qualità sia nell'ambito della diagnostica istopatologica che della valutazione dell'espressione di biomarcatori prognostici e predittivi;
- sistema informativo per la refertazione e la raccolta dei dati clinico-patologici;
- procedure di trasferimento dei campioni verso i centri di riferimento per le determinazioni molecolari complesse e di rientro presso il centro inviante del referto e del materiale inviato;
- digitalizzazione della documentazione clinica e delle immagini;
- sistema informativo delle anatomie patologiche.

6.14. Cronoprogramma Reti

Rete	Azioni	2024	2025	2026
Rete Ospedaliera	Programmazione	Attivazione e monitoraggio I fase	Attivazione e monitoraggio II fase	Attivazione e monitoraggio III fase
Rete Emergenza	Contrasto al fenomeno Boarding	Monitoraggio chiusura scheda PS entro 12 ore - Monitoraggio	Monitoraggio	Monitoraggio
Rete Trauma	Piano di Rete	Revisione del piano di Rete - Audit e Monitoraggio semestrale Inserimento percorso chirurgia della mano e reimpianti	Audit e Monitoraggio semestrale	Audit e Monitoraggio semestrale
Rete Ictus	Piano di Rete	Revisione del piano di Rete - Audit e Monitoraggio semestrale Attivazione di 2 UTN II e 2 UTN I Inserimento percorso riabilitativo	Audit e Monitoraggio semestrale	Audit e Monitoraggio semestrale
Rete Emergenza Cardiologica	Piano di Rete	Attivazione di 1 Centro CE e 2 Centri C - Audit e Monitoraggio semestrale	Audit e Monitoraggio semestrale	Audit e Monitoraggio semestrale
Rete Perinatale	Piano di Rete	Revisione del piano di Rete con attivazione di 1 PN	Monitoraggio semestrale Rete	Monitoraggio semestrale Rete
	Percorsi coordinati Consultori-PN	Predisposizione percorsi strutturati	Monitoraggio	Monitoraggio
	Parto Cesareo	Audit aziendali trimestrali - Monitoraggio semestrale	Audit aziendali trimestrali - Monitoraggio semestrale	Audit aziendali trimestrali - Monitoraggio semestrale
	Digitalizzazione cartella gravidanza	Predisposizione	Rilascio nel FSE	
Rete Malattie Rare	Connessione COMR-Territorio-MMGG/PLS	Anagrafe del territorio e percorsi strutturati	Monitoraggio	Monitoraggio
	PDTA con transizione età pediatrica-adulta	Predisposizione percorsi MR- Monitoraggio	Predisposizione percorsi MR- Monitoraggio	Predisposizione percorsi MR- Monitoraggio
	Sistema Informativo Malattie Rare	Evoluzione Simaral verso SIMR - Registro - Monitoraggio	Produzione report annuale	Produzione report annuale
	Scheda Emergenza Malattia Rara	Produzione scheda per MR	Produzione scheda per MR	Produzione scheda per MR
	Collegamento COMR-laboratori di Genetica	Atti di convenzione	Monitoraggio	Monitoraggio
Rete Malattie Infettive	Piano di Rete	Revisione del piano di Rete con inserimento 1 Hub e 2 Spoke	Monitoraggio Rete	Monitoraggio Rete

