



REGIONE  
LAZIO

ALLEGATO TECNICO

Programmazione della rete ospedaliera  
*2021-2023*  
in conformità agli  
standard previsti nel DM 70/2015

**Gennaio 2022**

## INDICE

<b>1.</b>	<b>Indirizzi di programmazione</b>	<b>4</b>
1.1	Descrizione attività ospedaliera	5
1.2	Stato di avanzamento della rete ospedaliera regionale	7
1.3	La gestione della emergenza pandemica COVID-19	9
	1.3.1 <i>Il percorso per la definizione e l'articolazione della rete ospedaliera COVID-19</i>	11
	1.3.2 <i>Definizione degli scenari di rischio di risposta della rete ospedaliera all'evoluzione dell'epidemia</i>	11
1.4	Piano di riorganizzazione della rete ospedaliera in coerenza con quanto previsto dall'art.2 del D.L. 34/2020	13
<b>2.</b>	<b>Nuovi ospedali e Modelli assistenziali di riferimento</b>	<b>15</b>
2.1	Nuovi Ospedali	15
2.2	Reti integrate clinico-assistenziali	17
2.3	Week Surgery	19
2.4	Telemedicina	21
<b>3.</b>	<b>Standard generali di qualità per i presidi ospedalieri</b>	<b>23</b>
<b>4.</b>	<b>Assetto programmato offerta ospedaliera</b>	<b>26</b>
<b>5.</b>	<b>Standard di strutture per singola disciplina</b>	<b>35</b>
<b>6.</b>	<b>Reti tempo dipendenti, reti assistenziali e rete dei servizi</b>	<b>38</b>
6.1	La rete dell'Emergenza-Urgenza	38
	6.1.1 <i>Emergenza-Urgenza territoriale</i>	38
	6.1.2 <i>Emergenza ospedaliera</i>	40
6.2	Rete Emergenze cardiologiche e cardiocirurgiche	44
6.3	Rete Trauma grave e neurotrauma	47
6.4	Rete Ictus	50
6.5	Rete Perinatale	52
6.6	Ruolo delle strutture ospedaliere nelle reti tempo-dipendenti	55
6.7	Rete Malattie infettive	56
6.8	Rete oncologica	58
6.9	Rete delle malattie rare	59
6.10	Rete Trasfusionale	61
<b>7.</b>	<b>Governo clinico, programma di miglioramento e monitoraggio</b>	<b>64</b>
<b>8.</b>	<b>Umanizzazione e coinvolgimento del cittadino/paziente</b>	<b>66</b>
8.1	Ospedali che promuovono salute	66
8.2	Coinvolgimento del volontariato	67
<b>9.</b>	<b>Interventi di Programmazione 2021-23</b>	<b>70</b>
	<i>Appendice – Schede per singolo Istituto di Ricovero</i>	72

## 1. Indirizzi di programmazione

La Regione Lazio intende **completare il percorso di riprogrammazione dell'offerta ospedaliera** intrapreso con l'approvazione del DCA 412/2014 e proseguito con il DCA 257/2017 e ha l'obiettivo di **consolidare e migliorare i significativi risultati in termini di qualità dell'assistenza sanitaria e di efficienza contabile** ottenuti a partire dalla sottoscrizione del piano di rientro dai disavanzi del SSR nel 2007.

Il presente documento soddisfa quanto previsto dal **Piano di riorganizzazione, riqualificazione e sviluppo del Servizio Sanitario Regionale 2019-2021**, adottato con Decreto del Commissario ad acta n.81 del 25 giugno 2020, recepito con la DGR n. 406 del 26 giugno 2020, e la cui attuazione è stata deliberata il 29 settembre 2020 con DGR n. 661, al punto 17.1 inerente *“La Ridefinizione dell’Offerta Assistenziale per acuti, post-acuzie e il riordino delle discipline in eccesso”*, e attualizza la programmazione al triennio 2021-2023.

Le impegnative sfide assistenziali dettate dal quadro demografico ed epidemiologico, correlate alla sempre più critica carenza di risorse professionali e allo sviluppo scientifico che rende disponibili strumenti diagnostici e terapie innovative ad alto costo, rischiano di mettere a rischio la sostenibilità di un SSR ugualitario, solidale ed equo. La soluzione per garantire un'assistenza socio-sanitaria sicura e di qualità non può che essere organizzata attraverso il mantenimento di un costante equilibrio tra il sistema delle prestazioni e quello delle risorse disponibili per il loro finanziamento. Tale equilibrio per essere stabile deve contemperare i requisiti di efficacia con quelli di efficienza, attraverso le risorse definite nell'ambito dei rapporti Stato-Regione.

Negli ultimi due anni, il sistema sanitario regionale è stato messo alla prova dall'emergenza determinata dalla pandemia da COVID-19. La governance della pandemia in Regione Lazio ha previsto l'istituzione di un'Unità di Crisi che ha operato in costante sinergia con le Direzioni Strategiche. Tale scelta ha permesso di rispondere in modo coordinato all'emergenza, attraverso l'alternarsi e l'intersecarsi di esigenze assistenziali a carico di tutti i settori strategici delle aziende: Dipartimenti di Prevenzione, Cure Primarie, RSA, Rete Territoriale, Rete Ospedaliera.

Come ha ampiamente dimostrato l'esperienza vissuta, **è prioritario per la Regione Lazio continuare nell'azione del superamento della autosufficienza delle aziende sanitarie**, non solo sul piano dei percorsi di cura dei cittadini, ma anche rispetto ai processi amministrativi e gestionali, attraverso la condivisione di servizi e funzioni amministrative e tecnico-logistiche in ambiti sovra-aziendali. Il ricorso all'uso delle risorse secondo la logica delle reti, della condivisione delle tecnologie e delle professionalità, del continuo dialogo tra professionisti, anche attraverso un più confidente utilizzo dei supporti digitali, ha come obiettivo una innovazione nei modelli di servizio che consenta di aumentare il valore prodotto, migliorando l'efficienza con il recupero di risorse importanti da investire nello sviluppo dei programmi rivolti a superare le criticità del sistema. **È in quest'ottica che si inserisce l'integrazione tra rete ospedaliera e rete territoriale, in una logica della presa in carico dell'utente nelle diverse dimensioni assistenziali.** Come già descritto nel *“Piano di riorganizzazione, riqualificazione e sviluppo del Servizio Sanitario Regionale 2019-2021”*, l'integrazione delle funzioni assistenziali ospedaliere e territoriali, sanitarie e sociosanitarie, è finalizzata alla costruzione di un percorso di continuità tra il domicilio della persona, i servizi territoriali e quelli ospedalieri. A tal fine è necessario favorire una presa in carico multiprofessionale, basata su una valutazione multidimensionale del bisogno, con offerta di percorsi di cura strutturati e piani di assistenza individuale costantemente valutati nella loro efficacia.

L'esperienza acquisita per affrontare l'emergenza COVID-19 nella Regione Lazio, in termini di realizzazione di nuovi posti letto e reparti, impone di prevedere, per il futuro, **strutture sanitarie flessibili, resilienti e in grado di assicurare un'adeguata e continua capacità di trasformazione degli spazi**: attraverso l'allocazione di diverse funzioni all'interno della stessa area, con flessibilità organizzative e gestionali nel medio e lungo termine, nonché spazi utilizzabili ciclicamente per diverse attività. L'attenzione va dunque rivolta non solo

agli spazi, ma anche all'organizzazione dell'assistenza sanitaria e alla sua capacità di rispondere a sistemi e servizi che cambiano.

In quest'ottica è stato avviato da alcuni anni un processo di integrazione tra le strutture sanitarie pubbliche ed il privato accreditato, che si è concretizzato nella gestione della emergenza pandemica, con la costruzione di un "sistema integrato" di tipo multilevel fra le diverse strutture.

Il percorso di riorganizzazione della rete ospedaliera è stato parimenti supportato da **strumenti efficaci di finanziamento delle prestazioni sanitarie come la revisione dei criteri di definizione dei budget, il miglioramento delle regole di remunerazione ed è auspicabile possa proseguire con il collegamento fra le politiche degli strumenti tariffari avendo a riferimento la qualità degli esiti dei percorsi di cura.** È infatti necessario adattare i sistemi di finanziamento esistente (prevalentemente basato su criteri storici) alle nuove sfide della sanità, rendendo il sistema più flessibile e reattivo ai mutamenti del contesto e, allo stesso tempo, rendendo le scelte di allocazione delle risorse più coerenti ai fabbisogni del territorio, coinvolgendo le ASL nella definizione degli obiettivi assistenziali e nel ruolo e dimensionamento della rete di offerta.

### 1.1 Descrizione attività ospedaliera

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).

**Il tasso complessivo di ricovero nella Regione Lazio nel 2019 è pari a 122,9 ricoveri per 1.000 residenti,** in miglioramento rispetto all'annualità precedente (132,4 per 1.000) e nettamente al di sotto del valore di riferimento nazionale ( $\leq 160$  per 1.000 residenti).

In tabella 1.1.1 vengono mostrati i tassi di ospedalizzazione per acuti a carico dell'SSN (escluso DRG 391: "Neonato sano") relativi alle dimissioni per acuti dei residenti nel Lazio per l'anno 2019. In totale sono state effettuate 479.259 dimissioni ordinarie e 212.968 in regime diurno. I tassi di ricovero per acuti per ASL di residenza, standardizzati per sesso ed età rivelano una certa variabilità tra ASL con la Roma 6 che presenta il tasso più elevato e la ASL di Latina con il valore più basso.

**Tabella 1.1.1 Tassi di ospedalizzazione ordinari e diurni per acuti per ASL di residenza. Lazio 2019.**

ASL di Residenza		Attività di ricovero per residenti Lazio		Mobilità Passiva		TOTALE		Tasso di Ospedalizzazione per 1.000 abitanti			Tasso di Ospedalizzazione STD (per sesso ed età) per 1.000 abitanti		
		Regime di Ricovero		Regime di Ricovero		Regime di Ricovero							
		ORD	DH	ORD	DH	ORD	DH	ORD	DH	TOTALE	ORD	DH	TOTALE
201-203	Roma Comune	236.962	118.299	16.162	4.331	253.124	122.630	86,20	41,76	127,96	79,54	40,93	120,47
204	ASL Roma 4	25.855	12.766	1.770	502	27.625	13.268	84,10	40,39	124,49	81,73	39,52	121,25
205	ASL Roma 5	40.871	18.859	3.164	1.061	44.035	19.920	87,69	39,67	127,36	85,77	39,20	124,97
206	ASL Roma 6	51.109	20.993	2.928	755	54.037	21.748	93,98	37,82	131,81	91,74	37,41	129,15
109	ASL Viterbo	24.053	8.600	6.914	1.786	30.967	10.386	97,68	32,76	130,44	88,35	31,50	119,85
110	ASL Rieti	13.112	3.878	3.795	1.196	16.907	5.074	108,72	32,63	141,35	95,01	32,47	127,48
111	ASL Latina	47.421	16.329	4.939	1.867	52.360	18.196	91,02	31,63	122,65	86,60	31,41	118,01
112	ASL Frosinone	39.876	13.244	5.745	2.570	45.621	15.814	93,28	32,33	125,61	101,03	38,61	139,64
<b>TOTALE</b>		<b>479.259</b>	<b>212.968</b>	<b>45.417</b>	<b>14.068</b>	<b>524.676</b>	<b>227.036</b>	<b>89,24</b>	<b>38,62</b>	<b>127,86</b>	<b>84,74</b>	<b>38,52</b>	<b>123,25</b>

Fonte: Sistema Informativo Ospedaliero-SIO 2019 - dati sanitari versione RIC2019SAN\_TOT\_V3e mobilità passiva Lazio

**Tabella 1.1.2 Mobilità passiva verso altre regioni italiane - ordinari e diurni. Residenti Lazio 2019**

Regione	acuti				post acuti				
	n. dimissioni		valori in €	% valori in € su totale	n. dimissioni		valori in €	% valori in € su totale	
	ordinario	DH			ordinario	DH			
90	TOSCANA	8.147	2.116	51.871.248	21%	377	10	1.285.796	5%
130	ABRUZZO	7.194	3.178	38.997.008	16%	786		3.382.921	14%
100	UMBRIA	7.357	1.982	32.385.072	13%	555	13	2.892.917	12%
30	LOMBARDIA	5.192	1.398	27.969.965	11%	640	10	3.166.349	13%
80	EMILIA ROMAGNA	5.029	702	27.530.179	11%	442	68	5.000.221	21%
150	CAMPANIA	5.142	1.998	22.452.599	9%	115	22	1.012.532	4%
140	MOLISE	1.707	1.075	9.917.259	4%	73	1	1.751.422	7%
50	VENETO	1.583	347	9.420.221	4%	222	21	1.071.313	5%
110	MARCHE	1.633	519	8.770.175	3%	211	1	1.671.079	7%
160	PUGLIA	1.109	65	4.477.955	2%	35		273.391	1%
10	PIEMONTE	683	236	3.553.146	1%	119	1	707.347	3%
190	SICILIA	718	181	3.016.602	1%	30	2	237.641	1%
70	LIGURIA	570	224	2.170.830	1%	34	8	155.296	1%
200	SARDEGNA	543	91	2.080.832	1%	9	1	94.397	0%
180	CALABRIA	492	131	1.949.129	1%	27	2	198.550	1%
42	TRENTO	309	64	1.217.579	0%	104	8	487.394	2%
60	FRIULI VENEZIA GIULIA	245	79	1.094.760	0%	11		72.202	0%
41	BOLZANO	263	20	956.183	0%	7	1	35.770	0%
170	BASILICATA	180	40	625.435	0%	6	1	27.137	0%
20	VALLE D'AOSTA	31	16	169.100	0%				0%
<b>Totali</b>		<b>48.127</b>	<b>14.462</b>	<b>250.625.277</b>	<b>100%</b>	<b>3.803</b>	<b>170</b>	<b>23.523.677</b>	<b>100%</b>

**Tabella 1.1.3 Mobilità attiva verso le strutture della Regione Lazio - ordinari e diurni. Residenti altre regioni, 2019**

Regione	acuti				% valori in € su totale	post acuti			% valori in € su totale
	n. dimissioni		valori in €	n. dimissioni		valori in €			
	ordinario	DH		ordinario			DH		
150	CAMPANIA	10.362	4.133	50.024.330	25%	614	36	5.763.000	31%
180	CALABRIA	5.719	2680	29.915.882	15%	272	24	2.372.926	13%
130	ABRUZZO	4.914	1.987	25.864.311	13%	215	22	2.502.663	13%
160	PUGLIA	3.816	2004	19.773.095	10%	161	16	1.431.870	8%
190	SICILIA	3.262	1170	14.876.761	7%	110	11	955.545	5%
90	TOSCANA	2.455	848	11.068.815	5%	109	6	739.628	4%
100	UMBRIA	2.400	954	10.660.689	5%	109	10	994.564	5%
140	MOLISE	1.594	709	8.490.384	4%	79	6	961.047	5%
170	BASILICATA	1.307	654	7.396.726	4%	61	7	462.878	2%
110	MARCHE	1.295	557	5.733.975	3%	48	6	619.057	3%
200	SARDEGNA	1.260	494	5.650.860	3%	49	11	437.028	2%
30	LOMBARDIA	1.266	363	3.842.539	2%	50	3	535.173	3%
80	EMILIA ROMAGNA	725	231	2.431.382	1%	14	1	157.104	1%
50	VENETO	621	201	2.277.276	1%	25	4	230.285	1%
10	PIEMONTE	462	134	1.422.231	1%	17	4	230.725	1%
70	LIGURIA	304	108	1.151.174	1%	12		64.731	0%
60	FRIULI VENEZIA GIULIA	217	53	808.079	0%	12	1	88.376	0%
42	TRENTO	106	43	326.533	0%	2	1	25.387	0%
41	BOLZANO	85	15	204.204	0%	1		5.185	0%
20	VALLE D'AOSTA	30	10	95.917	0%				0%
<b>Totali</b>		<b>42.200</b>	<b>17.348</b>	<b>202.015.162</b>	<b>100%</b>	<b>1.960</b>	<b>169</b>	<b>18.577.172</b>	<b>100%</b>

**Tabella 1.1.4 Assistenza ospedaliera ai cittadini residenti nel Lazio da parte delle strutture extra-territoriali - ordinari e diurni. Anno 2019**

Regione		acuti			post acuti		
		n. dimissioni		valori in €	n. dimissioni		valori in €
		ordinario	DH		ordinario	DH	
121	Bambino Gesù	18.727	33.516	86.949.220	214	453	3.630.527
122	ACISMOM				1.555	412	21.063.574

**Rispetto agli anni precedenti si osserva un calo del 12,4% della mobilità passiva (da 74.860 dimissioni nel 2015 a 66.562 nel 2019). Stesso andamento si osserva per la mobilità attiva, con una diminuzione generale delle dimissioni.**

La mobilità passiva, al netto di OPBG e ACISMOM, per prestazioni di assistenza ospedaliera ha riguardato, nel 2019, complessivamente il 9% dei ricoveri dei residenti nel Lazio (per acuti in regime ordinario), interessando una casistica di complessità comparabile con quella della media nazionale. Il valore complessivo del debito regionale per prestazioni ospedaliere, nei confronti di altre regioni (al netto di OPBG e ACISMOM), si attesta, nel 2019, a 274,1 milioni di euro. (Tabella 1.1.2)

La mobilità attiva ospedaliera, a favore di non residenti del Lazio, nel 2019 ha rappresentato il 7,8% delle dimissioni ospedaliere e il 13% degli accessi totali in Pronto Soccorso. Ciò ha generato un credito verso le altre regioni pari a 220,6 milioni di euro, prevalentemente relativo all'attività per acuti. (Tabella 1.1.3)

## 1.2 Stato di avanzamento della rete ospedaliera regionale

L'attività ospedaliera della Regione Lazio ha raggiunto notevoli risultati di qualità ed è intento della Regione consolidare negli anni a venire in considerazione della progressiva e graduale applicazione di quanto previsto nei relativamente recenti documenti di programmazione regionale.

Le azioni svolte nel passato triennio hanno garantito negli snodi principali (Hub e Spoke) la presenza di reparti indispensabili per poter garantire un'offerta complessiva attraverso il sistema delle reti cliniche pur assolvendo alla gestione dell'emergenza pandemica da SARS-CoV-2.

Molti degli interventi organizzativi disposti in occasione dell'emergenza pandemica Covid-19 hanno accelerato e potenziato la realizzazione di azioni e strumenti già previsti nel Programma di Riquilibrato 2019-2021, di cui alla DGR 406/2020, che, inizialmente destinati alla gestione strutturale ordinaria dell'assistenza, si sono rivelati di particolare utilità nella situazione determinata dall'epidemia.

Sono state realizzate azioni di miglioramento delle attività del sistema regionale:

- costituzione dei Coordinamenti delle reti tempo-dipendenti in attuazione dell'Accordo sancito dalla Conferenza Stato-Regioni del 24 gennaio 2018 (Rep. Atti n. 14/CSR) e recepito con il DCA U00314 del 2018;
- costituzione di una funzione di coordinamento reti di patologia presso l'Azienda ARES 118;
- implementazione della piattaforma per la Gestione dei Posti Letto nei reparti di area critica che ha consentito la rilevazione in tempo reale della disponibilità del numero dei posti letto, per ogni PS/DEA. La piattaforma, al fine di gestire efficacemente il ricovero dei pazienti COVID-19 è stata integrata con l'inserimento della disponibilità di posti letto COVID-19 nei reparti di Malattie Infettive, ordinari e di terapia semintensiva. La piattaforma disporrà progressivamente di una visualizzazione in tempo reale dei posti letto per acuti e post-acuti;
- sviluppo del sistema regionale di teleconsulto "ADVICE" tra le strutture di Pronto Soccorso e gli specialisti di riferimento all'interno delle Reti assistenziali dell'Emergenza adulti e pediatrica,

- Cardiologica, Cardiochirurgica, Ictus, Trauma, Perinatale e Malattie Infettive. Tale strumento si è dimostrato essenziale nella gestione pandemica per la gestione dei pazienti riducendo il più possibile i momenti di trasmissione del contagio ed ottimizzando l'attività clinica dei professionisti. È in corso l'implementazione del sistema per le reti di alta specializzazione e per le second opinion;
- definizione di interventi regionali per il contrasto al sovraffollamento in PS e linee di indirizzo per la redazione del Piano Aziendale "Gestione del flusso dei ricoveri dal Pronto Soccorso in emergenza-urgenza e contenimento del fenomeno del sovraffollamento" (DCA U00453/2019);
  - integrazione delle strutture private accreditate nella rete assistenziale per acuti a partire dal 2016 attraverso un protocollo di intesa tra la Regione Lazio e le Case di Cura private accreditate senza PS, sottoposto a revisione annuale, che prevede il trasferimento dei pazienti da PS/DEA verso le suddette strutture e la dimissione verso setting di post acuzie;
  - attivazione del modulo informatico Dimissioni Concordate, per la richiesta informatizzata di valutazione per la presa in carico in cure domiciliari da parte degli Ospedali per Acuti verso i servizi territoriali di competenza;
  - definizione di un modello organizzativo per il cambio di setting in ambito ospedaliero e territoriale con modalità formalizzate e coordinate tra professionisti e strutture e servizi sociosanitari di tipologia e livelli diversi attraverso l'istituzione di Centrali Ospedale Territorio Aziendali (COT-A) e Centrale Operativa Regionale di coordinamento, in applicazione alla Determina Regionale n. G10994 del 25 settembre 2020. Questo modello prevede liste di attesa uniche con strumenti di compensazione tra aziende, attraverso il coordinamento regionale. Tale attività è parte integrante delle azioni previste dal Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR);
  - applicazione della Determinazione G11271 del 28 settembre 2020, le "Linee di indirizzo per il percorso del paziente chirurgico per setting assistenziali e complessità di cura" volte a sviluppare un processo di programmazione e di governo clinico all'interno di una presa in carico globale multidisciplinare e multiprofessionale trasversale ai servizi sanitari. Nelle linee di indirizzo vengono definite le responsabilità e le modalità di gestione del percorso del paziente chirurgico al fine di garantire un'appropriata organizzazione ed integrazione dei servizi, anche nella prospettiva attuale di ripresa delle attività dopo un lungo periodo di ridimensionamento di alcune prestazioni clinico-assistenziali.

Riguardo alla residua presenza di case di cura di piccole dimensioni, nell'ottica di superare la disomogenea distribuzione territoriale dei posti letto, il sovraffollamento nei PS/DEA ed un'offerta chirurgica e ortopedica con volumi di attività non ottimali, sono stati adottati provvedimenti programmatici utili alla valorizzazione di tali erogatori secondo un ruolo di supporto alla rete.

Il reale fabbisogno assistenziale, legato al quadro epidemiologico e demografico, è sempre più orientato ad essere soddisfatto in un setting territoriale, mentre dal punto di vista ospedaliero richiede una presa in carico di tipo medico-internistico e una concentrazione delle attività chirurgiche in punti di erogazione in grado di garantire volumi compatibili con gli indicatori di qualità e sicurezza.

Come misura di primo intervento la Regione ha proceduto, in via autonoma, a definire il quadro preliminare orientato a individuare le discipline affini e complementari, allo scopo di identificare le case di cura monospecialistiche e definire un percorso di riconversione che mirasse al superamento, almeno parziale e progressivo, delle criticità evidenziate.

Si è proceduto, pertanto, all'approvazione del DCA 474/2019 che prevede la riclassificazione delle case di cura accreditate con il conseguente avvio delle misure per l'adeguamento agli standard previsti. In



particolare, è stato avviato un percorso - non ancora conclusosi - orientato alla riduzione delle strutture complesse di area chirurgica, al rafforzamento dell'attività di ricovero internistico da PS, alla riconversione, laddove indicata, dell'attività di ricovero ordinario e di Day Surgery verso attività ambulatoriali, e comunque all'adeguamento al tetto minimo per la contrattualizzazione, individuato a livello regionale, dei 30 posti letto per le strutture monospecialistiche e di 60 per quelle polispecialistiche (DCA 15/2019 e DCA 306/2019).

Sulla scorta di tale disciplina, sono state sottoscritte le intese di riconversione con le strutture monospecialistiche, fatta eccezione per le case di cura San Raffaele Montecompatri e S. Teresa Isola Liri le quali, in esito alle sentenze del Consiglio di Stato n. 4899 e n. 4900 del 28 giugno 2021, hanno ottenuto pronuncia favorevole.

Pertanto, si confermano le configurazioni delle suddette case di cure (San Raffaele Montecompatri e S. Teresa Isola Liri), residuando, tuttavia, ogni ulteriore valutazione, anche all'esito dell'adeguata rappresentazione del quadro ai Ministeri competenti (Ministero dell'Economia e della Salute) oltre che alla Conferenza Stato Regioni, nelle cui funzioni rientra l'adozione del provvedimento di individuazione delle cosiddette discipline affini e complementari.

### 1.3 La gestione della emergenza pandemica COVID-19

L'epidemia di COVID-19 ha posto il Servizio Sanitario Regionale, al pari delle altre regioni italiane, di fronte a necessità assistenziali complesse ed inedite, con 718.992 casi totali e un'incidenza cumulativa pari a 12568.04 per 100.000 alla data del 19 gennaio 2022.

Tutte le articolazioni del sistema sanitario regionale sono state, sin da subito, coinvolte nell'organizzazione della risposta, in termini di prevenzione e sorveglianza sanitaria, come di diagnosi e cura. Ciò ha fatto emergere la necessità di coordinare e integrare le azioni, sottoposte a continua revisione attraverso un complesso sistema di governance con il supporto clinico-scientifico dell'Istituto Nazionale per le Malattie Infettive (INMI) "L. Spallanzani". La gestione della fase emergenziale COVID-19 ha altresì comportato la necessità di coniugare la risposta ai nuovi bisogni assistenziali con quella di mantenere l'erogazione dei LEA, continuando ad assicurare prestazioni urgenti e quelle a tutela dei pazienti più fragili.

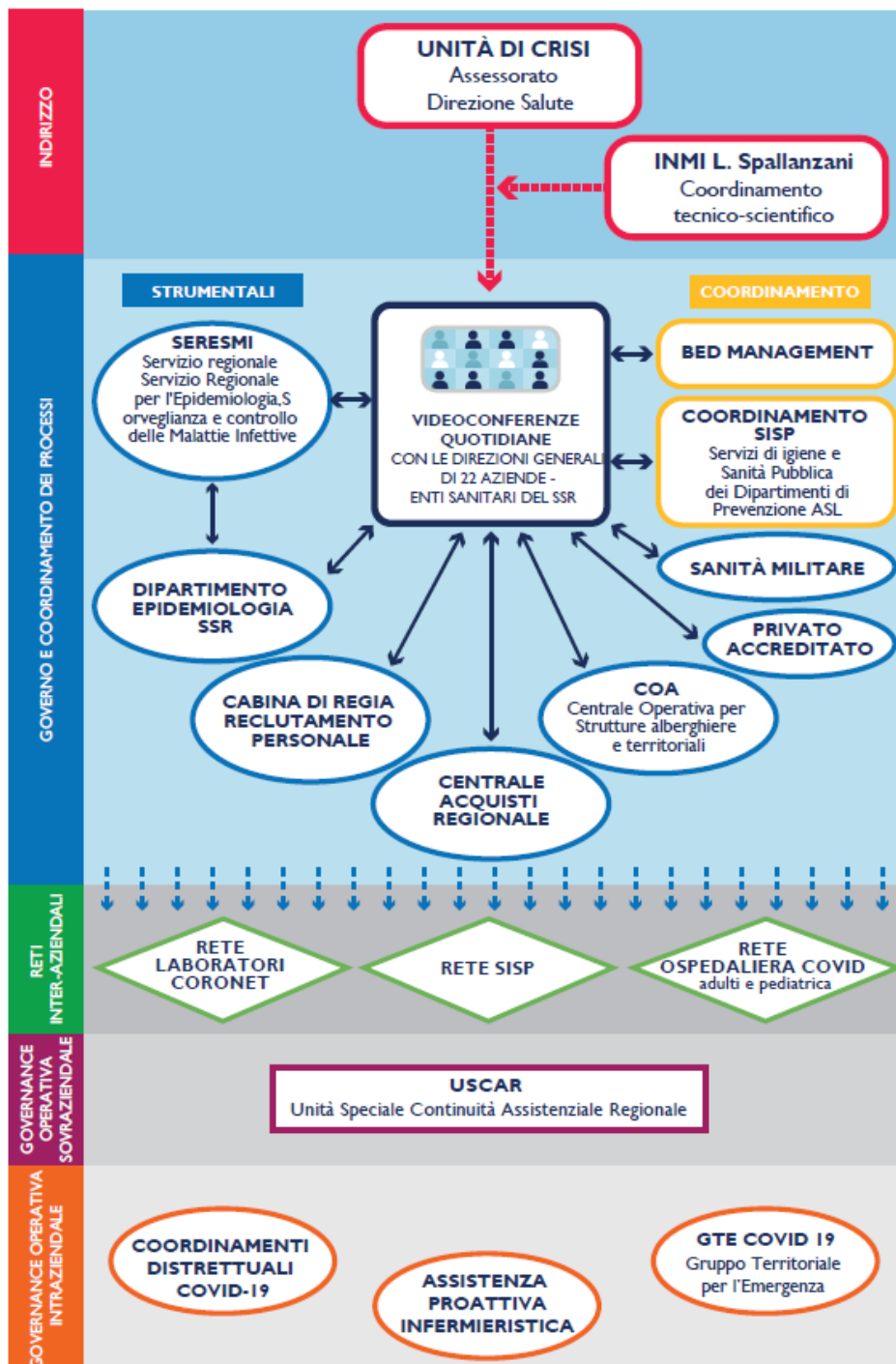
L'esperienza maturata a partire dall'inizio della pandemia, soprattutto nel corso della cosiddetta seconda ondata, ha evidenziato tra gli elementi centrali nella gestione dell'emergenza la **capacità del sistema di essere resiliente**. Se in precedenza il sistema si era prevalentemente concentrato su azioni di reazione, ovvero nel riconoscere la propria vulnerabilità e assumere la posizione migliore per reagire, in una fase successiva si è reso necessario rispondere in modo proattivo integrando gli strumenti di monitoraggio disponibili per individuare i possibili scenari futuri. Nella Figura 1.3.2 si fornisce uno schema degli Organismi di governance strutturati per la gestione dell'emergenza, con rispettive funzioni e modalità di collegamento. Vi trova collocazione la rete ospedaliera COVID-19, costruita secondo il modello Hub & Spoke con ospedali e reparti specificamente dedicati ai pazienti positivi. Funzionale al governo della rete si colloca il Bed management regionale, per il coordinamento, a cura dell'Area regionale competente, della gestione dei posti letto attraverso:

- il monitoraggio del fabbisogno dei posti letto dedicati ai casi confermati;
- la gestione integrata ospedale-territorio, con il 118 e la COA (Centrale Operativa Assistenziale presso l'ASL Roma1) per i trasferimenti verso strutture alberghiere e RSA-COVID;
- piattaforme informatiche dedicate;
- formazione dedicata ai professionisti della rete assistenziale;
- strumenti per la previsione della pressione sui sistemi sanitari.

Il modello che ha guidato la risposta ospedaliera all'emergenza è stato definito per fasi di impegno crescente in ragione dell'andamento epidemico, prevedendo un potenziamento progressivo dell'offerta di

posti letto e assistenza di terapia intensiva per far fronte ai bisogni dei pazienti critici affetti da COVID-19, attivando in urgenza, anche in deroga ai procedimenti ordinari, posti letto aggiuntivi di Terapia Intensiva (TI), in ampliamento o per riconversione di degenze ordinarie. Si fornisce a seguire la descrizione del percorso metodologico che ha guidato lo sviluppo di tale modello, con particolare attenzione all'ultima fase della sua articolazione.

Figura 1.3.1. La governance degli interventi per l'emergenza COVID-19



### ***1.3.1 Il percorso per la definizione e l'articolazione della rete ospedaliera COVID-19***

L'evolversi dell'epidemia da SARS-CoV-2 ha dato luogo ad un modello di intervento modulare e flessibile, articolato per 9 fasi, con una revisione delle azioni in successione ravvicinata. Nel paragrafo successivo, verrà descritta la metodologia di ridefinizione della rete ospedaliera COVID-19 sulla base di scenari di rischio all'evoluzione dell'epidemia. Nella prima fase, alcuni ospedali sono stati trasformati in presidi dedicati, in parte o in toto, ai pazienti con infezione da SARS-CoV-2 e, contemporaneamente, sono stati individuati ospedali che fornissero in sicurezza i servizi assistenziali per le altre patologie. Allo stesso modo si è considerata anche la necessità di mantenere, nella separazione dei percorsi, l'erogazione di tutte le prestazioni necessarie in emergenza e urgenza, anche rimodulando le afferenze tra strutture delle reti tempo-dipendenti. Parallelamente, per facilitare le dimissioni in sicurezza, garantendo assistenza medico-infermieristica ed isolamento, sono stati individuati fino a 14 alberghi e 12 RSA dedicati a persone ancora positive al virus SARS-CoV-2 e alcune strutture di post-acuzie e riabilitazione.

Nella prima fase dell'emergenza sono state individuate due tipologie di ospedali: Ospedali di Intervento e Ospedali di Supporto, destinati alla presa in carico di pazienti COVID-19 i primi e dedicati a condizioni richiedenti cure intensive non-COVID-19 i secondi. Grazie a migliore conoscenza della malattia e delle sue modalità di trasmissione, disponibilità degli adeguati dispositivi di protezione individuale ed expertise raggiunta dai professionisti, nella seconda fase, la necessità imponente di ricoveri per COVID-19 ed il carico sostenuto dai PS/DEA di casi di infezione da SARS-CoV-2, ha trovato risposta nel coinvolgimento di tutti gli ospedali della Rete dell'Emergenza, consentendo di ridurre la pressione sui PS/DEA e sul sistema di emergenza territoriale. Nella fase di maggiore impegno, considerati l'avanzare dei nuovi casi e il turnover ospedaliero, è stato individuato un fabbisogno complessivo prudenziale di circa 5.300 posti letto a regime per tutta la Regione.

Per la definizione dell'assetto delle singole strutture della rete dell'emergenza è stato identificato un nucleo minimo di posti letto per struttura da riservare alle attività indifferibili, come di seguito individuate:

- Prestazioni afferenti a gravidanza e parto;
- Prestazioni relative a pazienti oncologici;
- Ricoveri medici e chirurgici in modalità Urgenza.
- Patologie tempo-dipendenti

A partire da questo nucleo minimo di sicurezza e da una quota destinata alle attività in elezione, è stata disegnata la distribuzione dei posti letto da dedicare a pazienti affetti da COVID-19. In ciascuno degli ospedali individuati sono state previste delle aree multidisciplinari per intensità di cure a coordinamento medico internistico che devono vedere la partecipazione di personale medico e infermieristico delle diverse discipline dell'ospedale. Nel contempo, al fine di supportare le strutture impegnate nella gestione dell'emergenza, è stato previsto un protocollo di collaborazione con le strutture private per la gestione delle attività chirurgiche in elezione a garanzia della continuità assistenziale e del rispetto delle liste d'attesa.

### ***1.3.2 Definizione degli scenari di rischio di risposta della rete ospedaliera all'evoluzione dell'epidemia***

Il processo di comprensione dell'epidemia da SARS-CoV-2, complesso e progressivo, ha permesso di ipotizzare un'evoluzione secondo scenari di rischio che tengano conto dell'intensità di crescita/decrecita dei contagi e del relativo impegno del Sistema Sanitario Regionale.

Per rispondere alla complessità e alla rapida variabilità dell'evoluzione dell'epidemia si è proceduto con la **definizione di scenari con livello di rischio crescente definiti sulla base di range di valori dei nuovi casi positivi giornalieri a cui sono stati associate configurazioni dei posti letto della Rete Ospedaliera COVID-**

**19.** Sono stati individuati **5 scenari di rischio** sulla base dell’osservazione dei dati storici disponibili che definiscono l’evolvere della Rete Ospedaliera COVID-19 al variare della velocità dell’epidemia. **La dotazione di posti letto associata ai range di nuovi positivi giornalieri è stata definita secondo un approccio prudenziale, considerando un’incidenza dell’8% dei ricoveri sui nuovi positivi.**

Per la definizione dei diversi scenari sono stati selezionati i seguenti indicatori:

- numero di nuovi casi/die, indicativo della velocità di espansione/riduzione dell’epidemia;
- indice di replicazione diagnostica (RDt), che rappresenta l’accelerazione dell’epidemia;
- indice di occupazione dei posti letto destinati al COVID-19 (IO), rappresentativo del livello di stress delle strutture ospedaliere e distinto in:
  - Indice di occupazione dei posti letto in reparto e Terapia semintensiva (IO Rep/STI), che include il numero di pazienti in attesa di ricovero al PS;
  - Indice di occupazione dei posti letto in Terapia Intensiva (IO TI).

Per la modulazione dell’attivazione/disattivazione dell’offerta di posti letto destinati al COVID-19 sono stati considerati i seguenti indicatori:

- a. l’indice di replicazione dei reparti ospedalieri e dei reparti di semi-intensiva (SIT) (RHct), rappresentativo dell’accelerazione del fenomeno dei ricoveri in reparto/SIT;
- b. l’indice di replicazione delle terapie intensive (RTIt), che rappresenta l’accelerazione del fenomeno dei ricoveri in terapia intensiva.

Le capacità di integrazione delle strutture in una rete funzionale, indipendentemente dal proprio status, di monitorare in tempo reale l’evoluzione della pandemia, di essere tempestivi nel reagire all’evoluzione delle esigenze assistenziali, di garantire una modularità e flessibilità di risposta verso le esigenze cliniche subentranti sono state, sono e continueranno ad essere caratteristiche portanti della gestione della pandemia.

**Tabella 1.3.2.1 Scenari di rischio della Rete Ospedaliera COVID-19**

Scenario di Rischio	Media mobile a 7 giorni dei	Posti Letto		Strategia di Rete
	Nuovi Positivi (mmNP)	COVID (20% SIT)	TI	
1	mmNP < 400	1.000	150	<b>Hub Covid:</b> Spallanzani, Policlinico Umberto I, Fondazione Policlinico Gemelli <b>Ospedali dotati di Malattie Infettive:</b> PTV, S. Andrea, RI, LT, FR, LT <b>Spoke Covid area metropolitana:</b> ICC, Celio, Vannini, Città di Roma
2	400 < mmNP < 800	1.500	250	<b>Coinvolgimento progressivo delle Strutture della Rete Ospedaliera</b> per acuti secondo quanto descritto nei paragrafi successivi
3	800 < mmNP < 1.600	2.500	350	
4	1.600 < mmNP < 3.200	4.000	450	
5	mmNP > 3.200	5.500	550	

Al fine di garantire la continuità assistenziale nell’ambito della chirurgia programmata dei pazienti non Covid in coerenza alla normativa nazionale, è stato previsto con Determinazione G12910 del 30 ottobre 2020, “Rapporti di collaborazione tra Aziende ed Enti del SSR e strutture sanitarie private accreditate e non per l’ospitalità dei percorsi chirurgici NO COVID-19 facenti capo alle strutture delle stesse Aziende Sanitarie per il periodo di emergenza COVID-19.” che le strutture direttamente impegnate nella gestione del COVID-19 potessero ricorrere a strutture private accreditate per l’esecuzione degli interventi chirurgici dei propri assistiti.

## 1.4 Piano di riorganizzazione della rete ospedaliera in coerenza con quanto previsto dall'art.2 del D.L. 34/2020

Il Decreto-Legge 34/2020 convertito in legge n. 77 del 17 luglio 2020, recante: «Misure urgenti in materia di salute, sostegno al lavoro e all'economia, nonché di politiche sociali connesse all'emergenza epidemiologica da COVID-19», è finalizzato ad un complessivo rafforzamento del Servizio Sanitario Nazionale, nelle sue diverse articolazioni, territoriale ed ospedaliera, al fine di fronteggiare in maniera adeguata le emergenze pandemiche, quale quella da COVID-19 in corso. Esso prevede quindi un rafforzamento strutturale della rete ospedaliera mediante l'adozione di uno specifico piano di riorganizzazione con un aumento strutturale sul territorio nazionale di posti letto di terapia intensiva (per arrivare allo standard di 0,14 posti letto per 1.000 residenti) e di area semi-intensiva (mediante riconversione di posti letto di area medica per acuzie con uno standard dello 0,07 per 1000 residenti e convertibili al 50% in posti di terapia intensiva), un aumento della dotazione dei mezzi di trasporto dedicati ai trasferimenti secondari dei pazienti COVID-19, e un consolidamento all'interno delle strutture sanitarie della separazione dei percorsi di accesso e cura.

La Regione Lazio ha adeguato la propria programmazione ospedaliera come da DL 34/2020 con il DCA n. 96 del 21 luglio 2020, aggiornato con DGR 671 del 06/10/2020.

Il riordino della rete delle terapie intensive si è sviluppato a partire dalla definizione degli obiettivi strategici necessari a fronteggiare la pandemia e l'attività delle reti tempo dipendenti secondo le tre linee seguenti:

- organizzazione secondo un modello Hub e Spoke;
- costituzione di "macro unit" di Terapia Intensiva negli Ospedali Hub;
- attivazione di Terapie semi-intensive nell'ambito del modello ospedaliero di intensità cura.

In particolare, è stata data attenzione alla definizione del piano pandemico, alle azioni volte a rendere strutturali i posti letto attivati (ancorché ad utilizzo flessibile), all'utilizzo di una quota parte dei posti letto per il pieno recupero di attività di chirurgia maggiore a medio-alta complessità ed al miglioramento dei percorsi di trattamento, sia della rete di emergenza che delle reti specialistiche. Ulteriori obiettivi erano quelli di favorire la qualità e la sicurezza dell'attività ospedaliera ordinaria e di decongestionare le aree critiche del Pronto Soccorso e della Medicina e Chirurgia di Accettazione e di Urgenza, spesso sovraffollate di pazienti critici necessitanti di elevata intensità di cure.

il piano regionale di incremento di posti letto intensivi ha previsto:

- l'implementazione in ospedali Hub Dea di II livello in grado di garantire percorsi separati Covid e non-covid, e dotati di unità operative di pneumologia e malattie infettive;
- l'implementazione in ospedali Dea di I livello che abbiano la presenza di attività di chirurgia specialistica e percorsi separati Covid e non-covid;
- l'implementazione di posti letto di terapia intensiva già attivati in fase emergenziale;
- l'implementazione di posti letto in terapie intensive esistenti in ospedali potenzialmente interamente dedicati alla gestione del paziente affetto da SARS-CoV-2.

Per quanto riguarda la Terapia Semi-intensiva, in accordo con le Linee di indirizzo nazionali, è stato previsto un incremento dei posti letto adeguati per il monitoraggio e l'assistenza ventilatoria non invasiva, prevedendo che siano fruibili in area medica, o multidisciplinare o di isolamento per una condizione di patologia trasmissibile.

Per quel che riguarda la riorganizzazione del Pronto Soccorso, il piano è volto a separare i percorsi Covid – e Covid +, ed alla creazione di aree grigie per la gestione dei pazienti in attesa di diagnosi secondo criteri di sicurezza, riducendo al minimo il tempo di permanenza dei pazienti in attesa di ricovero, rispettando le

esigenze di distanziamento tra i pazienti durante le procedure diagnostico-terapeutiche, al fine di evitare il sovraffollamento e di evitare rallentamento o ritardi della gestione della fase preospedaliera del soccorso sanitario.

La tabella 1.4.1 riporta nel dettaglio i posti letto per ciascun ospedale della Rete previsti dal piano di riorganizzazione.

**Tabella 1.4.1. Posti letto di Terapia Intensiva e Semintensiva previsti nel Piano di Riorganizzazione della rete ospedaliera (DGR 671 del 06/10/2020)**

ASL territoriale	Struttura	Comune	Ruolo	Posti Letto aggiuntivi Terapia Intensiva	Posti Letto Terapia Semi-Intensiva
Roma 1	PO San Filippo Neri	Roma	DEA I	10	18
Roma 1	PO Santo Spirito	Roma	DEA I	6	10
Roma 1	AOU Policlinico Umberto I	Roma	DEA II	26	48
Roma 1	AOU Sant'Andrea	Roma	DEA I	10	14
Roma 1	AO San Giovanni - Addolorata	Roma	DEA II	10	28
Roma 1	Policlinico Universitario Agostino Gemelli	Roma	DEA II	53	20
Roma 1	Policlinico Militare di Roma	Roma	-	10	0
Roma 2	Policlinico Universitario Campus Biomedico	Roma	DEA I	0	10
Roma 2	AOU Policlinico Tor Vergata	Roma	DEA I	10	22
Roma 2	PO Sant'Eugenio	Roma	DEA I	10	14
Roma 2	PO Sandro Pertini	Roma	DEA I	10	20
Roma 3	AO San Camillo – Forlanini	Roma	DEA II	18	40
Roma 3	INMI Lazzaro Spallanzani	Roma	-	36	40
Roma 3	PO Giovan Battista Grassi	Roma	DEA I	9	12
Roma 4	PO San Paolo	Civitavecchia(RM)	DEA 1	6	6
Roma 5	PO San Giovanni Evangelista	Tivoli (RM)	DEA I	4	10
Roma 5	PO Coniugi Bernardini	Palestrina(RM)	PS	4	2
Roma 6	PO Ospedale di Anzio	Anzio (RM)	DEA I	2	4
Roma 6	PO Ospedale dei Castelli	Ariccia (RM)	DEA I	8	10
Viterbo	PO Belcolle	Viterbo	DEA I	8	16
Rieti	PO San Camillo De Lellis	Rieti	DEA I	6	12
Latina	PO Santa Maria Goretti	Latina	DEA II	16	20
Latina	Presidio PO Dono Svizzero	Formia (LT)	DEA I	0	2
Frosinone	Presidio PO Fabrizio Spaziani	Frosinone	DEA I	10	20
Frosinone	PO Santa Scolastica	Cassino (FR)	DEA I	0	14
<b>Totale Regione Lazio</b>				<b>282</b>	<b>412</b>

## 2. Nuovi ospedali e modelli assistenziali di riferimento

Come indicato in premessa, la Regione Lazio intende proseguire verso l'impiego di modelli assistenziali che garantiscano una presa in carico globale, sicura, di qualità e laddove possibile di prossimità per soddisfare i bisogni assistenziali della popolazione, con la necessaria flessibilità strutturale ed organizzativa.

Nell'ambito dell'assistenza ospedaliera il **modello organizzativo** volto a superare le criticità attuali e consolidare il miglioramento dei servizi è quello della **presa in carico per complessità assistenziale**, sia a livello sistemico/orizzontale, ricorrendo alle reti clinico-assistenziali, sia a livello di singoli presidi/verticale attraverso il modello dell'ospedale organizzato per intensità di cura. **La graduazione dell'intensità delle cure permette di rispondere ai bisogni in modo appropriato con tecnologie, competenze, quantità e qualità del personale** assegnato ai diversi gradi di instabilità clinica e impegno assistenziale, garantendo la specificità dei percorsi ma al contempo favorendo il massimo di condivisione tra i professionisti e la collaborazione multidisciplinare. Sono richiesti ruoli professionali e strumenti adeguati in ogni ambito, ampliamento delle attività professionalizzanti per le professioni sanitarie e una maggiore attenzione della presa in carico del paziente, perché sia il più possibile personalizzata e condivisa a tutti i livelli di cura.

L'organizzazione dell'ospedale deve riflettere il modificarsi dei modelli di presa in carico atti a garantire:

- l'assistenza prevalente delle forme acute (con dimensionamento dei posti letto);
- l'Osservazione Breve Intensiva (O.B.I.) con funzione di "filtro" al ricovero;
- le diagnosi e le terapie ad alta tecnologia;
- i servizi diurni di Day Hospital, di Day Surgery e di Day Service per percorsi diagnostici-terapeutici integrati;
- L'utilizzo in modalità sicura di strumenti informatizzati che possano facilitare la presa in carico e la gestione dei pazienti, refertazione ed archiviazione dati, cambio setting assistenziale, confronto tra professionisti, tele visita ed interoperabilità con fascicolo sanitario elettronico e gli altri strumenti informativi regionali.

### 2.1 Nuovi ospedali

Il modello di riferimento per i nuovi ospedali dovrà prima di tutto tener conto della **centralità della persona** garantendo umanizzazione accoglienza, empatia, accessibilità alle informazioni e comfort. Al fine di perseguire questo risultato è necessaria la condivisione di un diverso approccio culturale non più centrato sulla organizzazione o sulla patologia ma "*patient-oriented*", che richiede oltre alla formazione del personale, l'adeguamento degli aspetti strutturali perché si raggiunga un'elevata qualità dei servizi alberghieri, la creazione di spazi e luoghi "deospedalizzati" con iniziative, anche culturali, artistiche e ambientali, che coesistano con le attività di cura, "prendendosi cura" della persona, e non più solo del "malato".

L'innovazione tecnologica consente di perseguire l'obiettivo di trasformare la **struttura ospedaliera in un luogo di vita in cui conciliare i tempi gli strumenti della cura e dell'assistenza, con le altre diverse e parimenti importanti istanze di vita sociale, culturale, ricreativa** garantendo contemporaneamente l'agilità dell'organizzazione ed il benessere di pazienti, operatori e visitatori. Riguardo ai visitatori, l'esperienza dell'emergenza COVID-19 ha insegnato come sia necessario garantire l'integrarsi di forme complementari e diverse di interazione tra pazienti, personale sanitario e familiari, anche attraverso l'utilizzo di strumenti digitali come le videochiamate, al fine di migliorare la buona ripresa clinica dei pazienti. Essenziale per l'area materno infantile appare la distinzione tra genitori e visitatori, i primi infatti vanno considerati a tutti gli effetti parte integrante dell'equipe di assistenza per un neonato o bambino ricoverato.



Rimodulare gli spazi, i percorsi assistenziali e la logistica: questi criteri dovranno influenzare non solo le ristrutturazioni ma anche e soprattutto la costruzione di nuovi ospedali, affinché risultino maggiormente flessibili, con camere di degenza progettate per essere trasformate in un unico ambiente sul piano organizzativo specialmente per favorire l'assistenza infermieristica e rendere modulabile la capienza.

Devono essere garantiti impianti di aria compressa, vuoto, ossigeno e quelli di condizionamento, oltre alle necessarie tecnologie per consentire una rapida trasformazione delle camere di degenza ordinaria in aree di assistenza almeno sub-intensiva.