Rete	Azioni	2024	2025	2026
	Protocollo di integrazione SCF-INMI	Predisposizione percorsi strutturati	Monitoraggio	Monitoraggio
Rete Oncologica	Coordinamenti regionali e Aziendali	Attivazione	Monitoraggio	Monitoraggio
	Punti oncologici di accesso e di continuità di cura	Attivazione	Monitoraggio	Monitoraggio
	PDTA per patologia oncologica	Predisposizione percorsi - Monitoraggio	Predisposizione percorsi - Monitoraggio	Predisposizione percorsi - Monitoraggio
	Tumor molecular Board regionale	Istituzione e coordinamento	Monitoraggio	Monitoraggio
	Digitalizzazione cartella oncologica	Predisposizione	rilascio nel FSE	Monitoraggio
	Second opinion	Attivazione teleconsulto	Monitoraggio	Monitoraggio
Rete Trapianti di organo	Coordinamento Ospedaliero per il procurement	Attivazione percorsi aziendali	Monitoraggio	Monitoraggio
	Coordinamenti regionali	Attivazioni 3 sottocommissioni del CRT	Monitoraggio	Monitoraggio
	Liste di attesa	Percorso clinico-organizzativo	Monitoraggio	Monitoraggio
	PDTA	Percorso IRA- trapianto di rene	Monitoraggio	Monitoraggio
	Sistema informativo CRT	Implementazione	Monitoraggio	Monitoraggio
Rete Trasfusionale	Piano di Rete	Revisione Macroaree e Aree di produzione	Monitoraggio	Monitoraggio
	Percorsi organizzativi	Raccolta del Plasma e produzione di medicinali plasmaderivati.	Monitoraggio	Monitoraggio
	Percorsi organizzativi	Progressiva riduzione dell'acquisizione extra-regionale di emocomponenti	Monitoraggio	Monitoraggio
Rete SPDC	Implementazione SPDC	Attivazione 1 SPDC	Monitoraggio	Monitoraggio
	Implementazione Neuropsichiatria infantile	Attivazione di 1 struttura di ricovero NI	Monitoraggio	Monitoraggio
	PDTA	Percorsi strutturati servizi di NI con TMSREE/UO Pediatria	Monitoraggio	Monitoraggio
		Percorsi aziendali per il ricovero in SPDC	Monitoraggio	Monitoraggio
Rete di Riabilitazione e Lungodegenza	Piano di Rete	Istituzione del Gruppo di lavoro e Stesura piano di Rete	Monitoraggio Rete	Monitoraggio Rete
	Percorsi cambio di setting	Predisposizione percorsi strutturati	Monitoraggio	Monitoraggio
	Centrale operativa regionale	Istituzione attività per il cambio di setting	Monitoraggio	Monitoraggio

Rete	Azioni	2024	2025	2026
	Sistema informatico cambio di setting	Attivazione	Monitoraggio	Monitoraggio
Rete Area Critica	Piano di Rete	Istituzione Rete e approvazione Piano - Monitoraggio	Monitoraggio	Monitoraggio
	PDTA	Percorsi trasferimenti e Sistema Regionale ECMO	Monitoraggio	Monitoraggio
Rete Anatomia Patologica	Piano di Rete	Istituzione Rete e approvazione Piano - Monitoraggio	Monitoraggio	Monitoraggio
	Sistema Informativo	Predisposizione piattaforma per refertazione	Inserimento FSE - digitalizzazione immagini	Monitoraggio
	PDTA	Percorso trasferimento campioni	Monitoraggio	Monitoraggio
	Second opinion	Attivazione teleconsulto	Monitoraggio	Monitoraggio
*in grigio le azioni inserite nei Piani operativi.				

7. Nuovi ospedali e Tecnologie

7.1. Nuovi Ospedale

La Regione Lazio intende aggiornare ed integrare il patrimonio edilizio e tecnologico del Servizio Sanitario Regionale anche attraverso la realizzazione dei nuovi Ospedali di: Latina, Golfo, Rieti, Tiburtino, Acquapendente e Umberto I. Il finanziamento degli interventi nel campo dell'edilizia sanitaria sarà individuato tra le diverse fonti disponibili, tra le quali l'INAIL, l'articolo 20, gli strumenti previsti dalla vigente legislazione ed eventuali ulteriori fonti di finanziamento.

Il programma degli interventi da finanziare, indicato nella tabella seguente, è comprensivo delle somme relative all'acquisizione di attrezzature, arredi e relativa IVA.

Elenco nuovi Ospedali (Lavori)		
Aziende	Descrizione	importi
ASL Latina	Costruzione nuovo ospedale nel sud Pontino - Nuovo ospedale del Golfo	€ 178.869.436,80
ASL Latina	Costruzione nuovo ospedale di Latina	€ 261.586.961,54
ASL Rieti	Costruzione nuovo ospedale di Rieti	€ 204.674.835,38
ASL Roma 5	Nuovo Ospedale Tiburtino	€ 170.682.164,18
ASL Viterbo	Nuovo Ospedale di Acquapendente	€ 30.406.497,41
AOU Policlinico Umberto I	Nuovo Policlinico Umberto I	in corso di valutazione
Importo complessivo		846.219.895,00

Il fabbisogno per l'acquisizione di attrezzature ed arredi necessari al funzionamento dei nuovi ospedali, rappresentato dalle Aziende negli Studi di fattibilità, è pari all'importo complessivo di €114.307.727,73, come di seguito dettagliato:

Elenco fabbisogni attrezzature ed arredi		
Aziende	descrizione	importi
ASL Latina	Ospedale del golfo	€ 32.342.470,27
ASL Latina	Costruzione nuovo ospedale di Latina	€ 38.413.038,46
ASL Rieti	Costruzione nuovo ospedale di Rieti	€ 12.291.282,50
ASL Roma 5	Nuovo Ospedale Tiburtino	€ 24.770.000,00
ASL Viterbo	Nuovo Ospedale di Acquapendente	€ 6.887.096,77
AOU Policlinico Umberto I	Nuovo Policlinico Umberto I	in corso di valutazione
Importo complessivo		€ 114.703.888,00

ASL Latina - Costruzione nuovo ospedale del Golfo

Nell'ambito dell'attività di pianificazione e di programmazione, la Regione Lazio ha individuato come una priorità la realizzazione di un nuovo ospedale per l'area del golfo di Gaeta. Allo stato attuale l'ospedale sito nel territorio del comune di Formia, comprendente l'area del Golfo (Comuni di: Formia, Gaeta, Minturno, SS. Cosma e Damiano, Castelforte, Spigno Saturnia ed i Comuni delle isole di Ponza e Ventotene), concepito e realizzato molti anni fa, non risulta più rispondente alle esigenze di assistenza sanitaria dell'utenza, che necessita di spazi, di parcheggi e di tecnologia più avanzata. Il nuovo ospedale del Golfo si colloca, con le sue caratteristiche, tecnologiche ed organizzative alquanto innovative e competitive, in un'area avente un bacino di popolazione di circa 120.000 abitanti ed una corona di prossimità, di circa 180.000 abitanti, per l'emergenza, l'attività di alta e media complessità. La Giunta Regionale, dopo aver valutato varie alternative, con deliberazione n. 511 del 4 agosto 2006 ha individuato, come sede del nuovo ospedale, l'area ex-Enaoli, collocato tra due assi viari di preminente importanza regionale e la linea ferroviaria Roma – Napoli.

ASL Latina - Costruzione Nuovo Ospedale di Latina

Dal punto di vista sanitario e assistenziale il Nuovo Ospedale di Latina (NOL) amplierà le attività di eccellenza, attualmente presenti nella struttura sanitaria del "Santa Maria Goretti", completando il percorso di attivazione del DEA di II livello con tutte le specialità previste dal DM 70/2015, con una logica di rafforzamento della risposta sanitaria nelle province.

La realizzazione del NOL si inserisce nel più ampio progetto di riassetto e riqualificazione dell'area urbana di Borgo Piave, fortemente collegata, da un punto di vista infrastrutturale, con la città e con l'esterno, in posizione baricentrica rispetto al territorio da servire.

ASL Rieti - Costruzione nuovo ospedale di Rieti

Il Nuovo Ospedale di Rieti offrirà una risposta alle criticità individuate nell'attuale Presidio ospedaliero, quali, a titolo esemplificativo, la dotazione insufficiente degli spazi e la relativa assenza di flessibilità dal punto di vista strutturale, organizzativo e funzionale, tale da non permettere il completo assorbimento del fabbisogno dei residenti, della corona di prossimità e l'implementazione di nuovi modelli assistenziali.

ASL Roma 5 – Costruzione nuovo Ospedale Tiburtino

Il nuovo Ospedale Tiburtino estende il bacino di utenza ai comuni di Tivoli, Casape, Castel Madama, Cerreto Laziale, Ciciliano, Cineto Romano, Gerano, Licenza, Mandela, Percile, Pisoniano, Poli, Roccagiovine, Sambuci, S. Gregorio da Sassola, S. Polo dei Cavalieri, Saracinesco, Vicovaro, Guidonia M., Marcellina, Monteflavio, Montelibretti, Montorio Romano, Moricone, Nerola, Palombara S., S. Angelo Romano.

La scelta dell'area è scaturita da condizioni di agevole realizzabilità in un lotto disponibile di proprietà della ASL Roma 5, non sottoposto a procedure di esproprio o di edificazione abusiva e di facile accessibilità dai principali snodi viari e ferroviari.

ASL Viterbo – Costruzione nuovo Ospedale di Acquapendente

L'azienda Asl Viterbo ha nei suoi programmi la realizzazione, nel Comune di Acquapendente (VT), di un nuovo edificio da adibire a Ospedale in zona disagiata, Ospedale di Comunità e Casa di Comunità in quanto l'attuale struttura ospedaliera non risulta più adeguata alle nuove esigenze strutturali, gestionali e sanitarie. Il nuovo ospedale verrebbe situato sulla via Cassia in località "Organe", in un terreno messo a disposizione dal Comune di Acquapendente, non sottoposto a procedure di esproprio.