Altro aspetto importante riguarda lo sviluppo sostenibile. I documenti di indirizzo nazionali e regionali per l'implementazione dell'Agenda 2030, sottolineano, infatti, l'importanza del tema Ambiente e Salute in tutti i settori, compreso quello edilizio. È quindi necessario che le nuove strutture sanitarie promuovano le tecnologie più rispettose dell'ambiente, i consumi sostenibili per l'ambiente, la bioedilizia, ed in generale una gestione del sistema più efficiente dal punto di vista ambientale. Nel dettaglio, il settore sanitario deve impegnarsi a mettere in atto le azioni volte a favorire l'ecosostenibilità degli edifici (ospedali, ambulatori) introducendo sistemi avanzati di ventilazione, climatizzazione e illuminazione, in grado di ridurre al minimo i consumi energetici e di creare un migliore equilibrio termico all'interno; predisporre spazi verdi, gestiti secondo principi biologici per rendere più confortevole la permanenza dei pazienti all'interno delle strutture, accrescendone il benessere visivo; curare aspetti quali la mobilità a basso impatto ambientale dei dipendenti, la coltivazione e il trasporto delle derrate alimentari, lo smaltimento dei rifiuti non infettivi (reagenti chimici, farmaci, ecc.), l'eliminazione del consumo di acqua in plastica monouso.

**Le esigenze sopra indicate dovranno avvenire nel rispetto delle raccomandazioni per il miglioramento della sicurezza sismica e della funzionalità degli ospedali, delle norme tecniche vigenti e, nello specifico, del risparmio energetico e dell'isolamento termico (edificio a energia quasi zero - NZEB) ai sensi del D. Lgs 192/2005 e del Decreto del Ministero dello sviluppo economico vigente, nonché delle indicazioni fornite dalla recente esperienza emergenziale pandemica. In coerenza a quanto esposto la Regione Lazio intende avviare un progressivo ammodernamento del proprio patrimonio ospedaliero a partire dalle strutture di seguito riportate** in ragione della sostituzione di immobili vetusti e/o in zone sismiche ad alto rischio.

**Tabella 2.1.1. Elenco Nuovi Ospedali. Regione Lazio**

Aziende	Nuovo ospedale	In sostituzione di
ASL LATINA	Nuovo Ospedale del Golfo	Ospedale Dono Svizzero di Formia- Polo Latina sud
ASL LATINA	Nuovo Ospedale di Latina	Ospedale Santa Maria Goretti di Latina
ASL ROMA 5	Nuovo Ospedale Tiburtino	Ospedale San Giovanni Evangelista di Tivoli
ASL RIETI	Nuovo Ospedale di Rieti	Ospedale San Camillo de Lellis di Rieti
ASL RIETI	Nuovo Ospedale di Amatrice	Ospedale Francesco Grifoni di Amatrice
ASL VITERBO	Nuovo Ospedale di Acquapendente	Ospedale Civile di Acquapendente

La definizione dell'identità di un nuovo ospedale può inoltre rappresentare l'occasione per una riqualificazione del territorio favorendo, attraverso le politiche per lo sviluppo delle infrastrutture e di trasporto, l'efficientamento e la semplificazione delle reti socio-sanitarie nell'ottica di una relazione dinamica tra territorio e ospedale, quindi un'edilizia più elastica da una parte e dall'altra una cultura più moderna e collaborativa.



## 2.2 Reti integrate clinico-assistenziali

La rete clinico-assistenziale rappresenta un modello organizzativo che si pone l'obiettivo di **fornire una risposta appropriata dal punto di vista clinico e organizzativo ai bisogni di salute della popolazione, garantendo la proporzionalità degli interventi, la continuità assistenziale, l'integrazione fra i diversi setting assistenziali coinvolti e un utilizzo razionale ed efficiente delle risorse disponibili.**

Requisito essenziale di una Rete è quello di adottare **modalità operative formalizzate** che consentano di coordinare i servizi e i professionisti, che siano adeguate alla complessità della patologia di volta in volta considerata e che garantiscano i più elevati standard di qualità e sicurezza. Ogni Ospedale incluso in uno delle reti dovrà essere dotato, formalmente, di un percorso clinico-assistenziale sviluppato secondo quanto previsto a livello regionale e personalizzato in relazione alle proprie competenze.

Il sistema a reti richiede un'evoluzione della metodologia organizzativa dell'attività ospedaliera, in cui sia privilegiata l'aggregazione di specialisti attraverso articolazioni funzionali e trasversali, team multi professionali. Tali team hanno la responsabilità di mantenere la continuità delle attività cliniche e dei percorsi per specifiche patologie.

Le unità multidisciplinari devono essere formalizzate a livello aziendale e coordinate a livello regionale al fine di integrare le competenze e le buone pratiche ed assumere il ruolo di interfaccia con gli altri setting assistenziali.

Il team ha il compito di sviluppare periodicamente i processi di Audit e Feedback, preparare il piano di miglioramento e definire i percorsi formativi specifici.

I **principi di base** del modello a rete sono:

- a) appropriatezza ed equità dell'offerta;
- b) complementarità dei nodi della rete
- c) uniformità dei processi e dei percorsi clinico-assistenziali;
- d) adattabilità ai piani di emergenza con la possibilità di implementare tempestivamente percorsi dedicati;
- e) esercizio della multidisciplinarietà e della multi-professionalità, nonché dell'interscambio di conoscenze professionali e la creazione di opportunità formative anche attraverso solidità delle connessioni di rete e governo delle relazioni di interfaccia
- f) scambio e condivisione di conoscenze e risorse fra professionisti e stakeholder.

Le **strategie per la definizione** di una Rete prevedono:

1. la corretta individuazione e valutazione dei bisogni di salute ai quali dare risposta;
2. l'adozione di modelli organizzativi coerenti ed efficienti;
3. l'attenta identificazione dei nodi della Rete sulla base di standard predefiniti;
4. il coinvolgimento dei professionisti e dei cittadini.

Per la corretta implementazione del modello a Rete è fondamentale una profonda integrazione fra l'assistenza ospedaliera e quella territoriale, inclusa l'area degli interventi di prevenzione primaria, secondaria e terziaria, soprattutto in considerazione del continuo aumento di incidenza e prevalenza delle patologie cronico-degenerative. Al fine di rendere il più rapido e efficiente possibile questo processo di allineamento delle attività fra ospedale e territorio, è necessario il supporto di adeguati strumenti di Information & Communication Technology (ICT), con sistemi di telemedicina e teleconsulto.

Per la **governance** delle reti cliniche, è stato definito un modello organizzativo su due livelli: al livello regionale competono le funzioni di programmazione e controllo, mentre al livello aziendale competono gli aspetti organizzativi e gestionali.

La Direzione Regionale può avvalersi di strutture del SSR con specifiche competenze sovra aziendali, o comunque di riferimento regionale, per effettuare il coordinamento delle reti cliniche.

Nella sua funzione di programmazione e controllo la Direzione Regionale si avvale dei Coordinamenti di rete. Questi sono istituiti con appositi atti e comprendono: dirigenti e funzionari regionali, professionisti sanitari ospedalieri e territoriali (appartenenti a società scientifiche e a strutture di riferimento regionale) e rappresentanti delle associazioni di pazienti e cittadini.

In particolare ai **Coordinamenti di rete** sono attribuite le seguenti attività:

- a) **elaborare il Piano di Rete** specifico per la patologia (o gruppo di patologie) di interesse in accordo con i documenti di indirizzo regionale in cui siano specificati gli interventi organizzativi e informativi che rappresentano i requisiti minimi da tradurre, da parte delle aziende, in un apposito Piano Diagnostico Terapeutico Assistenziali (PDTA). In particolare il Piano di Rete dovrà identificare, se del caso, le strutture idonee a trattare, in via esclusiva o prevalente, determinate condizioni patologiche per le quali sia documentata la correlazione tra volume di attività, qualità degli esiti e della sicurezza delle cure, e le strutture di riferimento cui delegare, in via esclusiva o prevalente, la gestione dei farmaci e delle procedure ad alto investimento e ad alto costo di gestione;
- b) **promuovere l'uso appropriato di tecnologie digitali e di soluzioni** integrate fisiche e digitali (es. telemedicina e teleassistenza)
- c) identificare e rimodulare i nodi delle reti Hub e Spoke e i centri di riferimento in base a volumi ed esiti;
- d) **validare i PDTA** prodotti dalle aziende sulla base dei documenti di indirizzo regionali e del Piano di Rete. In particolare, dovrà essere valutata l'adeguatezza dei livelli di integrazione e coordinamento fra le strutture, i professionisti e gli stakeholder coinvolti;
- e) **monitorare l'andamento dei PDTA** sulla base degli indicatori e degli standard contenuti nei documenti d'indirizzo e nel Piano di Rete;
- f) redigere, sulla base degli esiti del monitoraggio, report annuali da diffondere con modalità strutturate alle aziende, ai professionisti coinvolti e a tutti gli stakeholder interni ed esterni;
- g) **rilevare i bisogni formativi della Rete** su cui supportare le Aziende nella progettazione delle opportune iniziative di formazione.
- h) monitorare, in collaborazione con le rappresentanze dei pazienti e con le Associazioni di tutela, gli scostamenti fra PDTA "atteso" e "patient journey", al fine di consentire, attraverso la "patient experience" di identificare gli snodi critici, e migliorare la fruibilità e l'esigibilità degli interventi.

Nel caso delle **reti tempo-dipendenti**, il modello organizzativo più funzionale è quello "**Hub&Spoke**" che prevede la concentrazione della casistica più complessa, o che necessita di più complessi sistemi produttivi, in un numero limitato di centri (Hub). L'attività degli Hub è fortemente integrata, attraverso connessioni funzionali, con quella dei punti periferici intermedi (Spoke) caratterizzati dalla presenza di professionisti in grado di identificare e gestire il bisogno di salute del paziente nell'immediatezza e di guidarlo nel percorso di cura fino all'Hub e al suo eventuale ritorno. In questo modello organizzativo tutti i nodi della rete rivestono un ruolo determinante. Negli Hub difficilmente si raggiungerebbero volumi di attività compatibili con gli standard di sicurezza e qualità senza la capacità di intercettazione e di appropriato

indirizzo da parte degli Spoke, che a loro volta riaccolgono i pazienti dagli Hub dopo il trattamento in iperacuzie, garantendo un'assistenza più vicina ai luoghi di vita del paziente e rendendo di nuovo disponibile l'Hub.

Le reti ospedaliere interaziendali assicurano, oltre all'integrazione funzionale tra i presidi ospedalieri, anche quella tra i professionisti ivi operanti, l'esecuzione di prestazioni secondo i principi delle "curve di apprendimento", nonché la massima equità di accesso alle cure attraverso una razionale organizzazione del sistema di offerta.

Da tempo la Regione Lazio ha individuato nei modelli complementari delle reti integrate e delle aree di attività a valenza sovraziendale i presupposti dell'organizzazione dei servizi e ha esplicitato le linee generali di sviluppo di modelli di rete per le attività tempo – dipendenti di emergenza adulti e pediatrica, trauma grave e neurotrauma, ictus, cure perinatali e cardiologia/cardiochirurgia.

Per quanto riguarda le **reti non tempo-dipendenti** i modelli di riferimento disponibili sono diversi a seconda della patologia o gruppo di patologie ma in generale devono prevedere anch'essi un livello regionale cui competono le funzioni di programmazione e controllo condotte con il supporto dei Coordinamenti di rete, e un livello aziendale cui compete la funzione organizzativa, gestionale e operativa. In questo ambito è determinate integrare nel percorso attraverso processi coordinati e strutturati il ruolo e le azioni dei Centri di II livello e le attività di prossimità, in una logica di committenza, garanzia ed advocacy gestite dalle ASL.

Più avanti, il capitolo dedicato alla programmazione della rete ospedaliera, affronterà i principali interventi programmati per le singole reti.

### 2.3 Week Surgery

La **Week Surgery (WS)** è una modalità di gestione assistenziale fondata sulla organizzazione di quote dell'attività di degenza ordinaria elettiva su cicli di massimo cinque giorni (di norma dal lunedì al venerdì) con chiusura delle attività nel fine settimana. Integra i regimi di ricovero già in essere quali ordinario, day-hospital, day-surgery, costituendo un ulteriore contributo alla **complessiva riorganizzazione delle attività di degenza per livelli assistenziali**. Tale modalità organizzativa ha lo scopo di promuovere una **maggiore efficienza di utilizzo dei posti letto chirurgici**, migliorare l'**appropriatezza dei ricoveri e ridurre le liste d'attesa** per gli interventi chirurgici selezionati grazie ad un percorso assistenziale dedicato. Favorisce, inoltre, l'**integrazione multidisciplinare** laddove avvenga mediante la condivisione di spazi e personale dedicato all'assistenza da parte di più Unità Operative, consentendo una più efficiente gestione delle risorse umane. Dal punto di vista dell'organizzazione degli interventi, l'implementazione e l'ampliamento dell'attività di degenza di week surgery multidisciplinare favoriscono un più corretto utilizzo degli spazi e delle sedute operatorie ed una migliore programmazione e condivisione dell'utilizzo degli strumenti tecnologici.

Con la Determinazione n. G17000 dell'11 dicembre 2017, la Regione Lazio ha adottato il documento tecnico inerente "Linee di indirizzo per l'istituzione di unità di week surgery nell'ambito di una riorganizzazione dell'offerta assistenziale chirurgica regionale". Questo documento rappresenta un aggiornamento a circa 10 anni di quanto contenuto nella Deliberazione di Giunta Regionale n. 921/2006 con la quale la Regione Lazio ha emanato le Linee guida preliminari per l'introduzione dell'"ospedale su cinque giorni (week-hospital)" nella rete di offerta ospedaliera regionale.

Sono eleggibili all'ingresso in WS soggetti con interventi chirurgici programmabili e quindi esclusi dal circuito dell'emergenza, la cui degenza attesa è superiore alle ventiquattro ore e, di norma, inferiore alle novantasei.

La degenza su cinque giorni deve essere organizzata attraverso la costituzione di unità di degenza polispecialistiche in cui confluiscono pazienti di varie discipline eleggibili per la WS. I requisiti minimi tecnologici e strutturali di un'area di WS non sono differenti da quelli stabiliti per i reparti di degenza a ciclo continuo (v. DCA 8/2011 sui requisiti minimi autorizzativi - allegato C punto 1.2 per il reparto di degenza e

punto 1.5 per il reparto operatorio). L'organizzazione delle camere operatorie, dedicate a tale attività, dovrà prevedere sedute/spazi dedicate alla WS, in percorsi separati rispetto all'attività urgente delle Unità Chirurgiche.

Il numero dei posti letto viene stabilito dall'Azienda, sulla base di stime effettuate, con riferimento agli interventi trasferibili dalla degenza a ciclo continuo alla WS. Per ciascuna struttura è necessario prevedere un Responsabile Medico della Unità di WS che garantisca il raccordo con le equipe delle varie discipline e la continuità clinico terapeutica, ed un coordinatore infermieristico, con competenze assistenziali e organizzative, che gestisca una equipe infermieristica dedicata. Il restante personale, medico e non medico, afferisce alle discipline di competenza della unità operativa a cui fa riferimento il singolo paziente (es. chirurgia generale, ortopedia, otorinolaringoiatria, ecc.).

Elementi essenziali per la realizzazione del modello sono:

- la pianificazione dettagliata e la standardizzazione del ciclo che preveda valutazione, eleggibilità, pre-ricovero, accettazione, dimissione, follow-up;
- il rispetto dei tempi operativi, anche attraverso un'efficiente gestione dei collegamenti interni;
- l'inquadramento di tale attività in una logica di offerta dipartimentale per livelli assistenziali;
- l'ampliamento del ricorso al pre-ricovero, la riduzione e la standardizzazione delle indagini preoperatorie per le attività chirurgiche;
- la programmazione degli spazi operatori per un utilizzo ottimizzato delle sale operatorie (almeno h12 per 2 giorni a settimana, di preferenza il lunedì e martedì, al fine di concentrare il maggior numero degli interventi complessi all'inizio della settimana);
- in caso di non dimissibilità del paziente entro il ciclo di funzionamento delle unità di WS deve essere prevista l'individuazione preventiva di reparti a ciclo continuo di riferimento, che consentano di proseguire le attività clinico-assistenziali
- la definizione di protocolli condivisi con il territorio per i percorsi di continuità assistenziale.

Un'analisi delle dimissioni ospedaliere dell'anno 2019, selezionate per acuti, ordinarie, chirurgiche, a carico del SSN, in modalità di elezione e la cui dimissione era a domicilio (con esclusione delle dimissioni ostetriche-MDC=14) mostra che sono state effettuate 72.964 dimissioni e 175.624 giornate di degenza secondo le suddette modalità nell'arco di massimo 5 giorni di degenza. Di queste il 18,3% riguardavano DRG ad alto rischio di inappropriata per il regime di ricovero ordinario.

Il 78,7% delle dimissioni di DRG, non a rischio inappropriata, veniva effettuato nell'arco di 5 giorni, e per il 73% di questi la dimissione avveniva entro il venerdì. Le strutture pubbliche nel 2019 hanno effettuato i ricoveri su 5 giorni per il 77% entro il venerdì, mentre nel privato tale valore scende al 70%.

L'analisi dei DRG ha mostrato che le discipline per le quali viene erogata assistenza con terapia chirurgica in 5 giorni sono: chirurgia generale, ortopedia, cardiologia, urologia e otorinolaringoiatria.

Tale modalità è quindi ben diffusa e deve essere promossa e rinforzata dalle Aziende Sanitarie regionali attraverso un'ottimale organizzazione degli spazi e delle risorse umane e l'appropriata identificazione del setting assistenziale per tipologia di intervento e condizioni cliniche del paziente, quali comorbidità, rischio chirurgico e anestesilogico.

Sono state individuate specifiche modalità di registrazione delle attività in Week Surgery nei flussi ospedalieri al fine di garantire un monitoraggio appropriato relativo alla degenza media, all'indice di occupazione e agli esiti.

## 2.4 Telemedicina

Nell'ambito dell'emergenza COVID-19, la Regione Lazio è stata impegnata a garantire e potenziare, mettendo in campo tutte le risorse disponibili, i servizi sanitari necessari a contrastare la diffusione del virus SARS-CoV-2, ed assicurare la continuità delle cure. La telemedicina rappresenta uno dei pilastri di questa linea di sviluppo: la possibilità di **erogare servizi di assistenza sanitaria a distanza** rappresenta uno straordinario strumento per **facilitare la collaborazione tra i professionisti e la loro relazione con i cittadini**.

La Regione Lazio ha rafforzato prima, ed introdotto poi, diversi canali di comunicazione e nuovi strumenti ad uso degli attori coinvolti nei processi di cura. Già a partire dal 2018, ha scelto di innovare il sistema dell'emergenza ospedaliera mediante il **progetto di teleconsulto Teleadvice**, disponibile presso tutti i 49 Pronto Soccorso (PS)/Dipartimenti di Emergenza Urgenza (DEA) regionali. Teleadvice permette di effettuare una teleconsulenza relativa ai pazienti in trattamento, tra i medici di PS/DEA e gli specialisti degli ospedali Hub nelle reti tempo-dipendenti sulla base dei risultati delle analisi di laboratorio e di diagnostica per immagini. Le reti per cui è disponibile tale strumento sono quella dell'ictus, cardiologica e cardiocirurgica, dell'emergenza adulti e pediatrica, trauma, perinatale e delle malattie infettive (riferimento DGR 626 del 30 ottobre 2018).

Teleadvice si è rivelato necessario e di grande utilità nel contesto dell'emergenza attuale per il virus SARS-CoV-2.

Quale estensione del sistema Teleadvice sul fronte dei servizi territoriali, la Direzione Salute ed Integrazione Sociosanitaria della Regione Lazio, con il supporto di LAZIOcrea, ha attivato il **sistema Lazioadvice e la app Lazio Doctor per COVID**, offerente servizi di **telesorveglianza e telemonitoraggio domiciliare** (Ordinanza del Presidente n. Z00009 del 17 marzo 2020). I servizi realizzati sono utili sia come strumento di consultazione/informazione per la popolazione generale, che come strumento di telesorveglianza e telemonitoraggio per i casi a rischio di contagio (soggetti esposti); destinatari dei servizi erogati da tale sistema sono anche i pazienti con COVID-19 sospetta o confermata, per i quali è stata data indicazione per l'isolamento domiciliare/quarantena. Questo applicativo regionale è stato utilizzato come strumento di consultazione/informazione per la popolazione generale, ma anche come strumento di telesorveglianza e telemonitoraggio per i casi a rischio di contagio (soggetti esposti), e per i pazienti con COVID-19 sospetta o confermata, per i quali è stata data indicazione per l'isolamento domiciliare/quarantena. Ad oggi gli assistiti registrati nell'app sono 110.639, e la rete dei professionisti che può accedere al sistema è composta da 5.000 circa MMG/PLS, 150 professionisti dei SISP e dei coordinamenti aziendali e distrettuali COVID-19, 400 medici del servizio di continuità assistenziale e del numero verde regionale 800118800 e i medici in servizio presso il Pronto Soccorso.

L'impossibilità di prevedere l'andamento della curva epidemiologica e la necessità di garantire risposte sanitarie utili a gestire eventuali picchi, rinforza la necessità di estendere ad ulteriori livelli di assistenza le possibilità di assistenza a distanza; a tal proposito, con il DCA 103 del 22 luglio 2020, la Regione ha ampliato la disponibilità attuale dei servizi di telemedicina, **attivando la televisita, il teleconsulto, ed alcune prestazioni di assistenza territoriale ambulatoriale e semiresidenziale**, con il duplice scopo di contribuire a contrastare la diffusione di COVID-19 con procedure e strumenti che permettano di evitare contatti a rischio e garantire per quanto possibile la continuità della cura e dell'assistenza a cui le persone hanno diritto.

**È in corso l'estensione dell'utilizzo del sistema di Teleconsulto ADVICE all'ambito delle reti non tempo-dipendenti, in particolare la rete oncologica, anche per l'attività di second opinion**, e sarà prevista inoltre l'ulteriore **implementazione dei servizi di telesalute/telemonitoraggio**, che riguarda il controllo dei parametri clinici dei pazienti prevalentemente cronici a domicilio in collegamento con le Cure Primarie, così come l'implementazione di modelli di telenursing e telemidwifery, dai quali è lecito attendersi un significativo miglioramento della continuità della assistenza, della prossimità delle cure, in modalità anche

ibrida, della qualità della vita dei pazienti affetti da malattie croniche e riduzione del ricorso alle cure ospedaliere.

Nel breve periodo, sono in corso di definizione gli standard di servizio per le attività di telemedicina, al fine di documentare in maniera omogenea le garanzie di accesso tecnologiche, di accesso al servizio, professionali, organizzative e cliniche, ed integrare i sistemi di telemedicina con gli applicativi regionali disponibili (sistema Recup, ricetta dematerializzata, Sistema Informativo Assistenza Territoriale, Fascicolo Sanitario Elettronico) al fine rafforzare i principi e realizzare gli obiettivi della “connected care” – mediante la collaborazione tra i professionisti coinvolti nel percorso di cura. Infine, per la realizzazione degli interventi è necessaria la formazione degli operatori e l’empowerment dei pazienti all’utilizzo corretto delle nuove tecnologie.

Sarà importante, infine, garantire la formazione degli operatori sulle nuove tecnologie al servizio dei percorsi clinici, e la formazione/informazione dei pazienti all’autocura della propria patologia attraverso strumenti di telesalute.

### 3. 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 e 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 Rating ASL. 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). Nel corso del 2018, al fine di semplificarne il più possibile l'utilizzo da parte degli operatori e migliorare la qualità dei dati, il portale è stato completamente rivisto nella sua architettura. 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, da un lato, il monitoraggio di queste attività da parte del livello regionale e, dall'altro, 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 sono disponibili 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 che, ad oggi, sono:
  - a. Piano Regionale Prevenzione Cadute (Determinazione 25 ottobre 2016 n. G12356);
  - b. 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);
  - c. Revisione Documento di indirizzo sulla prevenzione e la gestione degli atti di violenza a danno degli operatori sanitari (Determinazione 16 settembre 2021, n. G10851)
  - d. Documento di indirizzo sulla sicurezza della terapia farmacologica (Determinazione 25 giugno 2020 n. G07551).

- **Lesioni da pressione e Identificazione del paziente:** oltre ai sopracitati documenti, il CRRC ha elaborato anche un Documento di indirizzo per la Prevenzione e la Gestione delle Lesioni da Pressione (Determinazione 27 aprile 2018 n. G05584) che le strutture dovranno implementare con una procedura formalizzata. Relativamente all'identificazione del paziente, la mappatura del rischio clinico effettuata nelle strutture sanitarie pubbliche nel periodo maggio-ottobre 2019, ha evidenziato criticità che sono state oggetto di uno specifico documento d'indirizzo, revisionato nel 2021 (Determinazione 22 luglio 2021, n. G09956) che tutte le strutture dovranno implementare nei termini previsti dal dispositivo di adozione.
- **Piano di intervento regionale sull'igiene delle mani:** l'emergenza pandemica in atto ha ulteriormente sottolineato l'importanza della corretta pratica dell'igiene delle mani. Il CRRC ha pertanto elaborato uno specifico documento (Determinazione 26 febbraio 2021 n. G02044) 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;
- **Sistemi di raccolta dati sulle infezioni correlate all'assistenza, sorveglianza microbiologica con particolare riguardo alle resistenze farmacologiche, adozione delle procedure che garantiscono l'adeguatezza e l'efficienza dell'attività di sanificazione, disinfezione e sterilizzazione, protocolli per la profilassi antibiotica ed il buon uso degli antibiotici e procedura per l'igiene delle mani.** Nell'ambito di uno specifico progetto del PRP è operativo il sistema di sorveglianza per le batteriemie da *K. pneumoniae* ed *E. coli* resistenti ai carbapenemi. Sono inoltre attivi i sistemi di notifica previsti dalla normativa nazionale. Tutte le strutture ospedaliere pubbliche e private devono partecipare a questi sistemi di sorveglianza. L'emergenza epidemiologica da SARS-CoV-2 in atto ha sottolineato ancora una volta l'importanza delle attività di igiene ospedaliera e dell'igiene delle mani. Le strutture dovranno formalizzare in una o più procedure/istruzioni operative l'implementazione delle attività relativamente a questi ambiti.
- **Attività specifiche sull'emergenza pandemica.** In relazione alle patologie virali ed alla eventualità di emergenza epidemica e/o pandemica (anche diverse dal COVID-19), le strutture ospedaliere dovranno provvedere ad elaborare un Piano di preparazione e di risposta e gestione che tenga conto degli indirizzi regionali e nazionali. In particolare, è necessario consolidare la separazione dei percorsi rendendola definitiva. Deve essere assicurata la ristrutturazione dei Pronto Soccorso con l'individuazione di distinte aree di pre-triage e di valutazione per la temporanea permanenza dei pazienti potenzialmente contagiosi in attesa di diagnosi. Devono, altresì, essere previsti percorsi dedicati per i mezzi di soccorso. Queste attività devono essere formalizzate nel Piano che dovrà integrare il Documento di Valutazione dei Rischi di cui al D.Lgs. n. 81/2008 e s.m.i. ai fini di assicurare la sicurezza di pazienti, operatori e visitatori. Il Piano deve essere adottato ufficialmente dalla struttura e diffuso a tutti gli operatori.
- 
- **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 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 Servizio Sanitario Regionale, 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.

***Programmi di formazione specifica. Documento di indirizzo sul consenso informato*** (Determinazione 25 gennaio 2022, n. G00642);

Ulteriori standard generali di qualità per i presidi ospedalieri riguardano l'efficienza produttiva e l'appropriatezza clinica ed organizzativa nell'ambito degli interventi chirurgici programmati, come già previsto dal DCA 302 del 25 luglio 2019 “Piano regionale per il governo delle Liste di Attesa 2019-2021”, le Aziende dovranno prevedere l’adozione di modelli gestionali atti a garantire l’incremento dell’efficienza di utilizzo dei posti letto , favorendo processi di deospedalizzazione e intervenendo sui processi che determinano la durata della degenza media. In questo ambito si inserisce l’applicazione dell’Accordo Stato Regioni “Linee di indirizzo per il governo del percorso del paziente chirurgico programmato”

## 4. Assetto programmato offerta ospedaliera

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, innanzitutto, degli ospedali pubblici che costituiscono in questo ambito il principale pilastro del Servizio Sanitario Regionale, 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.

Complessivamente l'offerta prevista dal DCA 257/2017 e s.m.i. è garantita da 125<sup>1</sup> strutture con attività di acuzie e/o post-acuzie, che includono gli stabilimenti afferenti ad un medesimo polo ospedaliero. Le strutture pubbliche sono 44 (35,2%) di cui 3 con solo attività diurna. Quelle che svolgono esclusivamente attività di post-acuzie (riabilitazione/lungodegenza) sono 27 (di cui 2 pubbliche), le restanti 98 svolgono anche attività per acuti (65 strutture solo attività per acuti e di queste 29 sono pubbliche).

Le strutture pubbliche sede di PS/DEA sono 36 e rappresentano il 75% sul totale degli istituti dedicati alla Rete dell'emergenza.

Di seguito il numero dei presidi, secondo programmazione DCA 257/2017 e s.m.i. per livello:

- 22 presidi ospedalieri di base (19 PS e 3 PS specialistici), di cui 2 in zone disagiate (Subiaco, Acquapendente);
- 22 presidi ospedalieri di I livello (l'ospedale di Amatrice temporaneamente convertito in PASS è conteggiato nel PO Unificato di Rieti e Amatrice);
- 5 presidi ospedalieri di II livello;
- 76 presidi ospedalieri non dotati di pronto soccorso.

Nel corso del biennio 2019-20 è stato ridefinito l'assetto dei posti letto (PL) per disciplina e per struttura ospedaliera al fine di rispondere più efficacemente ai bisogni di salute della popolazione in una logica di rete. La metodologia adottata è stata quindi quella di stimare il fabbisogno di PL nelle discipline di base e di più diretto impatto rispetto ai ricoveri da PS, esplorando all'interno dei singoli presidi ospedalieri la reale disponibilità dei letti e il loro utilizzo (Indice di Occupazione PL), tenendo anche conto dell'appropriatezza e volume dei ricoveri, nella consapevolezza che il parametro numerico sopra esposto è un tetto e non un tendenziale.

---

<sup>1</sup>l'assetto comprende i 3 presidi dell'Ospedale Pediatrico Bambino Gesù

Al fine di fronteggiare l'accresciuta domanda assistenziale relativa all'emergenza COVID-19, e al contempo, ammodernare le strutture innalzando il livello qualitativo nella presa in carico dei pazienti in modo uniforme sul territorio regionale, una quota parte di posti letto di area medica, di acuzie e postacuzie, richiedono la ristrutturazione delle opere edili ed impiantistiche, e l'adeguamento delle attrezzature, nel rispetto della separazione dei percorsi, sia in regime ordinario, sia in regime di trattamento infettivologico al fine di garantire l'assistenza con le diverse metodiche non invasive di somministrazione di ossigeno e le dotazioni tecnologiche necessarie per il monitoraggio dei parametri vitali e respiratori.

Come già illustrato nel paragrafo 1.4 la nuova rete ospedaliera è stata delineata anche in accordo con il DL34 del 2020, volto ad incrementare l'attività di ricovero in Terapia Intensiva e in aree di assistenza ad alta intensità di cure.

Il modello assistenziale di riferimento dovrà sempre più essere teso a realizzare l'"ospedale flessibile", in grado di adattarsi velocemente alle necessità contingenti ed organizzato per aree funzionali, con una forte integrazione tra moduli omogenei che potranno strutturare il loro operato per differenti livelli di intensità di cura.

L'assetto ospedaliero regionale prevede tra i presidi ospedalieri non dotati di pronto soccorso una struttura, il San Giuseppe di Marino, dedicata esclusivamente all'attività diurna. Tale fattispecie è adeguata grazie alla stretta collaborazione e ai protocolli operativi a garanzia della sicurezza di pazienti e operatori con le strutture dotate di PS/DEA della ASL Roma 6 (Ospedale dei Castelli e Velletri) e con l'ARES 118, per un eventuale immediato trasferimento del paziente laddove ne sorgesse la necessità.

La Tabella 4.1 riporta la programmazione dei PL per il triennio 2021-2023, pari a 18.095 PL acuti - di cui 282 PL di Terapia Intensiva aggiuntivi rispetto all'assetto NSIS al 1/1/2020 in ragione del DL.34 - e 4.038 PL post-acuti, per un totale di 22.133 PL (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 e dei posti letto previsti nel DL 34/2020 per l'Ospedale Militare del Celio - N=10). I posti letto pubblici sono pari a 11.006 per acuti e 365 post-acuti, per un totale di 11.371 PL pubblici.

Rispetto alla popolazione residente in Regione, (n=5.896.693 abitanti), il rapporto PL/1.000 abitanti risulta pari a 3.08 per gli acuti e 0.69 per i post acuti.

Secondo quanto previsto dal Tavolo per il Monitoraggio dell'attuazione del DM 70/2015, la dotazione massima di PL che la Regione Lazio può avere è pari a 21.811 PL a cui si aggiungono i 282 PL di Terapia Intensiva da attivare secondo il DL34, per un totale di 22.093 PL.

Le tabelle A,B,C,D di cui alla circolare Ministeriale del 19/02/2016 sono presentate in formato Excel e costituiscono parte integrante del presente atto programmatico.

**Tabella 4.1. Dotazione posti letto da DCA 257/2017 e programmazione 2021-2023.**

Posti letto Acuti		DCA257/2017*	Programmazione 2021-2023*
<b>Ordinari</b>	Numero	15.365	16.058
	Per 1.000 ab.	2,63	2,73
<b>Day Hospital</b>	Numero	2.117	2.037
	Per 1.000 ab.	0,21	0,35
Posti letto Riabilitazione		DCA257/2017	Programmazione 2021-2023*
<b>Ordinari</b>	Numero	2.930	2.914
	Per 1.000 ab.	0,50	0,50
<b>Day Hospital</b>	Numero	241	238
	Per 1.000 ab.	0,04	0,04
Posti letto Lungodegenza		DCA257/2017	Programmazione 2021-2023*
Numero		935	886
Per 1.000 ab.		0,16	0,15

\* La dotazione di posti dell'Ospedale Pediatrico Bambino Gesù è calcolata sulla base dell'attività di ricovero per l'assistenza dei residenti nel Lazio.

La Tabella 4.2 riporta la classificazione delle strutture a seguito degli interventi programmati, che verranno descritti nei sotto-paragrafi successivi. In linea generale, rispetto all'assetto descritto nel DCA 257/2017, è prevista la piena realizzazione di ulteriori due DEA II (Latina e Policlinico Tor Vergata) e tre DEA I (Campus Biomedico, Ospedale Pediatrico Bambino Gesù Palidoro e P.O. SS. Trinità di Sora), interventi coerenti con il fabbisogno previsto dal DM70, e funzionali alle esigenze della rete dell'emergenza in territori particolarmente critici.

**Tabella 4.2. Classificazione delle strutture ospedaliere\* per ricovero in acuzie del Lazio, per ASL territoriale.**

ASL	Ruolo Emergenza					TOTALE
	Senza PS	PS	PS SPEC.	DEA I	DEA II	
Roma 1	11	2	1	6	4	<b>24</b>
Roma 2	10		1	5	1	<b>17</b>
Roma 3	8			2	1	<b>11</b>
Roma 4		1		1		<b>2</b>
Roma 5		4		1		<b>5</b>
Roma 6	6	2		3		<b>11</b>
VT	1	3		1		<b>5</b>
RI		1		1		<b>2</b>
LT	2	3	1	1	1	<b>8</b>
FR	5	1		3		<b>9</b>
<b>Totale</b>	<b>43</b>	<b>17</b>	<b>3</b>	<b>24</b>	<b>7</b>	<b>94</b>

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

**Tabella 4.3. Articolazione dei PL programmati per ASL territoriale e struttura\***

ASL	Codice	Struttura	Tipologia Assistenza									Totale		
			Acuti			Lungodegenza			Riabilitazione					
			ORD	DH	Tot.	ORD	DH	Tot.	ORD	DH	Tot.	ORD	DH	Tot.
Roma 1	12002600	OSPEDALE S. SPIRITO	185	30	215							185	30	215
	12003000	OSPEDALE REGIONALE OFTALMICO	12	8	20							12	8	20
	12007100	OSPEDALE S. PIETRO FATEBENEFRAPELLI	386	35	421							386	35	421
	12007200	OSPEDALE S. GIOVANNI CALIBITA FATEBENEFRAPELLI	233	22	255							233	22	255
	12007300	OSPEDALE SAN CARLO DI NANCY	160	13	173							160	13	173
	12007400	OSPEDALE CRISTO RE	149	15	164							149	15	164
	12007900	VILLA DOMELIA S.R.L.	60	7	67	21	0	21				81	7	88
	12008700	POLICLINICO ITALIA							72	8	80	72	8	80
	12010500	MARCO POLO	21	9	30							21	9	30
	12011500	SANTA FAMIGLIA	62	6	68							62	6	68
	12014600	S. RITA DA CASCIA							30	0	30	30	0	30
	12015900	NUOVA VILLA CLAUDIA	31	4	35							31	4	35
	12016300	SAN FELICIANO	85	15	100							85	15	100
	12017900	OSPEDALE ANCELLE FRANCESCANE DEL BUON PASTORE				47	0	47	41	4	45	88	4	92
	12018000	AURELIA HOSPITAL	224	8	232							224	8	232
	12026400	VILLA VERDE				60	0	60				60	0	60
	12028501	OSPEDALE S. FILIPPO NERI	387	36	423				27	3	30	414	39	453
	12028800	VILLA TIBERIA S.R.L.	98	9	107							98	9	107
	12029300	VILLA AURORA				10	0	10	20	0	20	30	0	30
	12029600	VILLA BETANIA	51	10	61	20	0	20	40	3	43	111	13	124
	12029800	SALUS INFIRMORUM				20	0	20	35	3	38	55	3	58
	12032800	DON CARLO GNOCCHI							20	0	20	20	0	20
	12090201	S. GIOVANNI / ADDOLORATA	642	63	705				20	3	23	662	66	728
	12090202	OSPEDALE MILITARE CELIO	10	0	10							10	0	10
	12090501	POLICLINICO A. GEMELLI E C.I.C.	1.266	114	1.380				40	0	40	1.306	114	1.420
	12090502	COMPLESSO INTEGRATO COLUMBUS	156	15	171				20	0	20	176	15	191
	12090600	POLICLINICO UMBERTO I	1.102	103	1.205				24	2	26	1.126	105	1.231
	12091100	ISTITUTO DERMOPATICO DELL'IMMACOLATA	103	44	147							103	44	147
12091300	FONDAZIONE G.B. BIETTI	2	2	4							2	2	4	
12091900	SANT'ANDREA	421	39	460							421	39	460	
Roma 2	12006601	OSP. S. EUGENIO (Polo S. Eugenio - C.T.O. A. Alesini)	347	36	383							347	36	383
	12006602	OSP. C.T.O. A. ALESINI (Polo S. Eugenio - C.T.O. A. Alesini)	61	10	71				47	5	52	108	15	123
	12007600	MADRE GIUSEPPINA VANNINI	202	25	227							202	25	227
	12008900	N. CLINICA LATINA IST. di NEUROSCIENZE	34	0	34							34	0	34
	12010400	VILLA FULVIA SRL	30	0	30				130	15	145	160	15	175
	12013200	GUARNIERI SPA	114	11	125							114	11	125
	12013500	MATER MISERICORDIAE							36	0	36	36	0	36
	12013900	CLINICA LATINA				30	0	30				30	0	30
	12014300	CONCORDIA HOSPITAL	28	2	30							28	2	30
	12015700	FABIA MATER	72	17	89							72	17	89

Continua

segue

Roma 2	12016600	NUOVA ITOR	122	9	131						122	9	131	
	12016900	NUOVA CLINICA ANNUNZIATELLA	28	6	34						28	6	34	
	12024500	MEDICA GROUP				60	0	60			60	0	60	
	12026700	OSPEDALE SANDRO PERTINI	333	40	373						333	40	373	
	12029000	KAROL WOJTYLA HOSPITAL	41	4	45						41	4	45	
	12029400	POLICLINICO CASILINO	271	16	287						271	16	287	
	12090801	ISTITUTI FISIOTERAPICI OSPITALIERI - Regina Elena	217	47	264						217	47	264	
	12090802	ISTITUTI FISIOTERAPICI OSPITALIERI - San Gallicano	17	10	27						17	10	27	
	12090900	S. LUCIA							293	32	325	293	32	325
	12091500	CAMPUS BIO MEDICO	295	33	328				20	0	20	315	33	348
12092000	POLICLINICO TOR VERGATA	550	55	605							550	55	605	
Roma 3	12006100	OSPEDALE G. B. GRASSI di Ostia	237	30	267						237	30	267	
	12006500	CENTRO PARAPLEGICI OSTIA							38	3	41	38	3	41
	12007500	ISRAELITICO	95	19	114							95	19	114
	12011300	VILLA PIA	114	9	123	40	0	40				154	9	163
	12013000	VILLA SANDRA							130	14	144	130	14	144
	12013800	OSPEDALE S. G. BATTISTA-ACISMOM							219	21	240	219	21	240
	12017100	CITTA' DI ROMA	70	14	84							70	14	84
	12017300	EUROPEAN HOSPITAL							54	0	54	54	0	54
	12019100	MERRY HOUSE / C. GERIATRICO ROMANO	30	0	30	41	0	41				71	0	71
	12026200	VILLA MARIA IMMACOLATA				42	0	42				42	0	42
	12028300	Istituto Clinico Casalpalocco	76	0	76							76	0	76
	12029500	POLICLINICO LUIGI DI LIEGRO	65	13	78	30	0	30	53	6	59	148	19	167
	12060600	S. RAFFAELE PORTUENSE							87	9	96	87	9	96
	12090100	S. CAMILLO - FORLANINI	828	124	952				20	4	24	848	128	976
	12090402	OSPEDALE PEDIATRICO BAMBINO GESU'-PALIDORO	92	37	129				30	2	32	122	39	161
	12091000	SAN RAFFAELE PISANA	30	0	30				241	27	268	271	27	298
12091800	ISTITUTO NAZIONALE PER LE MALATTIE INFETTIVE L. SPALLANZANI	212	6	218							212	6	218	
Roma 4	12004500	SAN PAOLO - Civitavecchia (Polo Unificato Civitavecchia-Bracciano)	166	17	183						166	17	183	
	12005900	PADRE PIO - Bracciano (Polo Unificato Civitavecchia-Bracciano)	47	10	57	20	0	20			67	10	77	
	12019700	SANTO VOLTO di Santa Marinella				22	0	22			22	0	22	
	12090403	OSPEDALE PEDIATRICO BAMBINO GESU'-S.MARINELLA							20	2	22	20	2	22
Roma 5	12004600	OSPEDALE L. PARODI DELFINO di Colferro	140	20	160						140	20	160	
	12004900	OSPEDALE SS. GONFALONE di Monterotondo	46	10	56	10	0	10			56	10	66	
	12005100	OSPEDALE CIVILE CONIUGI BERNARDINI di Palestrina	101	25	126						101	25	126	
	12005200	OSPEDALE A. ANGELUCCI di Subiaco	30	10	40	10	0	10			40	10	50	
	12005300	NUOVO OSPEDALE TIBURTINO (in sostituzione a S. GIOVANNI EVANGELISTA) di Tivoli	291	56	347						291	56	347	
	12008800	I.N.I. Srl Divisione Medicus Hotel di Tivoli							58	6	64	58	6	64

segue

continua

Roma 5	12019900	I.N.I. Srl Divisione Villa Dante di Guidonia Montecelio						31	3	34	31	3	34	
	12028400	NOMENTANA HOSPITAL di Mentana				98	0	98	110	0	110	208	0	208
	12028600	VILLA LUANA di Poli							20	0	20	20	0	20
Roma 6	12004300	OSPEDALE ANZIO-NETTUNO	152	29	181							152	29	181
	12004700	OSPEDALE S. SEBASTIANO di Frascati	153	18	171							153	18	171
	12004800	S. GIUSEPPE di Marino	0	52	52							0	52	52
	12005400	OSPEDALE PAOLO COLOMBO di Velletri	126	27	153							126	27	153
	12008200	VILLA DELLE QUERCE - POLIGEST di Nemi	34	6	40	55	0	55	143	5	148	232	11	243
	12009600	MADONNA DELLE GRAZIE di Velletri	64	5	69							64	5	69
	12013400	S.ANNA di Pomezia	99	6	105							99	6	105
	12017600	I.N.I. SRL di Grottaferrata	81	17	98				60	7	67	141	24	165
	12028000	SAN RAFFAELE MONTECOMPATRI	15	0	15				86	9	95	101	9	110
	12028900	VILLA DEI PINI-MERINVEST di Anzio				56	0	56	29	3	32	85	3	88
	12029200	OSPEDALE DEI CASTELLI di Ariccia	278	47	325				20	2	22	298	49	347
	12030200	OSPEDALE REGINA APOSTOLORUM di Albano	162	32	194							162	32	194
VT	12000000	CASA DI CURA NEPI**				20	0	20				20	0	20
	12000200	OSPEDALE DI ACQUAPENDENTE	20	10	30							20	10	30
	12000300	OSPEDALE DI CIVITACASTELLANA	74	12	86							74	12	86
	12000700	OSPEDALE DI TARQUINIA	76	14	90							76	14	90
	12001400	NUOVA S. TERESA DEL BAMBIN GESU' di Viterbo	44	0	44							44	0	44
	12001500	VILLA IMMACOLATA di Viterbo				31	0	31	103	0	103	134	0	134
	12027100	OSPEDALE BELCOLLE di Viterbo	412	55	467				16	0	16	428	55	483
Ri	12001901	POLO UNIFICATO Rieti-Amatrice	373	46	419	18	0	18	15	2	17	406	48	454
LT	12020000	NUOVO OSPEDALE DI LATINA (in sostituzione al P.O. LATINA NORD) di Latina	477	47	524							477	47	524
	12020401	P.O. A. FIORINI - Terracina (Polo LATINA CENTRO - Terracina-Fondi)	100	13	113							100	13	113
	12020402	P.O. SAN GIOVANNI DI DIO - Fondi (Polo LATINA CENTRO - Terracina-Fondi)	44	28	72							44	28	72
	12020600	NUOVO OSPEDALE DEL GOLFO (in sostituzione al P.O. LATINA SUD) di Formia	182	31	213							182	31	213
	12020900	CASA DEL SOLE CLINICA TOMMASO COSTA di Formia	101	9	110							101	9	110
	12021200	ISTITUTO CHIRURGICO ORTOPEDICO TRAUMATOLOGICO di Latina	250	19	269				109	12	121	359	31	390
	12021300	SAN MARCO - Cliniche Moderne di Latina	55	5	60							55	5	60
	12021400	ISTITUTO FISIOTERAPICO C. FRANCESCHINI di Sabaudia							77	0	77	77	0	77
	12021500	CITTA' DI APRILIA	139	6	145							139	6	145
	12027800	VILLA SILVANA di Aprilia							27	3	30	27	3	30

segue

continua

L	12021601	P.O. F. SPAZIANI - Frosinone (Polo Unificato Frosinone- Alatri)	338	27	365						338	27	365	
	12021602	P.O. SAN BENEDETTO - Alatri (Polo Unificato Frosinone- Alatri)	70	4	74	18	0	18			88	4	92	
	12022600	OSPEDALE CIVILE S.S.TRINITA` di Sora	199	17	216	17	0	17			216	17	233	
	12022800	OSPEDALE SANTA SCOLASTICA di Cassino	270	18	288	21	0	21			291	18	309	
	12023000	S. ANNA S.R.L di Cassino	28	4	32						28	4	32	
	12023500	VILLA SERENA di Cassino	28	2	30						28	2	30	
	12023600	SANTA TERESA di Isola Liri	12	8	20						12	8	20	
	12027700	SAN RAFFAELE di Cassino	30	0	30	69	0	69	146	14	160	245	14	259
	12027900	I.N.I. DIV. DISTACCATA CITTA` BIANCA di Veroli							57	6	63	57	6	63
	12029100	VILLA GIOIA di Sora	28	2	30						28	2	30	
TOTALE			15.792	1.944	17.736	886	0	886	2.914	238	3.152	19.592	2.182	21.774

\* Non sono conteggiati i posti letto della sede extraterritoriale dell'OPBG

\*\* La struttura non dispone ancora di codice di Casa di Cura Ospedaliera NSIS



**Tabella 4.4. Articolazione dei PL programmati per disciplina\*. Regione Lazio**

AFO	Codice	Disciplina	Pubblico/Privato						Totale PL Programmati		
			Pubblico			Privato			ORD	DH	Tot.
			ORD	DH	Tot.	ORD	DH	Tot.			
M	1	ALLERGOLOGIA					8	8		8	8
	2	DAY HOSPITAL MULTISPECIALISTICO		522	522		111	111		633	633
	8	CARDIOLOGIA	522	12	534	264	6	270	786	18	804
	18	EMATOLOGIA	131		131	53	4	57	184	4	188
	19	MALATTIE ENDOCRINE DEL RICAMBIO E NUTRIZ	28		28	42	11	53	70	11	81
	20	IMMUNOLOGIA	12		12				12		12
	21	GERIATRIA	162	0	162	115	13	128	277	13	290
	24	MALATTIE INFETTIVE E TROPICALI	3343	0	343	52	1	53	395	1	396
	26	MEDICINA GENERALE	1.884	10	1.894	1.478	38	1.516	3.362	48	3.410
	29	NEFROLOGIA	113		113	29	1	30	142	1	143
	32	NEUROLOGIA	261	0	261	108	9	117	369	9	378
	40	PSICHIATRIA	368	38	406	15	11	26	383	49	432
	52	DERMATOLOGIA	10		10	23	1	24	33	1	34
	58	GASTROENTEROLOGIA	162		162	60	6	66	222	6	228
	61	MEDICINA NUCLEARE	17		17	1	1	2	18	1	19
	64	ONCOLOGIA	179	27	206	174	52	226	353	79	432
	66	ONCOEMATOLOGIA	48		48				48		48
	68	PNEUMOLOGIA	175	0	175	91	7	98	266	7	273
	71	REUMATOLOGIA	16		16	28	7	35	44	7	51
	96	TERAPIA DEL DOLORE	3		3				3		3
Tot.			<b>4.434</b>	<b>609</b>	<b>5.043</b>	<b>2.533</b>	<b>287</b>	<b>2.820</b>	<b>6.967</b>	<b>896</b>	<b>7.863</b>
C	7	CARDIOCHIRURGIA	106		106	80		80	186		186
	9	CHIRURGIA GENERALE	1.160	6	1.166	864	45	909	2.024	51	2.075
	10	CHIRURGIA MAXILLO FACCIALE	44	3	47	8		8	52	3	55
	12	CHIRURGIA PLASTICA	57	6	63	24	3	27	81	9	90
	13	CHIRURGIA TORACICA	103		103	22		22	125		125
	14	CHIRURGIA VASCOLARE	159	3	162	58	1	59	217	4	221
	30	NEUROCHIRURGIA	165		165	61	1	62	226	1	227
	34	OCULISTICA	36	19	55	17	22	39	53	41	94
	35	ODONTOIATRIA E STOMATOLOGIA					1	1		1	1
	36	ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA	771		771	830	67	897	1.601	67	1.668
	38	OTORINOLARINGOIATRIA	169	20	189	97	14	111	268	34	300
	43	UROLOGIA	241	10	251	261	11	272	502	21	523
	48	NEFROLOGIA (ABILITATO AL TRAPIANTO RENE)	12		12	8	1	9	20	1	21
	98	DAY SURGERY MULTISPECIALISTICO	0	528	528	0	156	156	0	684	684
	Tot.			<b>3.023</b>	<b>595</b>	<b>3.618</b>	<b>2.330</b>	<b>322</b>	<b>2.652</b>	<b>5.353</b>	<b>917</b>
AC	47	GRANDI USTIONATI	14		14			14		14	
	49	TERAPIA INTENSIVA	620	0	620	235	0	235	855	0	855
	50	UNITA` CORONARICA	154		154	71		71	225		225
	51	ASTANTERIA	385		385	119		119	504		504
	Tot.			<b>1.173</b>	<b>0</b>	<b>1.173</b>	<b>421</b>	<b>0</b>	<b>421</b>	<b>1.594</b>	<b>0</b>