IFO - Centro di protonterapia € 23.000.000,00 (Attrezzature)

Gli Istituti Fisioterapici Ospitalieri (IFO) sono un Istituto di Ricovero a Carattere Scientifico ad indirizzo oncologico e dermatologico con il ruolo di Centro di Riferimento Ospedaliero della Rete.

La U.O.C. di Radioterapia degli IFO è la struttura pubblica che nel Lazio che tratta il maggior numero di casi, a parità di numero di LINAC, per cui la realizzazione del Centro di Protonterapia consente di mettere a disposizione della Rete le attività cliniche e di ricerca attraverso il *know how* acquisito.

8. Umanizzazione e Educazione del cittadino/paziente

Le Associazioni di pazienti e di volontariato rappresentano un interlocutore strategico dell'Amministrazione regionale e il loro coinvolgimento contribuisce a migliorare la risposta dei servizi sanitari ai bisogni dell'utente, anche al fine di perseguire obiettivi di equità e di rimozione di ostacoli responsabili di disuguaglianze. In particolare, la Regione Lazio ha la volontà di perseguire le attività che facilitino la comunicazione tra le persone e le strutture sanitarie, che consentano l'espletamento delle attività amministrative attraverso sistemi telematici, che sviluppino la presa in carico proattiva, riducano la mobilità delle persone favorendo l'assistenza di prossimità.

A questo fine sarà sviluppato un progetto di comunicazione e informazione a pazienti, familiari, associazioni e cittadinanza in grado di consentire una migliore e più efficace partecipazione alle politiche sanitarie.

La Regione Lazio ha fornito un significativo impulso all'espressione delle capacità di advocacy del mondo associativo regionale in ambito sanitario, istituendo, con Deliberazione di Giunta n.736 del 15 ottobre 2019, un modello strutturato di partecipazione delle Associazioni alla programmazione sanitaria regionale. Quale parte integrante e operativa del modello regionale, la programmazione e organizzazione della Rete Ospedaliera prevede la partecipazione attiva negli organismi di coordinamento dei rappresentanti delle Associazioni di pazienti. Attraverso questo modello le Associazioni contribuiscono al programma di diffusione delle informazioni amplificando con i propri canali i contenuti delle campagne di comunicazione della Regione Lazio.

L'esperienza della persona costituisce un valore per lo sviluppo di azioni di miglioramento della qualità dell'assistenza. I cittadini e le associazioni portano testimonianze ed esperienze preziose che l'Amministrazione può considerare come "patient evidence", sull'esempio di quanto già avviene nei processi di HTA o nel disegno di trial clinici, tramite l'utilizzo di Patient Reported Outcomes Initiative (PROMs) e Patient Reported Experience Measures (PREMs), anche per il monitoraggio del buon funzionamento delle reti assistenziali.

9. Standard generali di qualità per i presidi ospedalieri

Per tutti i presidi ospedalieri (base, I livello, II livello) lo standard è costituito dalla rispondenza ai requisiti minimi autorizzativi e a quelli ulteriori di accreditamento previsti rispettivamente dal DCA n. U0008 del 10 febbraio 2011 e dal DCA n. U00469 del 7 novembre 2017. Relativamente alla **gestione del rischio clinico ed al miglioramento della qualità delle prestazioni erogate**, in particolare, anche ai sensi di quanto previsto dalla L. 24/2017 recante “*Disposizioni in materia di sicurezza delle cure e della persona assistita, nonché in materia di responsabilità professionale degli esercenti le professioni sanitarie*”, lo standard minimo per tutti i presidi ospedalieri per come sopra specificati, consiste nella documentata e formalizzata presenza di un sistema complessivo di gestione del rischio rispondente alle linee di programmazione regionale per come definite dal Centro Regionale Rischio Clinico (CRRC). Di seguito se ne riportano le specifiche:

- **sistema di segnalazione degli eventi avversi.** Tutte le strutture ospedaliere, pubbliche e private, devono individuare un referente per partecipare al sistema di segnalazione degli eventi avversi per il tramite del portale regionale denominato SiReS (Sistema Regionale di Segnalazione). Il portale consente di ottemperare al debito informativo nei confronti del flusso ministeriale SIMES ed è aperto a tutte le strutture sanitarie e sociosanitarie regionali, pubbliche e private, previa richiesta agli uffici competenti delle credenziali di accesso. Al fine di migliorare la qualità dei dati e supportare le strutture nella corretta classificazione degli eventi, è stato elaborato uno specifico *Documento di indirizzo per la classificazione degli Eventi Avversi e degli Eventi Sentinella* (Determinazione 20 luglio 2021, n. G09850). Per quanto attiene al flusso SIMES specifico sugli eventi sentinella, il modello adottato nel Lazio prevede la verifica da parte del CRRC della congruità fra i fattori causali/contribuenti dei singoli eventi sentinella individuati dalle strutture e il piano degli interventi di miglioramento conseguente. Successivamente a questo momento di verifica gli eventi sentinella sono validati ed inviati al Ministero della Salute.
- **implementazione delle raccomandazioni ministeriali.** Tutte le strutture ospedaliere, pubbliche e private, devono implementare le Raccomandazioni Ministeriali applicabili al proprio interno, per il tramite di procedure formalizzate. Al fine di consentire il monitoraggio di queste attività da parte del livello regionale e un efficace *benchmarking* da parte di tutte le strutture, dal febbraio 2016 è disponibile un *repository* regionale (denominato *cloud*), accessibile agli utenti registrati di tutte le strutture sanitarie e sociosanitarie, pubbliche e private regionali, su cui è possibile caricare tutte le procedure adottate dalle diverse organizzazioni in tema di sicurezza delle cure. L’accesso al *cloud* è possibile previa richiesta agli uffici competenti delle credenziali di accesso. Alcune Raccomandazioni sono state oggetto di specifici documenti di indirizzo da parte del CRRC: tutte le strutture nelle quali siano applicabili, devono implementare i contenuti di questi documenti di indirizzo, nonché delle eventuali successive revisioni. A oggi i documenti elaborati dal CRRC inerenti alle raccomandazioni ministeriali sono i seguenti (in ordine cronologico di adozione):
 - a. *revisione Documento di indirizzo per l’implementazione delle raccomandazioni ministeriali n. 6 per la prevenzione della morte materna correlata al travaglio e/o parto e n. 16 per la prevenzione della morte o disabilità permanente in neonato sano di peso >2500 grammi* (Determinazione 31 luglio 2018 n. G09765);
 - b. *revisione Documento di indirizzo sulla prevenzione e la gestione degli atti di violenza a danno degli operatori sanitari* (Determinazione 16 settembre 2021, n. G10851);
 - c. *documento di indirizzo sulla sicurezza della terapia farmacologica* (Determinazione 25 giugno 2020 n. G07551);
 - d. *documento di indirizzo sulla prevenzione e la gestione della caduta della persona assistita* (Determinazione 6 novembre 2022 n. G15198).

- **implementazione dei documenti di indirizzo regionali in tema di gestione del rischio sanitario.** Oltre ai sopracitati documenti, che contengono indicazioni per l'implementazione delle raccomandazioni ministeriali, il CRRC ha elaborato altri documenti di indirizzo in tema di gestione del rischio sanitario: tutte le strutture nelle quali siano applicabili, devono implementare i contenuti di questi documenti di indirizzo, nonché delle eventuali successive revisioni. A oggi tali documenti sono i seguenti (in ordine cronologico di adozione):
 - a. *documento di indirizzo per la Prevenzione e la Gestione delle Lesioni da Pressione* (Determinazione 27 aprile 2018 n. G05584);
 - b. *revisione documento di indirizzo per la corretta identificazione della persona assistita* (Determinazione 22 luglio 2021 n. G09956);
 - c. *documento di indirizzo sul consenso informato* (Determinazione 25 gennaio 2022 n. G00642);
- **gestione del rischio infettivo.** L'emergenza pandemica ha sottolineato l'importanza della corretta pratica dell'igiene delle mani. Il CRRC ha pertanto elaborato il *Piano di Intervento regionale sull'igiene delle mani* (Determinazione 26 febbraio 2021 n. G02044), un documento che integra tutti i contributi dell'OMS sul tema ed è corredato da una serie di strumenti di supporto per consentire a tutte le strutture di definire piani di azione locali per la sua implementazione attraverso la definizione di specifici piani di azione locali. Al fine di fornire alle strutture del Servizio Sanitario Regionale (SSR), un set di requisiti organizzativi, tecnologici, strutturali e professionali utili a promuovere e documentare le attività di miglioramento della qualità e della sicurezza delle cure relativamente al rischio infettivo, è stato inoltre elaborato il *Documento di indirizzo sulle buone pratiche per la prevenzione e il controllo delle Infezioni Correlate all'Assistenza (ICA)* (Determinazione 28 novembre 2022 n. G16501) che definisce una griglia di evidenze documentali (e di relative attività) differenziate per priorità e in relazione alla complessità organizzativa delle strutture, per come definita dalla normativa vigente in tema di autorizzazione e accreditamento.
- **elaborazione del Piano Annuale per la Gestione del Rischio Sanitario.** Con Determinazione 25 gennaio 2022 n. G00643, la Regione Lazio ha adottato il *Documento di indirizzo per l'elaborazione del Piano Annuale per la gestione del Rischio Sanitario (PARS)*, in sostituzione delle precedenti *Linee Guida per l'elaborazione del Piano Annuale di Risk Management (PARM)* e del *Piano Annuale delle Infezioni Correlate all'Assistenza (PAICA)*. Il documento d'indirizzo, rivolto a tutte le strutture residenziali sanitarie e sociosanitarie pubbliche e private del SSR, al fine di favorire una visione unitaria del rischio sanitario, integra PARM e PAICA in un unico documento e, inoltre, consente alle strutture di articolare i contenuti in maniera differenziata in relazione alla diversa e specifica complessità organizzativa e assistenziale. In continuità con i documenti precedenti, nel rispetto dei ruoli e delle responsabilità definiti dalla normativa vigente, nel Documento di indirizzo sopra citato, sono definiti: la struttura del PARS, i contenuti minimi, gli obiettivi regionali strategici, il numero minimo di attività che le singole strutture dovranno declinare e la definizione, per le singole attività, di indicatori, standard di riferimento e matrice dei ruoli e delle responsabilità.