Segue

Continua

AFO	Codice	Disciplina	Pubblico/Privato						Totale PL Programmati			
			Pubblico			Privato			ORD	DH	Tot.	
			ORD	DH	Tot.	ORD	DH	Tot.				
MIP	11	CHIRURGIA PEDIATRICA	17	6	23	14	5	19	31	11	42	
	33	NEUROPSICHIATRIA INFANTILE	24	21	45	18	10	28	42	31	73	
	37	OSTETRICIA-GINECOLOGIA	577	17	594	531	19	550	1.108	36	1.144	
	39	PEDIATRIA	200	31	231	49	19	68	249	50	299	
	62	NEONATOLOGIA	162		162	73		73	235		235	
	65	ONCOEMATOLOGIA PEDIATRICA	12		12				12		12	
	73	TERAPIA INTENSIVA NEONATALE	70		70	75		75	145		145	
	76	NEUROCHIRURGIA PEDIATRICA				14		14	14		14	
	78	UROLOGIA PEDIATRICA				4	2	6	4	2	6	
		<b>Tot.</b>			<b>1.062</b>	<b>75</b>	<b>1.137</b>	<b>778</b>	<b>55</b>	<b>833</b>	<b>1.840</b>	<b>130</b>
D	97	DETENUTI	34	1	35				34	1	35	
		<b>Tot.</b>	<b>34</b>	<b>1</b>	<b>35</b>				<b>34</b>	<b>1</b>	<b>35</b>	
PA	28	UNITA' SPINALE	56	2	58				56	2	58	
	56	RECUPERO E RIABILITAZIONE	171	22	193	2.299	182	2.481	2.470	204	2.674	
	60	LUNGODEGENTI	114		114	772		772	886		886	
	75	NEURORIABILITAZIONE				388	32	420	388	32	420	
		<b>Tot.</b>	<b>341</b>	<b>24</b>	<b>365</b>	<b>3.459</b>	<b>214</b>	<b>3.673</b>	<b>3.800</b>	<b>238</b>	<b>4.038</b>	
	<b>Tot.</b>	<b>10.067</b>	<b>1.304</b>	<b>11.371</b>	<b>9.525</b>	<b>878</b>	<b>10.403</b>	<b>19.592</b>	<b>2.182</b>	<b>21.774</b>		

\* Non sono conteggiate le discipline presenti nella sede extraterritoriale dell'OPBG

L'appendice presenta le schede per istituto di ricovero.

## 5. Standard di strutture per singola disciplina

Nell'ambito del riordino della rete è stata effettuata una ridistribuzione più coerente dei nodi *Hub* e *Spoke* e quindi delle discipline necessarie e sufficienti per una erogazione dei servizi in linea con l'espressione dei bacini di utenza. In tale ottica si inseriscono i già citati provvedimenti di riconversione delle case di cura private accreditate con numero di posti letto al di sotto delle soglie minime individuate di 30 per le monospecialistiche e di 60 per quelle polispecialistiche (DCA 306, 409 e 474/2019) con una riduzione dei Punti di Erogazione di area chirurgica (in particolare di chirurgia generale ed ortopedia), il rafforzamento dell'attività di ricovero internistico da PS, la riconversione, laddove indicata, dell'attività di ricovero ordinario e di Day Surgery verso attività ambulatoriali.

La Tabella 5.1 riporta, per 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. In considerazione delle UOC/PE in eccesso rispetto agli standard DM 70/2015 si evidenzia che, a partire dal DCA 257/2017 è stata effettuata un'importante razionalizzazione della rete con una riduzione significativa delle UOC/PE (da 928 a 894), in particolare quelle di chirurgia generale (da 75 a 61), nefrologia (da 16 a 13), neurochirurgia (da 14 a 12), chirurgia vascolare (da 16 a 14) anche attraverso la riclassificazione delle UOC chirurgiche specialistiche e di carattere multidisciplinare, come ad esempio, le UO trapianti e le Breast Unit. Non sono state conteggiate le Unità Operative Complesse di servizio senza posti letto. In questa fattispecie ricadono ad esempio i servizi di diabetologia, i servizi di anestesia, i servizi di endoscopia digestiva, le unità di Pronto Soccorso senza posti letto di medicina d'urgenza.

Nella tabella C, allegata alla presente, sono riportate le emodinamiche come unità operative semplici o come linee di attività afferenti alla UOC di Cardiologia. Nel caso dei Punti di Erogazione privati, è stata inserita in tabella C la riga dell'emodinamica, laddove presente, afferente al punto di specialità della Cardiologia.

La logica di riduzione delle unità complesse ha comportato la necessità di individuare alcune UOC inter-presidio, specialmente nelle ASL con più di un presidio ospedaliero o con più stabilimenti.

Per quel che riguarda l'area Materno-Infantile, nei Punti Nascita di II livello la *UOC di neonatologia e Terapia Intensiva Neonatale* è stata attribuita alla Terapia Intensiva Neonatale, che rappresenta il livello assistenziale più complesso.

Per quel che riguarda l'attività dei Team di trattamento neurovascolare, le UTN sono state attribuite alla neurologia.

Le attività di Day Hospital e Day Surgery Multispecialistici non prevedono in programmazione unità operative in quanto risultano afferenti alle singole discipline di riferimento. L'Ospedale di Marino, in quanto è un presidio con attività diurna collegato funzionalmente all'Ospedale dei Castelli, è dotato di unità operative semplici collocate presso le discipline multispecialistiche nelle more di una riorganizzazione aziendale.

**Tabella 5.1. Unità Operative Complesse e Punti di erogazione per disciplina con standard DM 70/2015**

DISCIPLINE	UOC	PE	TOT UOC/PE	STANDARD			
				Popolazione PESATA per mobilità MINISTERO (5.878.976)			
				CON PL		SENZA PL	
				MIN	MAX	MIN	MAX
ALLERGOLOGIA	0	0	0			3	6
ANATOMIA E ISTOLOGIA PATOLOGICA	11	0	11			20	39
ASTANTERIA*	25	7	32	20	39		
CARDIOCHIRURGIA	4	4	8	5	10		
CARDIOCHIRURGIA PEDIATRICA**	0	0	0	1	1		
CARDIOLOGIA	25	12	37	20	39		
CHIRURGIA GENERALE	33	28	61	29	59		
CHIRURGIA MAXILLO FACCIALE	3	1	4	3	6		
CHIRURGIA PEDIATRICA	2	2	4	2	4		
CHIRURGIA PLASTICA	3	3	6	3	6		
CHIRURGIA TORACICA	5	2	7	4	7		
CHIRURGIA VASCOLARE	9	6	15	7	15		
DERMATOLOGIA	1	2	3	5	10		
DETENUTI	2	0	2				
DIETETICA/DIETOLOGIA	0	0	0			5	10
DIREZIONE SANITARIA	25	0	25			20	39
EMATOLOGIA	7	2	9	5	10		
EMODIALISI	1	0	1			10	20
FARMACIA OSPEDALIERA	16	0	16			20	39
FISICA SANITARIA	2	0	2			5	10
FISIOPATOLOGIA DELLA RIPRODUZIONE UMANA	2	0	2	1	3		
GASTROENTEROLOGIA	9	5	14	7	15		
GENETICA MEDICA	3	0	3			1	3
GERIATRIA	4	7	11	7	15		
GRANDI USTIONI	0	0	0	1	1		
IMMUNOLOGIA***	1	0	1			1	3
LABORATORIO ANALISI	16	0	16			20	39
LUNGODEGENTI	2	19	21	39	73		
MALATTIE ENDOCRINE, DEL RICAMBIO E DELLA NUTRIZIONE****	2	3	5	5	10		
MALATTIE INFETTIVE E TROPICALI	8	2	10	5	10		
MEDICINA DEL LAVORO	0	0	0	3	6		
MEDICINA GENERALE	31	40	71	39	73		
MEDICINA NUCLEARE	2	1	3	1	3		
MEDICINA NUCLEARE (SENZA PL)	3	0	3			5	10
MICROBIOLOGIA E VIROLOGIA	9	0	9			5	10
NEFROLOGIA	11	2	13	5	10		
NEFROLOGIA (ABILITAZIONE TRAPIANTO RENE)	1	1	2	1	3		
NEFROLOGIA PEDIATRICA	0	0	0	1	1		
NEONATOLOGIA	1	9	10	5	10		
NEUROCHIRURGIA	10	2	12	5	10		
NEUROCHIRURGIA PEDIATRICA	0	1	1	1	1		
NEUROLOGIA	13	8	21	20	39		
NEUROPSICHIATRIA INFANTILE	1	1	2	1	3		
NEURORADIOLOGIA	3	0	3			3	6
NEURO-RIABILITAZIONE	0	6	6	5	10		

OCULISTICA	6	8	14	20	39		
ODONTOIATRIA E STOMATOLOGIA	0	0	0	7	15		
ONCOEMATOLOGIA	3	0	3	5	10		
ONCOEMATOLOGIA PEDIATRICA	1	0	1	1	3		
ONCOLOGIA	15	9	24	10	20		
ONCOLOGIA SENZA PL	1	0	1			20	39
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA	30	29	59	29	59		
OSTETRICIA E GINECOLOGIA	25	20	45	20	39		
OTORINOLARINGOIATRIA	17	10	27	20	39		
PEDIATRIA	18	3	21	20	39		
PNEUMOLOGIA	9	6	15	7	15		
PSICHIATRIA	19	1	20	20	39		
RADIOLOGIA	24	0	24			20	39
RADIOTERAPIA ONCOLOGICA	10	0	10			5	10
RECUPERO E RIABILITAZIONE FUNZIONALE	5	33	38				
REUMATOLOGIA	2	1	3	5	10		
SERVIZIO TRASFUSIONALE	10	0	10			20	39
TERAPIA DEL DOLORE	0	0	0	1	2	12	20
TERAPIA INTENSIVA	27	13	40	20	39		
TERAPIA INTENSIVA NEONATALE	5	4	9	5	10		
TOSSICOLOGIA	0	0	0			1	1
UNITA' SPINALE	2	0	2				
UNITA' CORONARICA	0	11	11	20	39		
UROLOGIA	13	21	34	20	39		
UROLOGIA PEDIATRICA	0	1	1	1	1		
<b>TOTALE (escluso EMODINAMICA)</b>	<b>549</b>	<b>345</b>	<b>894</b>				

\* Nel DM70/2015 nominata come *Medicina e chirurgia d'accettazione e d'urgenza*

\*\* Nel DM70/2015 nominata come *Cardiochirurgia infantile*

\*\*\* Nel DM 70/2015 nominata *Immunologia e Centro Trapianti*

\*\*\*\* Nel DM70/2015 nominata come *Malattie endocrine, nutrizione e ricamb.*

## 6. Reti tempo dipendenti, reti assistenziali e rete dei servizi

Le "reti assistenziali" sono, per la Regione, un obiettivo organizzativo prioritario per garantire accessibilità, proporzionalità delle cure ed equità nella fruizione delle competenze ad alta concentrazione su tutto il territorio regionale.

Gli schemi delle afferenze riportati nei successivi paragrafi, inerenti alle reti dell'emergenza e delle patologie complesse tempo-dipendenti, rappresentano le afferenze che verranno attivate entro il 2021, relative ai vari presidi ospedalieri secondo il modello Hub e Spoke, in coerenza al presente documento di programmazione.

### 6.1 La Rete dell'Emergenza-Urgenza

La gestione dell'emergenza rappresenta un elemento critico per l'intero sistema sanitario. In tempi strettissimi, in qualsiasi momento delle 24 ore, è necessario prendere in carico un paziente con una possibile situazione di pericolo di vita e sottoporlo ad accertamenti diagnostici e terapie non programmati. Questo compito richiede sia un sistema capillare di "antenne", in grado di formulare precocemente l'orientamento diagnostico, avviare in modo corretto il paziente al centro più appropriato, effettuare gli esami diagnostici e le terapie salvavita, in un contesto di forte ed efficace governance, a garanzia dell'omogeneità distributiva e qualitativa dei servizi erogati nonché di accesso agli stessi.

Il sistema di emergenza-urgenza sanitaria è costituito da due componenti specifiche, strettamente interconnesse:

- il sistema di allarme e di emergenza territoriale,
- il sistema di risposta della rete ospedaliera, i cui presidi sono individuati e definiti per livelli di competenza e responsabilità.

La gestione dell'emergenza sanitaria costituisce una funzione propria della Regione che si avvale delle strutture ospedaliere pubbliche e private accreditate per il sistema di risposta ospedaliera e dell'Azienda Regionale Emergenza Sanitaria (ARES 118) per le attività di gestione e coordinamento della fase di allarme e di risposta extraospedaliera.

Il sistema dell'emergenza si integra con la continuità assistenziale garantita dall'ARES 118 e dalle Aziende Sanitarie.

#### 6.1.1 Emergenza-Urgenza Territoriale

Ogni anno il Sistema dell'emergenza territoriale gestisce circa 440.000 soccorsi, di cui circa il 13% con codice di priorità rosso, circa 58% con codice giallo e circa il 27% con codice verde. Pochissimi soccorsi hanno codice di priorità bianco circa il 2% del totale.

Il sistema dell'emergenza-urgenza sanitaria territoriale (ARES 118) si impenna 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 la 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 stabilisce la presenza di una centrale operativa dell'emergenza sanitaria per un numero di abitanti non inferiore a 600.000):

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

Le CORES operano secondo procedure condivise e standardizzate su tutto il territorio regionale, e nel rispetto di idonei standard qualitativi e prestazionali. Esse fanno riferimento all'impiego di personale sanitario (sia medico che infermieristico) formato e con competenze specifiche, che per lo svolgimento della propria attività 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 predisposta. 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.

Questo ambito, in considerazione del rapido progresso tecnologico che ne sta ampliando sempre più i possibili impieghi, costituisce un settore strategico di sviluppo del sistema territoriale dell'emergenza, che potrà produrre notevoli benefici clinici ai pazienti attraverso l'implementazione di protocolli sanitari condivisi e standardizzati a livello regionale, ad immediata accessibilità, vera essenza del sistema clinico dell'emergenza e del governo delle reti delle patologie complesse tempo-dipendenti.

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 (eliambulanza), che prevedono sempre la presenza a bordo di un equipaggio sanitario composto da un infermiere ed un medico esperti 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 che prevede, allo stato attuale, la presenza dei DEA di II livello e degli HUB delle reti specialistiche tempo-dipendenti prevalentemente sulla città di Roma, nonché della necessità di farsi carico dei trasporti correlati all'attività a supporto dei trapianti d'organo.

È evidente che con tale configurazione del servizio si intende 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.

Al fine di migliorare la risposta territoriale all'emergenza-urgenza, la Regione si è posta l'obiettivo, nell'ambito della propria attività programmatica relativa al triennio 2022-2024, per l'esecuzione dei soccorsi primari e dei trasporti secondari (ordinari ed urgenti) gestiti dall'ARES 118, di completare il percorso già avviato di ridurre il ricorso all'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 2022 e la terza annualità per complessivi ulteriori 40 mezzi da realizzare nel corso del 2023.

L'ARES 118, a tal fine sarà autorizzata a provvedere all'acquisizione del personale e dei mezzi necessari alla concreta realizzazione del piano di cui trattasi, secondo le tempistiche sopra definite.

In merito, infine, all'adozione e realizzazione di un modello di gestione centralizzata dei trasporti secondari (sia urgenti che programmati), il cui coordinamento sarà demandato ad ARES, è stata definita una pianificazione delle attività da espletare secondo modalità e tempistiche di seguito specificate:

- Fase 1: passaggio in capo ad ARES 118 dell'effettuazione dei trasporti secondari urgenti sul territorio dell'area metropolitana di Roma entro il 2022;
- Fase 2: individuazione e realizzazione dell'infrastruttura edilizia e tecnologica (vi è infatti la necessità di realizzare una vera e propria centrale operativa dedicata per la gestione di tali trasporti) da completare entro dicembre 2022;
- Fase 3: passaggio della gestione di almeno il 50% dei trasporti secondari programmati ad ARES 118 entro il 31 dicembre 2023;
- Fase 4: passaggio del 100% dei trasporti secondari programmati entro il 31 dicembre 2024.

### **6.1.2 Emergenza ospedaliera**

La rete dell'emergenza ospedaliera costituisce l'architettura del Sistema ospedaliero con la definizione dei Centri Hub e Spoke e le Aree di riferimento, su questo modello sono sviluppate le altre Reti Tempo-dipendenti che si differenziano per alcuni Hub in relazione alla disponibilità di specifiche competenze specialistiche indicate nel DM70/2015.

È organizzata, secondo quanto previsto nel DM 70/2015, in:

- Centri Hub (DEA II Livello)
- Centri Spoke (DEA I Livello)



- Pronto Soccorso
- Pronto Soccorso in area Disagiata

La **Rete dell'emergenza adulti**, nel triennio 2021-2023, prevede la seguente articolazione:

- **6** DEA di II livello: *Policlinico Umberto I, AO San Giovanni, AO San Camillo-Forlanini, Policlinico A. Gemelli, PO Santa Maria Goretti (Nuovo Ospedale di Latina), Policlinico Tor Vergata;*
- **23** DEA di I livello (inclusi *Campus Biomedico, Ospedale Dei Castelli e dell'Ospedale SS. Trinità di Sora*);
- **17** PS (13 PS pubblici) *di cui 3 in presidi ospedalieri di zone disagiate (Subiaco, Acquapendente ed il nuovo ospedale di Amatrice);*
- **3** PS monospecialistici (*CTO, ICOT ortopedico ed Ospedale Oftalmico*).

### **Rete emergenza pediatrica**

La Rete dell'Emergenza Pediatrica ha l'obiettivo facilitare l'accesso nelle strutture dotate di servizi pediatrici, di determinare la centralizzazione primaria e secondaria verso le strutture delle alte specialità con competenza pediatrica e di predisporre le condizioni per la gestione di una condizione di "mass casualty" coinvolgente un elevato numero di minori. Il Coordinamento Regionale della Rete di emergenza pediatrica ha l'obiettivo di sviluppare i modelli organizzativi dedicati e definire i criteri di centralizzazione, attraverso la stesura del Piano di Rete Emergenza Pediatrica in linea con l'Accordo Stato Regioni del 21.12.2017.

Si conferma l'articolazione prevista dal DCA 257/2017 con la presenza di:

- **4** DEA di II livello (*Policlinico Umberto I, AO San Camillo-Forlanini, Policlinico A. Gemelli ed Ospedale Pediatrico Bambino Gesù*) con ruolo di HUB per specialità come di seguito specificato:
  - *Cardiochirurgia presso l'OPBG;*
  - *Neurochirurgia presso l'OPBG e il Policlinico Gemelli;*
  - *Chirurgia neonatale-pediatrica presso l'AO S. Camillo-Forlanini, il Policlinico Umberto I, Policlinico Gemelli e l'OPBG;*
  - *Terapia intensiva presso i DEA II dell'OPBG, del Pol. Gemelli e del Pol. Umberto I;*
- **21** DEA di I livello e PS con reparto di pediatria, di cui 20 pubblici;

**Figura 6.1.2.1 -Rete Emergenza adulti**

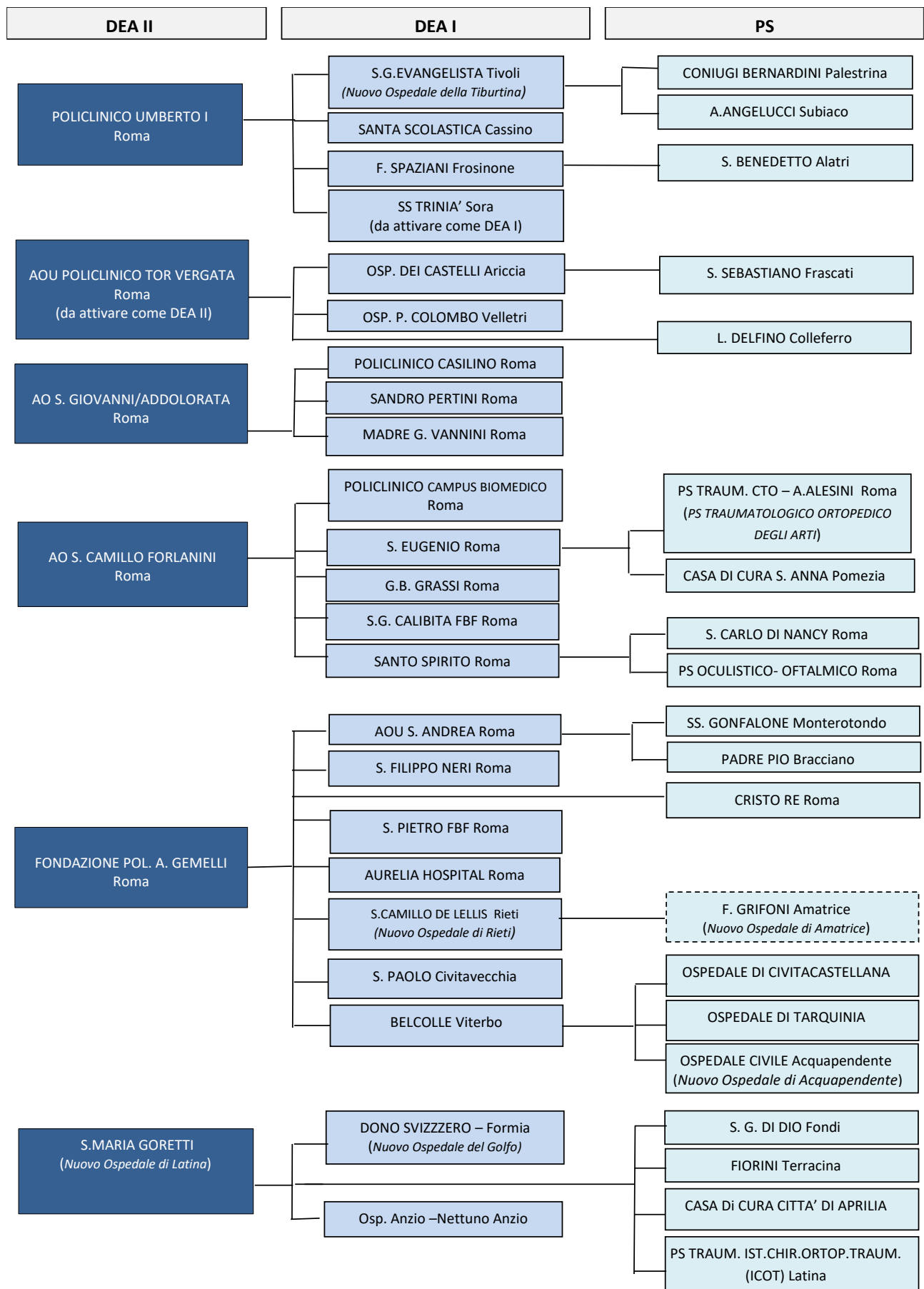
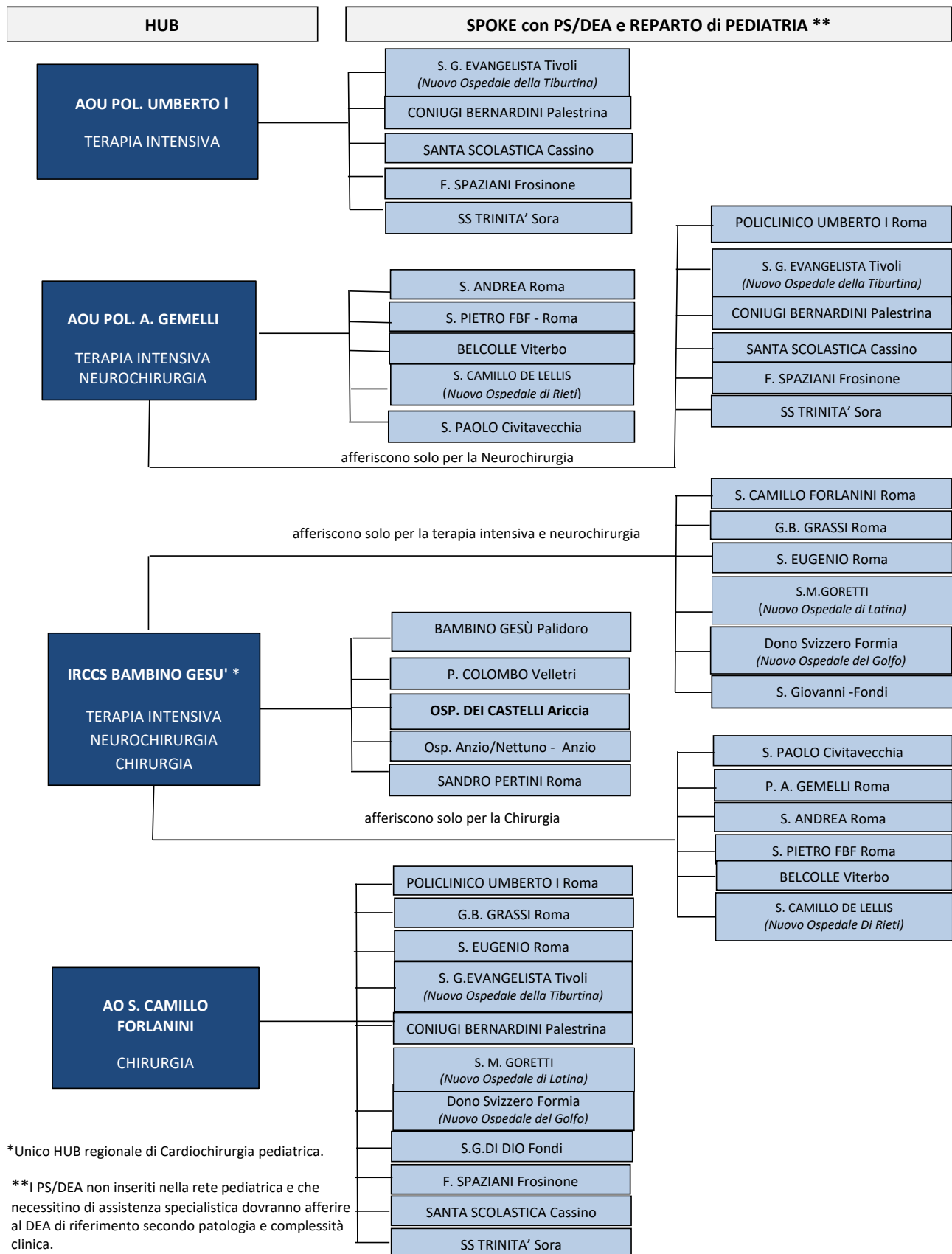


Figura 6.1.2.2-Rete Emergenza pediatrica –



## 6.2 Rete emergenze cardiologiche e cardiocirurgiche

La Rete dell’Emergenza Cardiologica (REC) rappresenta un’estensione della Rete per l’infarto STEMI, prevista dal DM n. 70/2015 ed è costituita da tutti i punti di erogazione cardiologica con possibilità di accesso in emergenza-urgenza. La REC è governata attraverso il Coordinamento Regionale, responsabile di sviluppare percorsi e procedure che integrano le attività dell’emergenza territoriale ed ospedaliera. Il sistema operativo Teleadvice permette la trasmissione dell’elettrocardiogramma (ECG) dai mezzi di soccorso alla Centrale Operativa Ares 118 per la refertazione dello stesso e la decisione di centralizzare i pazienti presso gli Hub di riferimento, con preallertamento degli stessi.

La casistica cardiocirurgica negli ultimi anni ha subito importanti cambiamenti, soprattutto legati all’avanzamento delle tecniche cardiologiche interventistiche, divenendo meno numerosa e più complessa. Per tale motivo si rende necessario concentrare tale casistica presso centri con ampio bacino d’utenza altamente specializzati e qualificati.

Attualmente la **Rete emergenze cardiologiche e cardiocirurgiche** presenta la seguente articolazione:

- **7** unità cardiologiche, con UTIC, Emodinamica interventistica h24, Cardiocirurgia e Chirurgia vascolare, di cui 4 hub della rete di emergenza cardiocirurgica e 3 strutture di supporto (AUO Sant’Andrea, Campus Biomedico ed European Hospital);
- **16** unità cardiologiche con UTIC, Emodinamica interventistica;
- **8** unità cardiologiche con UTIC.

La Regione intende ottimizzare la rete della cardiocirurgia, attraverso una migliore qualificazione dell’offerta, individuando nodi di elevato standard collocati presso strutture inserite all’interno della rete dell’emergenza-urgenza, che possano garantire un’assistenza sicura e di qualità per le patologie cardiovascolari nel loro complesso, in un’ottica multidisciplinare.

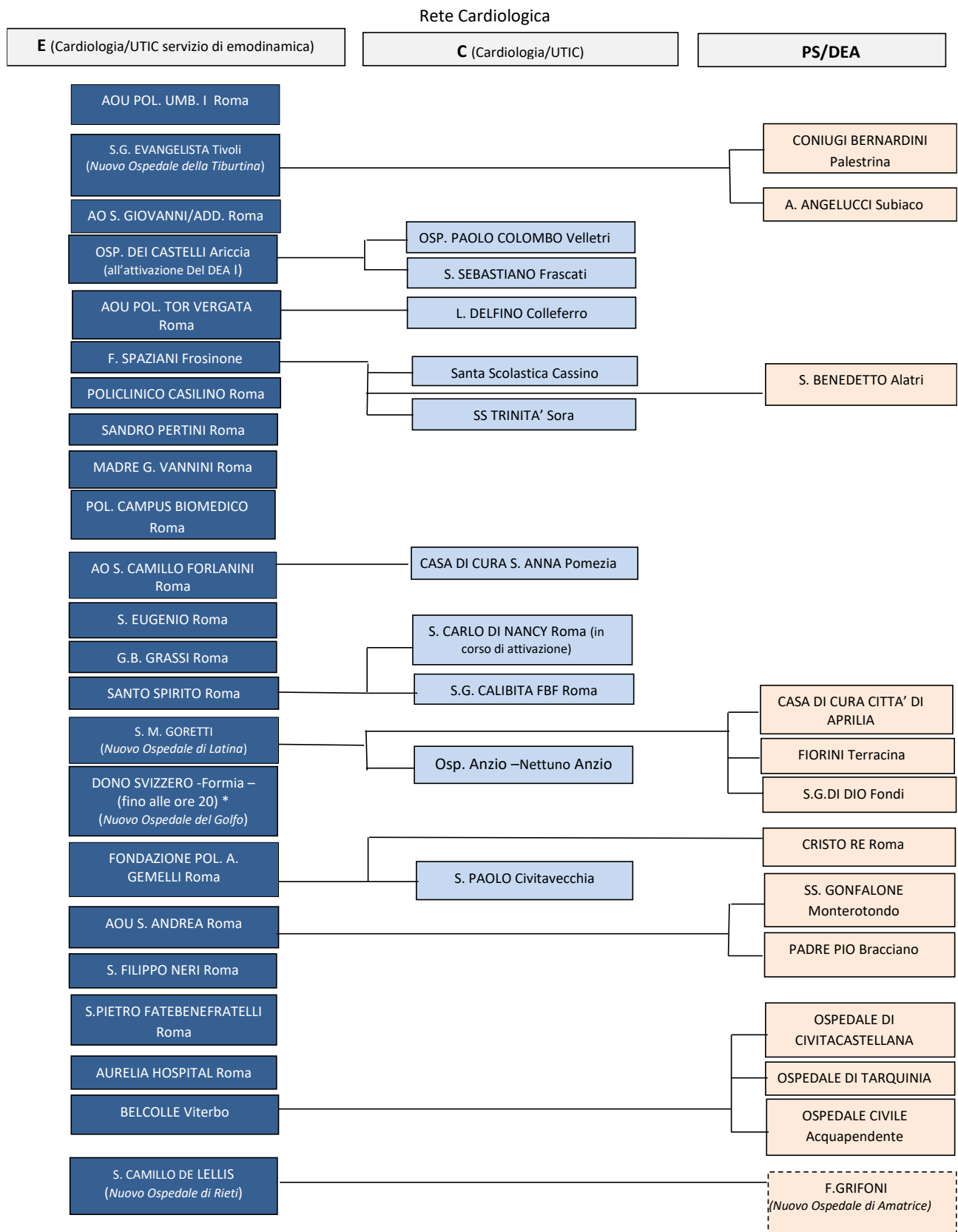
A questo fine, la programmazione regione prevede:

- lo spostamento delle attività cardiologiche e cardiocirurgiche dallo European Hospital all’Aurelia Hospital con la creazione di un centro cuore ad elevata specializzazione;
- l’accreditamento di attività cardiologiche e cardiocirurgiche presso il San Carlo di Nancy.

All’interno della REC sono da considerarsi anche le strutture dotate di Unità per Gravi Patologie Cardiologiche disabilitanti, che, in base al Piano di indirizzo per la riabilitazione, sono destinate all’assistenza di pazienti in stato di instabilità clinica per evento cardiovascolare acuto molto recente, per il perdurare di problematiche complesse post acute o chirurgiche o per scompenso cardiaco refrattario alla terapia convenzionale ma con potenzialità di recupero clinico funzionale. I criteri di accesso a tali strutture e la modulistica necessaria sono contenuti nel DCA 226 del 5 giugno 2018.

**Le afferenze e strutture presentate nelle figure 6.2.1 e 6.2.2 rappresentano la configurazione di rete attuale. A seguito delle valutazioni da parte del coordinamento di rete verranno definiti i nuovi assetti.**

**Figura 6.2.1 - Rete Emergenza cardiologica**

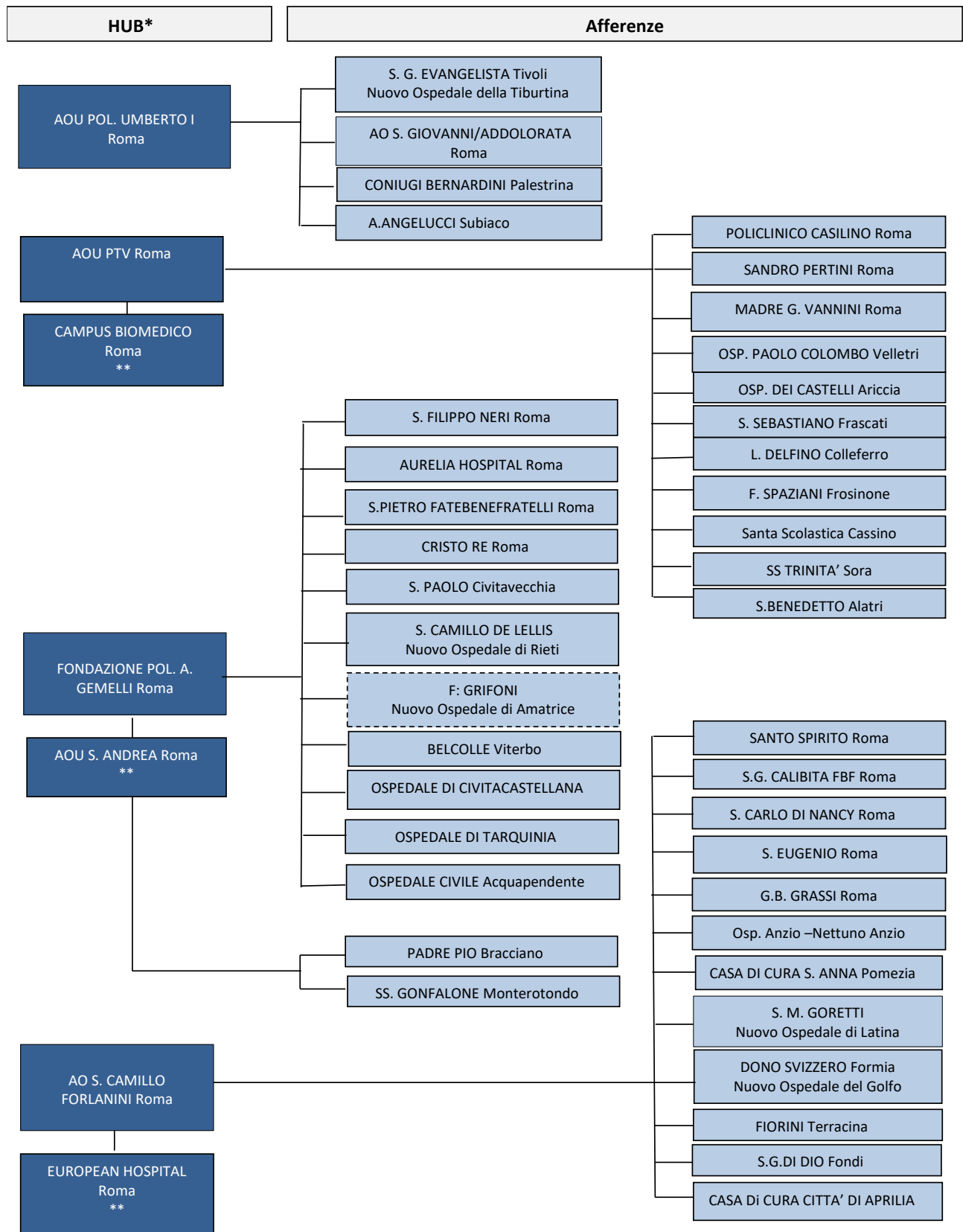


\*la struttura dopo le ore 20 afferisce al PO. S. M. Goretti di Latina.

E= Cardiologia/UTIC servizio di emodinamica

C= Cardiologia/UTIC

**Figura 6.2.2 - Rete Emergenza cardiocirurgica**



\*Cardiocirurgia con Cardiologia/UTIC con servizio di emodinamica.

\*\*Di supporto regionale in caso di indisponibilità di sala operatoria

### 6.3 Rete trauma grave e neurotrauma

La Rete del trauma grave è stata sviluppata tenendo conto di fattori determinanti come la capacità del 118 di manovre di prehospital trauma care avanzate, dei tempi di centralizzazione, della risposta del nodo di emergenza coinvolto, della possibilità di centralizzazione secondaria e l'istituzione del team multidisciplinare (trauma team) attivo negli Hub fino alla conclusione del percorso di ricovero.

Con la Determinazione regionale n. G15438 del 15.12.2020 - in attuazione dell'Accordo della Conferenza Stato-Regioni e Province Autonome del 24 gennaio 2018 (Rep. Atti n. 14/CSR) - è stato approvato il Piano di Rete Trauma Grave con le linee di indirizzo del PDTA.

Il Coordinamento Regionale nell'ultimo triennio ha provveduto a dare piena integrazione tra l'emergenza territoriale e ospedaliera, coinvolgendo le professionalità di entrambi i settori integrate anche dalla partecipazione dei Centri Spinali, per dare una risposta completa prima alla cura in emergenza e poi al recupero delle abilità della persona.

A tal fine è stato sviluppato un modello di piano ospedaliero per il trauma grave adottato dal 95% delle strutture dotate di PS ai quali sono attribuite potenziali azioni, dal protocollo di Trasfusione Massiva in ogni ospedale alla costituzione del team multidisciplinare negli Hub. Riguardo alla fase pre-ospedaliera, la metodologia di soccorso è esplicitata nel paragrafo 6.1.1.

Il Coordinamento Regionale ha sviluppato un sistema di monitoraggio con indicatori coerenti con i principali sistemi di registro di patologia, che sono stati inseriti come campi di selezione per il trauma grave, che permettono di aprire nella stessa l'inserimento di campi obbligatori specifici per la valutazione del livello di centralizzazione e la capacità di percorso ed esito.

La rete per il trauma è coerente con i criteri e gli standard previsti nel DM 70/2015, in particolare a quella di volume minimo di 400-500 casi/anno per CTS.

La programmazione prevede per la **Rete Trauma Grave e Neurotrauma (ADULTI)**, in linea con quanto stabilito nel DM 70/2015, la seguente articolazione:

- **3** Centri Trauma ad alta Specializzazione (CTS) di cui due pubblici;
- **6** Centri Trauma di Zona (CTZ) strutture pubbliche;
- **26** Presidi di Pronto Soccorso per Traumi (PST), di cui 18 pubblici, in grado di stabilizzare, prima di un eventuale trasferimento, i casi di lesioni in pazienti clinicamente critici;
- **1** centro ustioni presso il PO Sant'Eugenio;
- **1** unità spinale presso il PO CTO/Sant'Eugenio.

#### **Rete Trauma Grave Pediatrico**

La Rete Trauma Grave Pediatrico è stata istituita con la determina regionale n. G15438 del 15.12.2020 in attuazione di quanto previsto nell'Accordo Stato Regioni n. 248 del 21.12.2017 ( "Linee di indirizzo per la promozione ed il miglioramento della qualità, della sicurezza e dell'appropriatezza degli interventi assistenziali in area pediatrico-adolescenziale" integrato dal documento "Rete dell'Emergenza-urgenza pediatrica").

La suddetta Rete è finalizzata al trattamento dei pazienti con età compresa tra 0 e 17 anni e 364 giorni in linea con le suddette Linee di indirizzo (CSR n. 248 del 21.12.2017).

In analogia alla Rete Trauma Grave adulti è organizzata secondo il modello hub e spoke su tre livelli in coerenza con i livelli di assistenza in emergenza pediatrica rivolta a questa fascia di età:

- n. 2 Centri Trauma ad Alta Specializzazione (CTS-PED);
- n. 20 Pronto Soccorso Trauma (PST-PED);
- n. 27 Pronto soccorso senza reparto di pediatria (PS/DEA)

Figura 6.3.1 - Rete trauma grave e neurotrauma (ADULTI)-

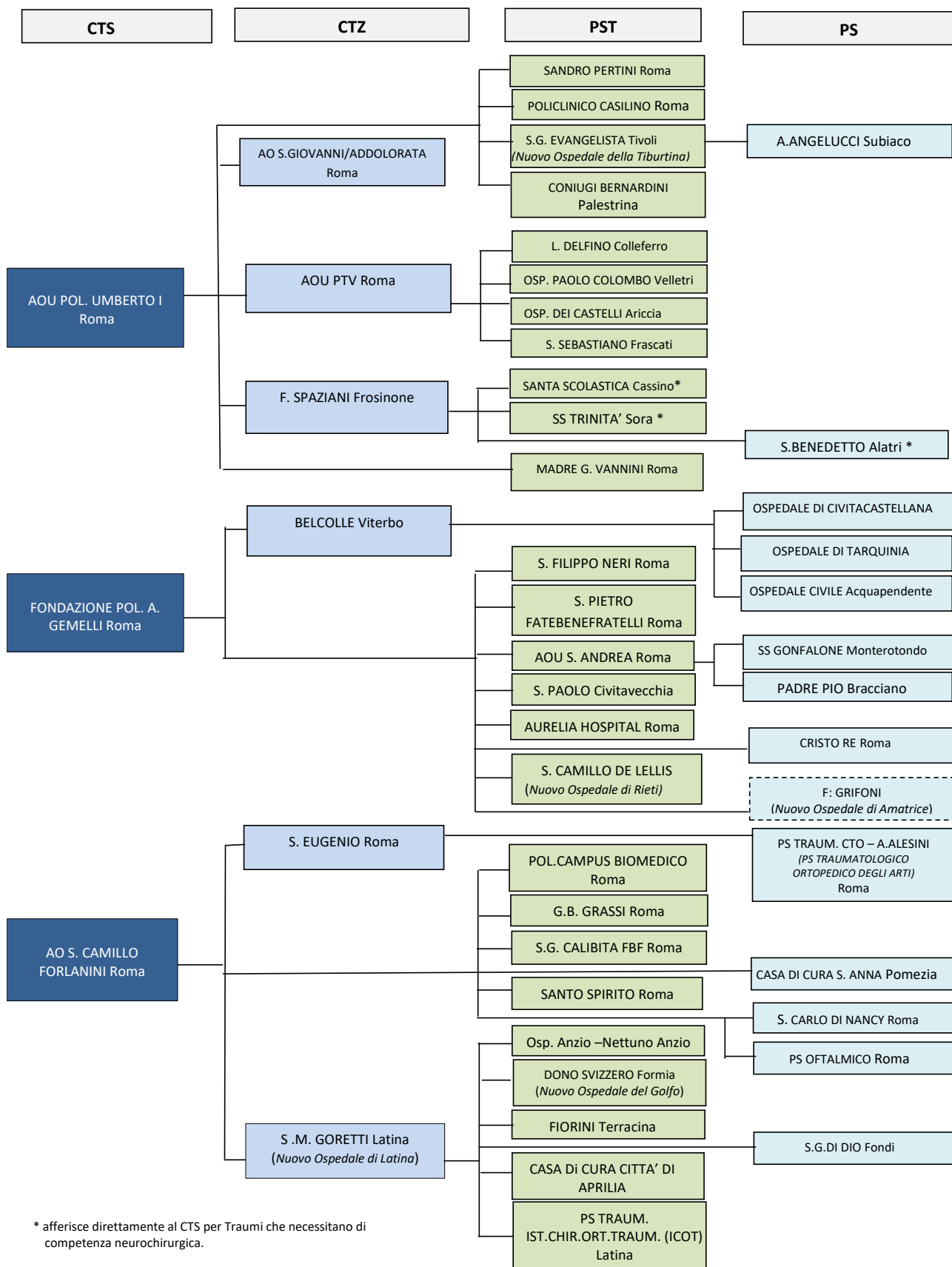
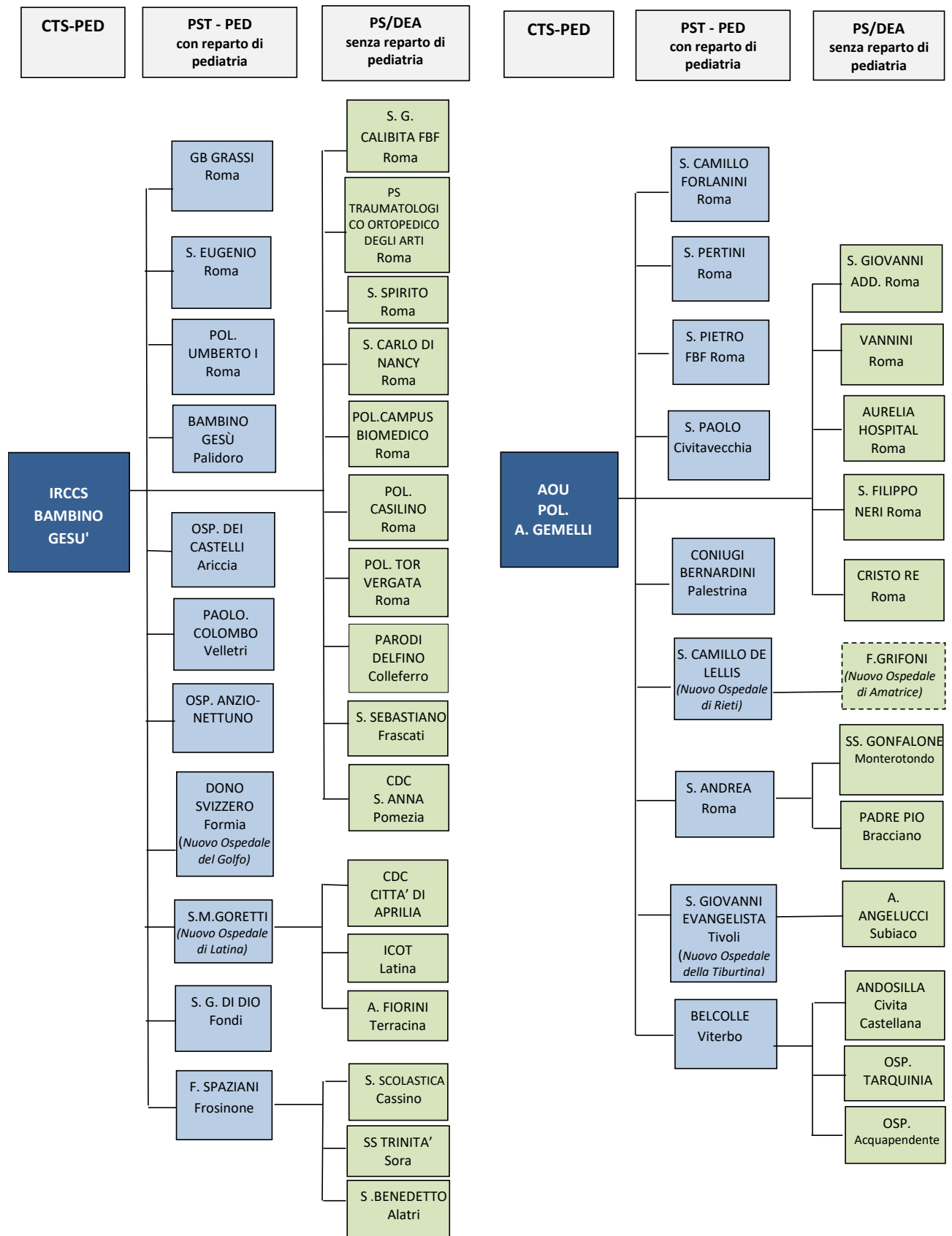




Figura 6.3.2 - Rete Trauma Grave Pediatrico



## 6.4 Rete ictus

La Rete dell'ictus è un sistema in profonda evoluzione con la necessità di adattarsi ai nuovi criteri terapeutici che ampliano in modo significativo le finestre di trattamento sistemico ed endovascolare impegnando a sua volta il SSR a sviluppare un programma di implementazione coerente con questi processi.