Appendice. Schede per singolo Istituto di ricovero

Legenda

Nelle schede per Istituto i posti letto sono distribuiti in cinque Aree funzionali, mantenendo distinta quella per i Detenuti:

- area medica (M);
- area chirurgica (C);
- area critica (AC);
- area materno-infantile-pediatria (MIP);
- post-acuzie (PA).

I moduli polispecialistici di DH medico (codice 02) e chirurgico (codice 98) ricomprendono le specialità delle relative Aree, mantenendo la specificità per l'Area Materno-Infantile-Pediatria, Psichiatria, Malattie Infettive e Riabilitazione.

Nelle strutture pubbliche, in una logica di intensità di cure, è stata considerata l'attività di day hospital e/o di day surgery come multispecialistica, mentre nelle strutture private accreditate si è tenuto conto delle discipline accreditate negli atti di riferimento.

Nel computo dei posti letto ordinari non sono compresi quelli tecnici di Osservazione Breve Intensiva (OBI), quelli protetti di Medicina Nucleare di cui al D.lgs. 187/2000 e quelli relativi alle culle nei reparti di ostetricia.

Legenda Box posti letto

M	Area Medica
C	Area Chirurgica
AC	Area Critica
MIP	Area Materno Infantile Pediatria
PA	Post Acuzie

Legenda Box Ruolo nella Rete

Rete emergenza-urgenza	DEA II livello; DEA I livello; PS: Pronto Soccorso; PS-SPEC: Pronto Soccorso Specialistico; PS Disag.: Pronto Soccorso Disagiato;
Rete emergenza-urgenza pediatrica	<i>Hub</i> : Centro di riferimento per emergenza pediatrica medica e/o chirurgica <i>Spoke</i> : PS/DEA in Istituto con reparto di pediatria
Rete cardiologica/ cardiocirurgica	<i>CEC</i> : Centri Cardio-UTIC con servizio di Emodinamica e Cardiocirurgia <i>CE</i> : Centri Cardio-UTIC con servizio di Emodinamica <i>C</i> : Centri Cardio-UTIC
Rete trauma	CTS: Centro Traumi di Alta Specializzazione (<i>Hub</i>) CTZ: Centro Traumi di Zona (<i>Spoke</i> di II Livello) PST: Presidio di Pronto Soccorso per Traumi (<i>Spoke</i> di I Livello)
Rete ictus	UTN II: Unità di Trattamento Neurovascolare di II livello (<i>Hub</i>) UTN I: Unità di Trattamento Neurovascolare di I livello (<i>Spoke</i>)
Rete perinatale	II: II livello Accordo Stato-Regioni 16/12/2010 (presenza di TIN) I: I livello Accordo Stato-Regioni 16/12/2010