Con la Determinazione regionale n. G11799 del 13.10.2020 - in attuazione dell'Accordo della Conferenza Stato-Regioni e Province Autonome del 24 gennaio 2018 (Rep. Atti n. 14/CSR) - è stato approvato il Piano di Rete Ictus con le linee di indirizzo del PDTA.

L'assetto della rete è conforme ai requisiti del DM 70/2015, prevedendo due articolazioni: UTN di II livello con neuroradiologia interventistica e UTN di I livello, entrambe con posti letto dedicati.

La programmazione 2021-2023 prevede per la **Rete Ictus** la seguente articolazione:

- 4 UTN di II livello con neuroradiologia interventistica con posti letto dedicati;
- 10 UTN di I livello con posti letto dedicati.

Le UTN sono state potenziate ove consentito dalle caratteristiche strutturali, con n.8 posti letto in luogo dei 6 posti letto previsti dal precedente atto programmatico.

Con la Determina regionale n. G12771 del 10 ottobre 2018 è stata approvata la "*Procedura di emergenza in caso di non disponibilità di un HUB per l'attività di neuroradiologia interventistica*", redatta dal Coordinamento Regionale della Rete Ictus.

A seguito dell'attivazione del Sistema di Teleconsulto "Advice" dall'8 luglio 2019, fra Centri "Hub" e "Spoke" l'effettuazione della Trombolisi Sistemica, in tutti i pazienti eleggibili per tale trattamento, è divenuta mandataria per tutte le Strutture della Rete Ictus.

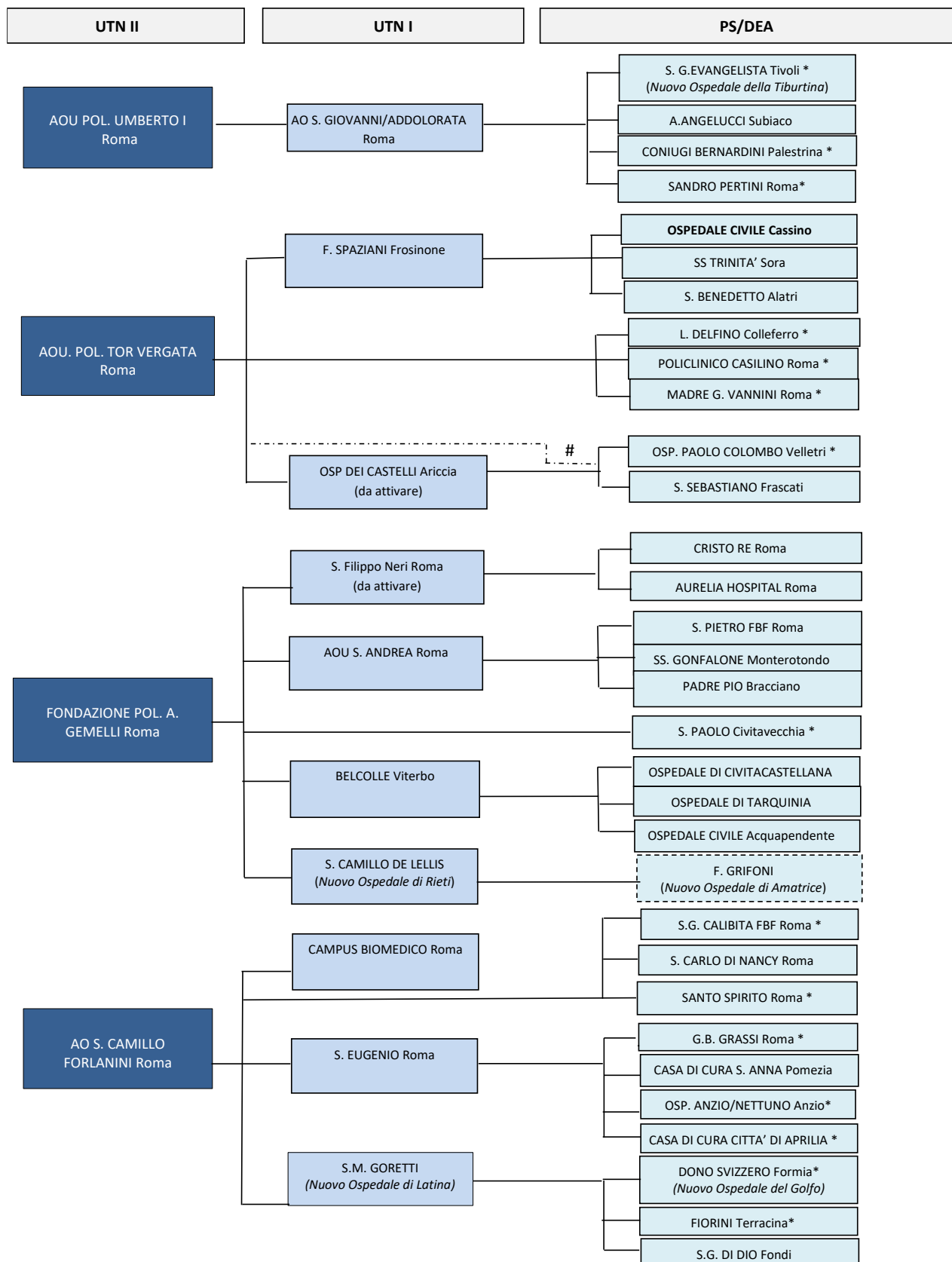
Nel triennio 2017-2019 sono state realizzate, su tutto il territorio regionale diverse attività formative realizzate dagli Hub di Rete (UTN II), assieme a quelle promosse dall'Italian Stroke Organization. Per il prossimo triennio, nella rilevazione dei "Bisogni formativi regionali", è stato inserito un apposito paragrafo per le Reti Tempo Dipendenti, che prevede ulteriori strumenti a supporto di tali attività: training a distanza, workshop, simulazioni in situ. Inoltre, in collaborazione con ISO-Lazio, la Regione ha attivato dei percorsi formativi specifici per le Strutture che non effettuano ancora trattamenti di Trombolisi Sistemica.

Nel triennio 2017-2019 sono state realizzate, su tutto il territorio regionale diverse attività formative realizzate dagli Hub di Rete (UTN II), assieme a quelle promosse dall'Italian Stroke Organization. Per il prossimo triennio, nella rilevazione dei "Bisogni formativi regionali", è stato inserito un apposito paragrafo per le Reti Tempo Dipendenti, che prevede ulteriori strumenti a supporto di tali attività: training a distanza, workshop, simulazioni in situ. Inoltre, in collaborazione con ISO-Lazio, la Regione ha attivato dei percorsi formativi specifici per le Strutture che non effettuano ancora trattamenti di Trombolisi Sistemica; al termine dei corsi verranno predisposti, per il triennio in programmazione, dei controlli strutturati sull'effettiva somministrazione del suddetto trattamento nei Presidi sede di Dea I, individuati quali nodi della Rete regionale Ictus.

Allo scopo, inoltre, di superare le difficoltà attualmente presenti in alcune strutture della rete ad eseguire il trattamento trombolitico, saranno individuate ed introdotte specifiche leve incentivanti.

**La figura 6.4.1 rappresenta l'assetto di rete attualmente in vigore. A seguito delle valutazioni da parte del coordinamento di rete verranno definiti i nuovi assetti.**

Figura 6.4.1 - Rete Ictus



# Afferenza temporanea.

\* Centri formati per la trombolisi sistemica secondo il modello "drip and shift".

## 6.5 Rete perinatale

Nel 2020 i nati vivi nel Lazio sono stati 37.773, corrispondente ad una riduzione del 12% rispetto al 2018. Si osserva, insieme al trend storico in diminuzione delle nascite, un ulteriore e significativo decremento del numero dei nati aggravato da aspetti – sanitari ed economici – connessi alla pandemia da COVID-19. L’assistenza ostetrica e neonatale è stata erogata in 37 Istituti di cui 5 esclusivamente autorizzati. Il 55% dei parti è avvenuto in ospedali con Unità Perinatali di II livello. Questa proporzione è molto simile a quella nazionale. I parti effettuati nelle strutture pubbliche sono pari al 46,4%. Dei 37 Istituti, 11 hanno un volume di attività ostetrica inferiore a 500 parti/anno (di cui 5 completamente private). Sedici ospedali superano la soglia dei 1000 parti l’anno. I nati di peso <1500 grammi sono assistiti prevalentemente in unità perinatali di II livello. Questo dato conferma un’efficace centralizzazione delle gravidanze a rischio.

**Tabella 6.5.1 Nati vivi presso gli istituti della Regione Lazio per livello assistenziale, Anni 2019-20**

ASL	Comune	Istituto	Livello	Anno 2019	Anno 2020
RM2	Roma	Pol. Casilino	II	3.918	4.355
RM1	Roma	Pol. A. Gemelli	II	4.022	3.811
RM1	Roma	San Pietro – FBF	II	2.519	3.667
RM1	Roma	Calibita – FBF	II	3.208	3.221
RM3	Roma	San Camillo F.	II	2.019	1.913
RM1	Roma	Santa Famiglia	I	1.748	1.676
RM1	Roma	Cristo Re	I	1.777	1.569
LT	Latina	P.O. Latina Nord	II	1.293	1.291
RM1	Roma	San G. Addolorata	II	1.208	1.153
RM3	Roma	Città di Roma	I	1.296	1.147
RM2	Roma	S.Eugenio	I	1.039	1.070
VT	Viterbo	Belcolle	II	1.044	1.014
RM2	Roma	Fabia Mater	I	1.142	976
FR	Frosinone	F. Spaziani	I	1.052	965
RM1	Roma	Pol. Umberto I	II	1.145	955
RM1	Roma	San Filippo Neri	I	1.078	940
RM3	Roma	G.B. Grassi	I	1.093	867
RM6	Ariccia	Ospedale dei Castelli	I	615	864
LT	Aprilia	Città di Aprilia	I	387	708
RM2	Roma	Sandro Pertini	I	889	691
FR	Sora	Santissima Trinità	I	710	674
LT	Fondi	P.O. Latina Centro	I	695	584
RM5	Tivoli	San Giovanni Evangelista	I	554	543
FR	Cassino	S. Scolastica	I	456	508
RM1	Roma	P.O. Santo Spirito	I	482	451
LT	Formia	P.O. Latina Sud	I	372	445
RM2	Roma	Vannini	I	539	419
RI	Rieti	P.O. Rieti	I	509	401
RM4	Civitavecchia	San Paolo	I	337	264
RM5	Palestrina	C. Bernardini	I	422	174
RM1	Roma	Mater Dei		222	159
RM1	Roma	Villa Margherita		74	88
RM6	Velletri	P. Colombo	I	420	87
RM6	Anzio	P.O. Anzio-Nettuno	I	351	85
RM1	Roma	Quisisana		27	33
RM1	Roma	Villa Mafalda		19	5
RM3	Roma	Villa Pia		208	
<b>LAZIO</b>				<b>38.889</b>	<b>37.773</b>

Fonte CedAP 2019-2020

Nel corso del 2020, è stato rinnovato il gruppo di lavoro Comitato Regionale Percorso Nascita con la nuova denominazione di Comitato Percorso Nascita Pediatrico (Determina Regionale n. G12937 del 4/11/2020

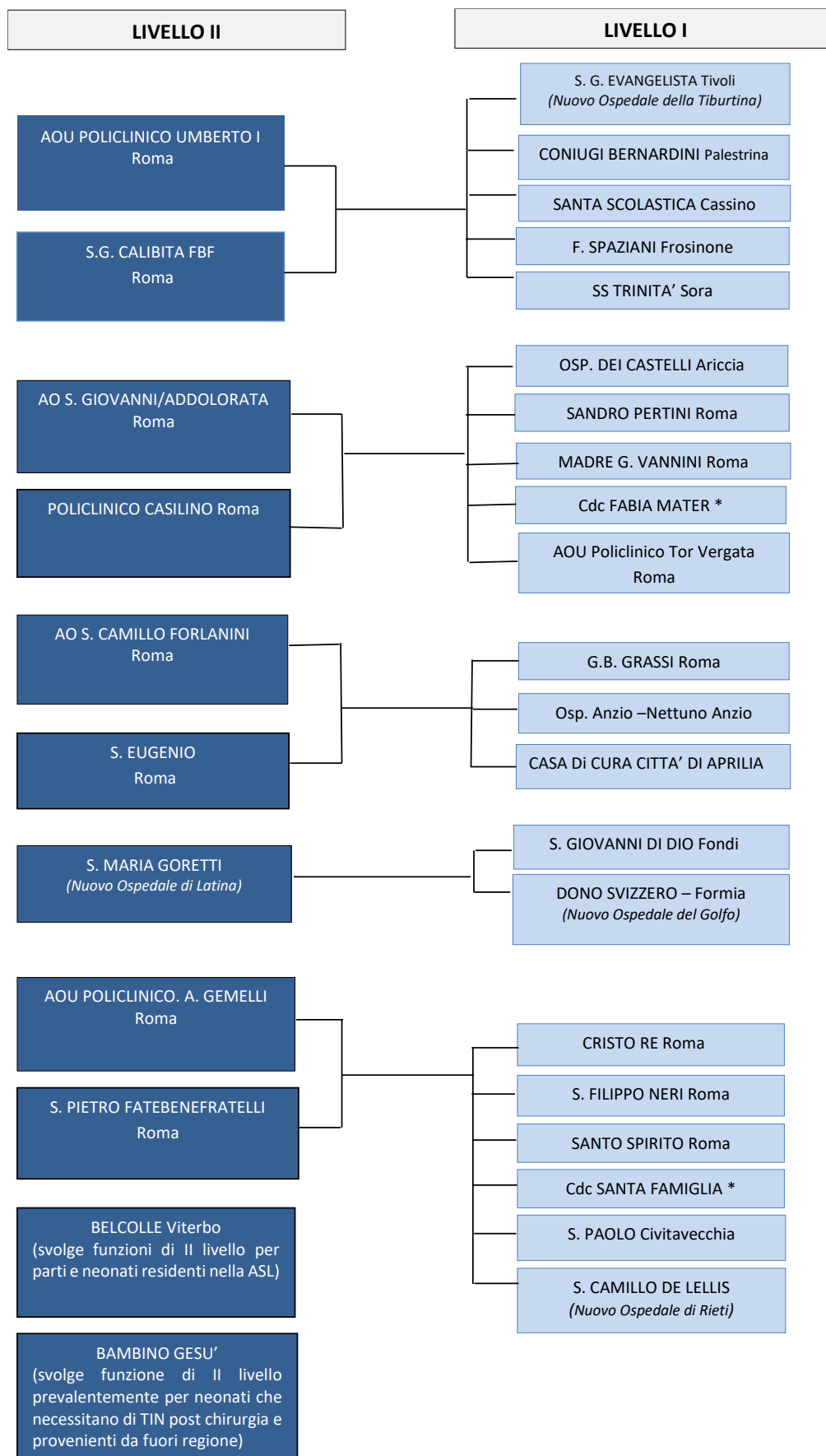
essendo stato ampliato a professionisti di area pediatrica. Il Comitato avrà il ruolo di coordinare le azioni e gli standard previsti dalla CSR del 16/12/2010 *“Linee di indirizzo per la promozione ed il miglioramento della qualità, della sicurezza e dell’appropriatezza degli interventi assistenziali nel percorso nascita e per la riduzione del taglio cesareo”* e gli interventi assistenziali previsti dalla CSR del 21/12/2017 *“Linee di indirizzo per la promozione e il miglioramento della qualità, della sicurezza e dell’appropriatezza degli interventi assistenziali in area pediatrico-adolescenziale”* integrato dal documento *“Rete dell’emergenza-urgenza pediatrica”*.

La rete perinatale è strutturata secondo i requisiti del DM 70/2015 e dell’Accordo Stato Regioni del 16 dicembre 2010, in Unità perinatali di I e di II livello, dove il II livello si distingue dal I livello per l’assistenza alla donna e al neonato che necessitano di cure intensive.

Come si evince dalla tabella soprariportata alcuni PN compresi nella rete perinatale hanno volumi di attività ostetrica insufficienti e per questi sono in corso le attività propedeutiche per le richieste di deroga come previsto dal *“Protocollo Metodologico per la valutazione delle richieste di mantenere in attività punti nascita con volumi di attività inferiori ai 500 parti/annui”* del Ministero della Salute. Nell’analisi dei dati del 2020 è necessario considerare che a causa dell’emergenza COVID-19:

- la regione ha predisposto centri di riferimento dedicati a gestanti positive concentrando il loro accesso in alcuni PN;
- alcuni ospedali sedi di PN sono stati riconvertiti parzialmente o totalmente per periodi variabili in ospedali COVID-19 ed hanno perciò sospeso l’attività ostetrica.

**Figura 6.5.1 Rete perinatale**



\* Struttura non sede di PS/DEA

## 6.6 Ruolo delle strutture ospedaliere nelle reti tempo-dipendenti

Codice	ASL	ISTITUTO	COMUNE	EMERGENZA	EMERGENZA PEDIATRICA	ICTUS	CARDIO CARDIOCHIRURGICA	TRAUMA	PERINATALE
120920	Roma 2	AOU PTV	Roma	DEA II		UTN II	E+CC	CTZ	I
120906	Roma 1	POLICLINICO UMBERTO I	Roma	DEA II	Hub	UTN II	E+CC	CTS	II
120905	Roma 1	POLICLINICO A. GEMELLI E C.I.C.	Roma	DEA II	Hub	UTN II	E+CC	CTS	II
120904	Roma 1	BAMBINO GESU'	Roma	DEA II	Hub				II
120902	Roma 1	AO S.GIOVANNI/ADDOLORATA	Roma	DEA II		UTN I	E	CTZ	II
120901	Roma 3	AO SAN CAMILLO-FORLANINI	Roma	DEA II	Hub	UTN II	E+CC	CTS	II
120216	FR	F. SPAZIANI	Frosinone	DEA I	Spoke	UTN I	E	CTZ	I
120200	LT	NUOVO OSPEDALE DI LATINA	Latina	DEA II	Spoke	UTN I	E	CTZ	II
120919	Roma 1	AOU SANT' ANDREA	Roma	DEA I	Spoke	UTN I	E+CC	PST	
120915	Roma 2	CAMPUS BIOMEDICO (da attivare)	Roma	DEA I		UTN I	E+CC	PST	
120294	Roma 2	POLICLINICO CASILINO	Roma	DEA I			E	PST	II
120292	Roma 6	OSPEDALE DEI CASTELLI	Ariccia	DEA I	Spoke	UTN I	E	PST	I
120285	Roma 1	S.FILIPPO NERI	Roma	DEA I		UTN I	E	PST	I
120271	VT	BELCOLLE	Viterbo	DEA I	Spoke	UTN I	E	CTZ	II
120267	Roma 2	SANDRO PERTINI	Roma	DEA I	Spoke		E	PST	I
120228	FR	OSPEDALE CIVILE	Cassino	DEA I	Spoke		C	PST	I
120206	LT	NUOVO OSPEDALE DEL GOLFO	Formia	DEA I	Spoke		E	PST	I
120180	Roma 1	AURELIA HOSPITAL	Roma	DEA I			E+CC	PST	
120076	Roma 2	MADRE GIUSEPPINA VANNINI	Roma	DEA I			E	PST	I
120072	Roma 1	SG CALIBITA FATEBENEFRAPELLI	Roma	DEA I			C	PST	II
120071	Roma 1	SAN PIETRO FATEBENEFRAPELLI	Roma	DEA I	Spoke		E	PST	II
120066	Roma 2	S. EUGENIO	Roma	DEA I	Spoke	UTN I	E	CTZ	II
120061	Roma 3	G. B. GRASSI	Roma	DEA I	Spoke		E	PST	I
120054	Roma 6	OSP. PAOLO COLOMBO	Velletri	DEA I	Spoke		C	PST	
120053	Roma 5	NUOVO OSPEDALE TIBURTINO (Tivoli)	Tivoli	DEA I	Spoke		E	PST	I
120045	Roma 4	SAN PAOLO	Civitavecchia	DEA I	Spoke		C	PST	I
120043	Roma 6	OSP. ANZIO-NETTUNO	Anzio	DEA I	Spoke		C	PST	I
120026	Roma 1	SANTO SPIRITO	Roma	DEA I			E	PST	I
120019	RI	NUOVO OSPEDALE DI RIETI (Stab. Rieti)	Rieti	DEA I	Spoke	UTN I	E	PST	I
120904	Roma 3	BAMBINO GESU'	Palidoro	DEA I	Spoke				
120226	FR	SS TRINITA'	Sora	DEA I	Spoke		C	PST	I
120216	FR	SAN BENEDETTO	Alatri	PS					
120215	LT	CASA DI CURA CITTA' DI APRILIA	Aprilia	PS				PST	I
120204	LT	PO LATINA CENTRO - Fondi	Fondi	PS	Spoke				I
120204	LT	PO LATINA CENTRO - Terracina	Terracina	PS				PST	
120134	Roma 6	CASA DI CURA S.ANNA	Pomezia	PS			C		
120074	Roma 1	OSP. GEN. DI ZONA 'CRISTO RE'	Roma	PS					I
120073	Roma 1	SAN CARLO DI NANCY	Roma	PS			E+CC		
120059	Roma 4	PADRE PIO	Bracciano	PS					
120052	Roma 5	A. ANGELUCCI	Subiaco	PS					
120051	Roma 5	CONIUGI BERNARDINI	Palestrina	PS	Spoke			PST	I
120049	Roma 5	SS GONFALONE	Monterotondo	PS					
120047	Roma 6	S.SEBASTIANO	Frascati	PS			C	PST	
120046	Roma 5	L.PARODI DELFINO	Colleferro	PS			C	PST	
120019	RI	NUOVO OSPEDALE DI RIETI (Stab. Amatrice)	Amatrice	PS					
120007	VT	OSPEDALE DI TARQUINIA	Tarquinia	PS					
120003	VT	OSPEDALE DI CIVITACASTELLANA	Civitacastellana	PS					
120002	VT	CIVILE DI ACQUAPENDENTE	Acquapendente	PS					
120212	LT	ISTIT CHIR ORTOP TRAUMAT.	Latina	PS-SPEC				PST	
120030	Roma 1	REGIONALE OFTALMICO	Roma	PS-SPEC					
12006602	Roma 2	CTO A.A	Roma	PS-SPEC					
120157	Roma 2	FABIA MATER	Roma						I
120115	Roma 1	SANTA FAMIGLIA	Roma						I

## 6.7 Rete malattie infettive

L'implementazione del percorso assistenziale si colloca all'interno della rete dell'emergenza ospedaliera nella quale sono presenti PS senza reparto di malattie infettive e DEA con e senza reparto di malattie infettive. A ciascun presidio con PS/DEA senza reparto di malattie infettive, in base ad una suddivisione territoriale, viene assegnata una struttura di riferimento, Hub, così come illustrato nella figura 6.7.1, che svolge una funzione di consulenza rapida e di accettazione dei casi con patologia infettiva primaria.

La risposta assistenziale del paziente con sospetta/accertata malattia infettiva può diversificarsi in:

- consulenza/assistenza del rianimatore/intensivista in PS/DEA ai fini della trasportabilità e trasferimento del paziente che necessita di trattamento intensivo;
- trasferimento da PS/DEA in un reparto di malattie infettive;
- trasferimento da PS/DEA o da reparto di malattie infettive a reparto di assistenza infettivologica di elevata complessità ed intensità o a Reparto di "Alto Isolamento".

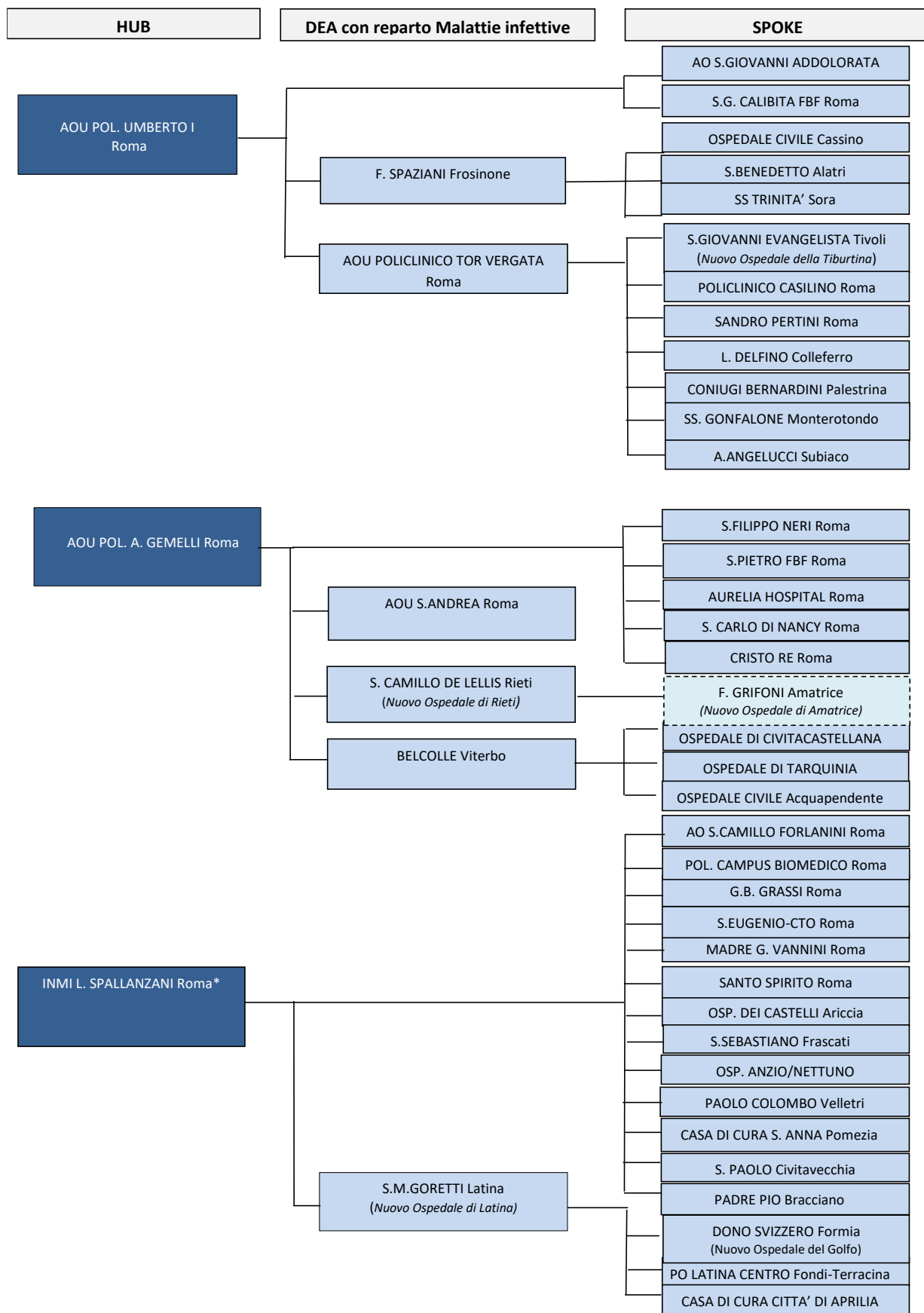
In coerenza con il DCA U00540 del 12/11/2015 relativo al "Percorso assistenziale per la gestione dei casi con patologia infettiva primaria o associata a comorbidità", l'INMI L. Spallanzani, oltre al ruolo di Hub per la sua area di afferenza, svolge il ruolo di Hub anche per:

- tutti i PS/DEA di Ospedali senza reparto di Malattie Infettive, mediante il sistema di teleconsulto ADVICE. In tale evenienza, Il Servizio Centralizzato di Telemedicina dell'INMI svolge anche le funzioni di "bed manager", assegnando i pazienti ai Centri di Malattie Infettive della rete, in base alle disponibilità di posti-letto comunicate, ferma restando la necessità di conferma della disponibilità del posto letto prima dell'invio;
- tutti i PS/DEA di Ospedali con reparto di Malattie Infettive, in caso di necessità di un trattamento ad elevata assistenza, con infezione da germi multiresistenti oppure patologie infettive di grado severo che necessitano di assistenza rianimatoria intensiva e con patologia infettiva che richiede necessità di alto isolamento. La centralizzazione di questi pazienti all'IRCCS Spallanzani è motivata dal suo ruolo di riferimento nazionale e Centro Collaboratore dell'Organizzazione Mondiale della Sanità per la gestione clinica, la diagnosi, la risposta e la formazione sulle malattie infettive ad elevata complessità.

La rete delle malattie infettive è in corso di revisione anche sulla base del Piano Pandemico Nazionale e Regionale.



**Figura 6.7.1 Rete Malattie Infettive**



\*INMI svolge anche il ruolo di HUB per i PS/DEA: - senza reparto di M. Inf. mediante il Sistema di Teleconsulto;  
- con reparto di M. Inf. in caso di necessità di trattamento ad elevata assistenza.

## 6.8 Rete oncologica

È in corso di definizione la rete oncologica regionale in coerenza con quanto previsto dall'Accordo Stato Regioni n.59/CRS con l'obiettivo di giungere all'attuazione di un modello di rete che ricomprenda e colleghi i diversi servizi ed attori coinvolti nell'assistenza oncologica, garantendo percorsi omogenei, pur nella peculiarità di ogni singola patologia.

Con Atto di Organizzazione n. G13940 del 15/11/2021 è stato istituito un gruppo di lavoro regionale che ha il compito di supportare la Direzione Salute ed Integrazione Sociosanitaria nella stesura di un documento inerente le linee guida organizzative per la Rete oncologica regionale, con i seguenti obiettivi prioritari:

- definire i percorsi di cura dei pazienti, in una logica di continuità dell'assistenza, dalla diagnosi precoce al follow up;
- individuare l'assetto organizzativo più funzionale per realizzarla
- garantire la piena accessibilità ed il miglioramento continuo dell'assistenza, in una logica di "sistema".

Per far questo la rete oncologica regionale prevede l'istituzione di Centri Oncologici di ASL, finalizzati a garantire in prossimità del paziente nell'ottica di soddisfarne i bisogni, in integrazione con i Centri di Riferimento, individuati sulla base di specifici requisiti, expertise e volumi di attività.

Dovranno essere definiti e garantiti punti di accoglienza e orientamento del paziente anche nell'ottica di supportarlo nei cambi di setting per la continuità assistenziale.

Il modello organizzativo, coerente con il modello generale di rete descritto nel paragrafo 2.2, ha tra gli elementi caratterizzanti:

- l'approccio multidisciplinare e multiprofessionale;
- la centralità del paziente
- la solidità delle connessioni della rete;
- l'equità di accesso e di trattamento

Persegue come principali specifici obiettivi:

- adozione di linee guida e PDTA condivisi da parte dei professionisti coinvolti nella rete;
- identificazione dei centri di riferimento in base ai volumi ed esiti per specifica patologia oncologica;
- promozione dell'introduzione e dell'uso ottimale ed appropriato di tecnologie avanzate e di soluzioni di telemedicina, anche sulla base dell'esperienza acquisita durante l'evento pandemico in corso;
- selezione all'interno del network di strutture di riferimento per la gestione dei farmaci e procedure ad alto costo;
- Istituzione del Coordinamento regionale per il Molecolar Tumour Board (MTB),
- sviluppo della rete dei tumori rari;
- facilitazione dell'attività di ricerca.

## 6.9 Rete delle malattie rare

La Regione Lazio, recependo le indicazioni contenute nel D.M. 279/2001 già a partire dal 2002 ha dato avvio al processo di riconoscimento delle strutture sanitarie dedicate alla diagnosi e cura delle malattie rare.

Nel dicembre del 2013 è stata realizzata una prima riorganizzazione della rete assistenziale, conclusasi nel febbraio 2015 (DCA n. U00387 del 6.08.2015 en. U00429 dell'11/09/2015). Nei due Decreti è stato anche recepito il Piano Nazionale Malattie Rare 2013-2016 ed individuato il Centro di Coordinamento Regionale delle Malattie Rare.

A seguito del DPCM sui nuovi Livelli Essenziali di Assistenza del 12 gennaio 2017, che ha aggiornato l'elenco delle nuove esenzioni per malattia o gruppi di malattia rara (Allegato 7-Elenco malattie rare esentate dalla partecipazione al costo), la Regione Lazio con i DCA n. U00413 del 15.09.2017 e n. U00063/2018 ha recepito il nuovo elenco ed aggiornato la Rete dei Centri di riferimento.

A distanza di quattro anni dall'emanazione dei succitati Decreti si è proceduto (con il supporto del Centro di Coordinamento Regionale Malattie Rare - CCR e delle Direzioni Sanitarie dei Centri di riferimento regionali per malattie rare e/o gruppi) ad una attenta analisi dei volumi e alla valutazione delle richieste di modifica dell'assetto di Rete. Con la nota regionale protocollo n. U.0882767 del 29-10-2021 si è provveduto ad una revisione parziale dell'assetto della Rete regionale delle Malattie Rare in deroga ai vigenti DCA 413/2017 e DCA 63/2018. L'aggiornamento della rete delle malattie rare è una attività continuativa. In questo senso anche l'assetto attuale deve essere considerato evolutivo.

Dal 2008 è stato istituito il Sistema Informativo Malattie Rare Lazio (SIMaRaL) che rappresenta una eccezionale opportunità a fini di sanità pubblica. La piattaforma attuale raccoglie dati relativi alla diagnosi, al Piano Assistenziale Individuale e ai Bilanci di Salute definiti come visite periodiche di follow-up. Dall'avvio del SIMaRaL ad oggi, sono state inserite oltre 50.000 schede di pazienti presi in carico presso i Centri regionali, per un totale delle diagnosi riferite a circa 596 malattie rare o gruppi di malattie rare presenti nell'Allegato 7 del DPCM 12.01.2017, corrispondenti a 356 codici, con un crescente incremento annuale.

Accanto ad una descrizione dei volumi di attività dei Centri di riferimento, tutti collocati in strutture ospedaliere, la disponibilità di informazioni sui bisogni di salute delle persone con una malattia rara e sui piani di trattamento permette di programmare l'offerta assistenziale nei setting più appropriati, con un particolare impegno a promuovere percorsi integrati ospedale-territorio. In questo contesto di miglioramento della rete, si inserisce anche la partecipazione di cinque istituti del Lazio nelle Reti Europee di Riferimento per le malattie rare (ERN) che rappresentano una preziosa opportunità di scambio su temi clinici, di ricerca scientifica e di formazione dei professionisti del settore.

Attualmente la Rete regionale malattie rare vede la presenza di:

- 16 istituti ospedalieri, di cui 4 Aziende Ospedaliere-Universitarie (Policlinico Umberto I, Sant'Andrea, Policlinico Tor Vergata, Fondazione Policlinico Gemelli), 1 Azienda Ospedaliera (San Camillo-Forlanini), 4 Istituti di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico (IRCCS) (Lazzaro Spallanzani, Istituto Tumori e Dermatologico, Istituto Dermopatico Immacolata, Ospedale Pediatrico Bambino Gesù) e 7 Presidi ospedalieri (San Filippo Neri, Oftalmico, Sant'Eugenio-CTO, Sandro Pertini, San Giovanni Calibita-FBF, San Carlo di Nancy, Santa Maria Goretti Latina), che hanno il compito di coordinare i singoli Centri di propria afferenza ed interfacciarsi con il livello regionale;
- 18 Presidi collegati funzionalmente ad un Centro di riferimento;
- 7 Centri della Rete Malattie Emorragiche Congenite già riconosciuti con il DCA U0057/2010 (Policlinico Umberto I con funzioni di coordinamento, Fondazione Policlinico Gemelli e IRCCS

Bambino Gesù con funzioni di Spoke di primo livello e i Presidi ospedalieri provinciali di Frosinone, Viterbo, Rieti e Latina con funzioni di Spoke di secondo livello).

**Tabella 6.9.1. Centri e Presidi nella rete malattie rare**

Istituto	N.
	Centri/Presidi
AOU Policlinico Umberto I	16
AOU Policlinico Tor Vergata	10
Fondazione Policlinico Universitario A. Gemelli	17
AO San Camillo-Forlanini	8
IRCCS Ospedale Pediatrico Bambino Gesù	23
IRCCS INMI Lazzaro Spallanzani	1
IRCCS IFO Regina Elena / San Gallicano	4
IRCCS IDI Immacolata	1
Ospedale San Giovanni Calibita FBF	1
Ospedale San Carlo Nancy	1
Ospedale S. Eugenio – ASL Roma 2	3
Ospedale Oftalmico – ASL Roma 1	3
Ospedale San Filippo Neri – ASL Roma1	1
Ospedale Sandro Pertini	1
AOU S.Andrea*	12
ASL Latina*	6
Ospedale S. Camillo De Lellis - ASL RIETI**	1
Ospedale Belcolle - ASL VITERBO**	1
Ospedale S.M. Goretti - ASL LATINA**	1
Ospedale F. Spaziani - ASL FROSINONE**	1

\*Istituto con presenza di Presidi che afferiscono ad un Centro collocato presso il Policlinico Umberto I

\*\*Istituto di riferimento per le sole Malattie Emorragiche Congenite (Spoke II livello DCA 57/2010)

Inoltre, in ciascuna ASL è stato identificato un referente Aziendale per le MR con il compito di favorire il percorso terapeutico definito a livello di centro di riferimento.

Il portale regionale dedicato alle malattie rare, dove sono pubblicati i dati aggiornati, i PDTA realizzati dai Centri e tutte le novità d'interesse per lo sviluppo della rete, contribuisce attivamente alla condivisione di strumenti comuni, alla diffusione delle informazioni e al miglioramento del supporto ai cittadini.

## 6.11 Rete Trasfusionale

In Regione Lazio, sulla base della normativa europea e nazionale degli ultimi anni, è stato definito un percorso di risposta all'esigenza di standardizzazione dei processi a garanzia di maggiore autosufficienza e sicurezza con un limitato numero di sedi delle attività produttive, teso a valorizzare le competenze specifiche di Medicina Trasfusionale e, al contempo, trarre il massimo beneficio possibile dalle economie di scala. Nello specifico, nel 2014 è stato definito un processo di riorganizzazione/centralizzazione dell'intero Sistema Trasfusionale regionale in un'ottica di efficientamento delle attività e di una migliore razionalizzazione delle risorse (DCA U00207 del 20.06.2014). Tale modello di riorganizzazione per il sistema sangue regionale, prevede da una parte, la centralizzazione delle attività di validazione e lavorazione del sangue e dei suoi componenti e dall'altra, il mantenimento del decentramento delle attività di donazione e di Medicina Trasfusionale.

Con nota regionale protocollo n. U.0719609 del 14-08-2020 recante "Rete Trasfusionale Regionale – variazioni Aree di produzioni regionali e afferenze nodi di Rete in deroga al vigente DCA 207/2014" si è provveduto, nelle more della revisione del DCA U00207 del 20 giugno 2014, recante "Recepimento Accordo Stato/Regioni Rep. Atti n.149 del 25 luglio 2012. Piano di riordino dei Servizi Trasfusionali della Regione Lazio", ad una revisione funzionale della Rete, attraverso una variazione delle afferenze originariamente previste per i PP.OO S. Eugenio e F. Spaziani di Frosinone verso rispettivamente le Aree di Produzione del Policlinico Tor Vergata e del P.O. Santa Maria Goretti di Latina, nonché la modifica del ruolo di rete dei Policlinici Universitari Umberto I e Gemelli, cui sono state attribuite funzioni di Area di produzione senza afferenze. Tali deroghe sono in corso di perfezionamento, intendendo attuarle parallelamente al completamento delle configurazioni del nuovo sistema informativo trasfusionale della Regione Lazio MAK SYSTEM, ad opera della Direzione dei Sistemi informativi di LazioCrea.

La Rete Trasfusionale è articolata in strutture che assicurano l'attività trasfusionale in tutte le Aziende sanitarie della Regione, attraverso:

- Il Centro Regionale Sangue (struttura a valenza regionale ospitata pro tempore dall'AOU Sant'Andrea);
- I Servizi di Immunoematologia e Medicina Trasfusionale (S. Eugenio, San Giovanni Addolorata, Grassi di Ostia, Ospedale Pediatrico Bambino Gesù, San Pietro FBF, AOU S. Andrea, Sandro Pertini, S. Camillo de Lellis di Rieti, Spaziani di Frosinone, Civile di Velletri, San Giovanni Evangelista di Tivoli);
- I Servizi di Immunoematologia e Medicina Trasfusionale - Aree di produzione (San Camillo – Forlanini, San Filippo Neri, Policlinico Tor Vergata, Belcolle di Viterbo, Santa Maria Goretti di Latina, Policlinico A. Gemelli, Policlinico Umberto I);
- Il Centro Unico di Qualificazione biologica (SIMT Ospedale Pertini) e il Centro Unico di Qualificazione biologica con funzioni di Back up (Policlinico Umberto I);
- Le Articolazioni Funzionali dei SIMT (Santo Spirito, IRCCS IFO, Campus Biomedico, Dono Svizzero di Formia, S. Giovanni Calibita FBF);
- Le Articolazioni Organizzative dei SIMT (San Paolo di Civitavecchia, SS. Trinità di Sora, Santa Scolastica di Cassino, Civile di Anzio, Parodi Delfino di Colferro);
- Le Unità di Raccolta associative.

A tutt'oggi solo le Aree di produzione di Latina e di Viterbo (che non presentano Servizi Trasfusionali afferenti) sono operative così come definito nel DCA 207/2014.

Il mancato completamento della Rete trasfusionale è riconducibile alla carenza di personale e alla difficoltà da parte delle Aziende sedi di Servizi Trasfusionali con Area di Produzione a procedere alle acquisizioni delle apparecchiature necessarie a consentire sia la lavorazione dell'incrementato numero di

unità di sangue che dovrebbero pervenire dai Servizi trasfusionali afferenti che il congelamento del plasma nei tempi e con le modalità previste dalle vigenti disposizioni.

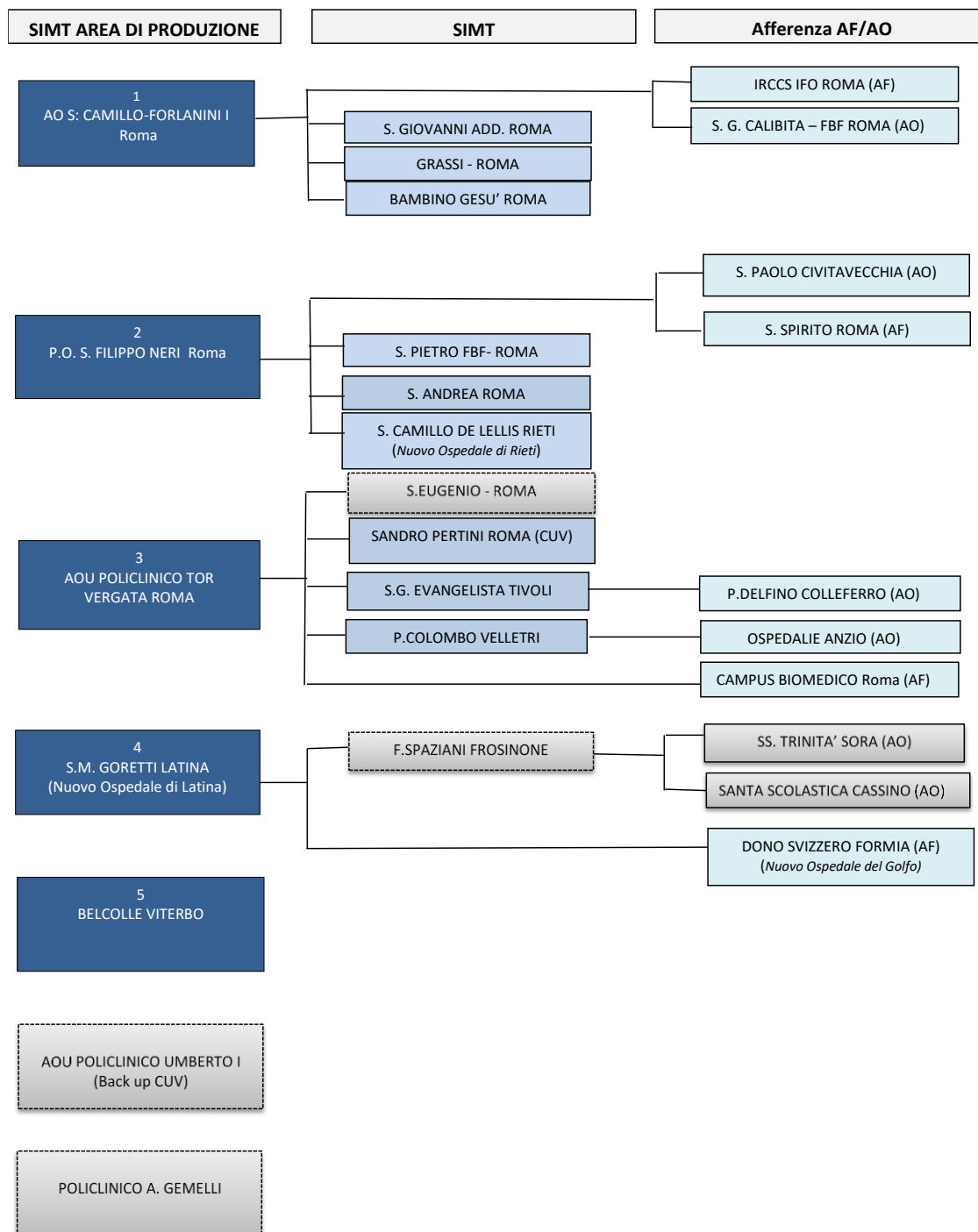
È stata aggiudicata la nuova gara per la plasmaderivazione con la regione Toscana capofila di un nuovo raggruppamento di Regioni (con Lazio, Marche, Campania, Molise e Sanità Militare) finalizzata anche a garantire la massima valorizzazione della donazione, la promozione di un uso appropriato dei farmaci plasmaderivati e una significativa riduzione dei costi di lavorazione. A seguito dell'approvazione del Plasma Master File europeo, che include per la prima volta i centri italiani oggetto dell'accordo Planet e che dimostra la rispondenza anche delle Strutture Trasfusionali della Regione Lazio ai requisiti europei attestando la qualificazione dei prodotti del plasma regionale ai più alti livelli di qualità e sicurezza, è iniziato il conferimento del plasma alla Ditta aggiudicataria a far data dal 16 settembre 2020. Nella medesima data è previsto l'avvio della nuova modalità di gestione del plasma regionale, secondo quanto definito nel "Programma regionale plasma e medicinali plasmaderivati" recepito con Decreto del Commissario ad Acta 30 dicembre 2019, n. U00521 pubblicato sul BUR della Regione Lazio n.9 del 30.01.2020. In base a tale programma il meccanismo di funzionamento del sistema a tariffa prevedrà da parte della Regione (tramite il CRS) la valorizzazione da tariffa alle aziende sanitarie:

- del plasma inviato dalle Strutture Trasfusionali all'Industria della plasmalavorazione come credito;
- dei medicinali plasmaderivati prodotti in conto lavorazione, distribuiti alle farmacie ospedaliere in base alla programmazione annuale concordata con il CRS ed il Servizio Farmaceutico Regionale, come debito.

La Direzione Regionale, inoltre, per il tramite del CRS, promuove, attraverso progetti specifici, la raccolta di plasma da aferesi, reinvestendo le risorse economiche recuperate e derivanti dall'eventuale raggiungimento degli obiettivi del Programma nazionale plasma e medicinali plasmaderivati (DM 2 dicembre 2016, art. 2 comma 5).

Sono state definite le modalità di utilizzo a titolo gratuito delle autoemoteche regionali (gestite dal CRS e autorizzate e accreditate all'esercizio) tra tutti i soggetti partecipanti alla Rete Trasfusionale della Regione Lazio per incrementare le attività di raccolta sangue nel territorio regionale.

**Figura 6.11.1 Rete Trasfusionale**



SIMT: Servizio di Immunoematologia e medicina Trasfusionale – struttura responsabile della raccolta e del controllo del sangue.

CUV: Centro Unico di Validazione biologica SIMT- esami sierologici e screening

AF:Articolazioni Funzionali dei SIMT

AO:Articolazioni Organizzative dei SIMT

## 7. Governo clinico, programma di miglioramento e monitoraggio

Il governo clinico costituisce la metodologia in grado di garantire, attraverso il coinvolgimento attivo e responsabilizzato dei professionisti e l'evoluzione dei processi organizzativi,, l'appropriatezza e il miglioramento continuo della qualità dei servizi erogati.

L'adozione di programmi di miglioramento della qualità e della efficacia clinica costituisce un obiettivo prioritario per le Aziende, che hanno la responsabilità di coinvolgere in progetti trasversali le unità operative di ciascuna struttura sulla base di evidenze riconosciute a livello internazionale e dei percorsi clinici regionali.

Fra gli strumenti per la attuazione del governo clinico, l' "Audit e Feedback" clinico e organizzativo rappresenta una delle principali modalità di valutazione e di implementazione continua della qualità dei servizi attraverso il quale l'organizzazione aziendale promuove e crea le condizioni ottimali di collaborazione e relazione multiprofessionale e multidisciplinare e garantisce una visione d'insieme delle esigenze e una unitarietà dei processi aziendali.

Il Governo clinico del sistema regionale e aziendale utilizza i sistemi informativi al fine di definire il fabbisogno e valutare gli effetti degli interventi previsti, per cui La Regione Lazio, avvalendosi del Dipartimento di Epidemiologia della ASL Roma 1, svolge una sistematica valutazione degli esiti dei servizi sanitari in sinergia con il "Programma Nazionale di valutazione di Esito" (P.N.E), come previsto dalla Legge 189/2012. In Italia, la principale esperienza regionale in tal senso è rappresentata dal "Programma regionale di valutazione degli esiti degli interventi sanitari del Lazio", denominato P.Re.Val.E. Gli indicatori proposti sono documentati da protocolli, con chiara definizione dell'esito di salute in studio (i.e. mortalità a breve termine, ospedalizzazioni per specifiche condizioni etc.). In assenza di esiti diretti di salute disponibili o misurabili in modo valido , P.Re.Val.E. utilizza esiti intermedi o esiti surrogati, che possono essere costituiti, ad esempio, da processi, procedure, tempi. Le misure di P.Re.Val.E. sono utilizzate a supporto di programmi di auditing clinico ed organizzativo che prevedano una prima fase di valutazione della qualità dei dati. Altra peculiarità di tale sistema è rappresentata dalla piena accessibilità dei dati, , in modalità aperta anche ai cittadini, visitando il sito <https://www.dep.lazio.it/prevale2019/index.php#>

Parallelamente agli indicatori del P.Re.Val.E., ulteriori indicatori vengono sviluppati nell'ambito dei gruppi di coordinamento delle diverse reti ed elaborati periodicamente dall'Area Rete Ospedaliera e Specialistica. Riguardo alla rete ospedaliera, vengono calcolati gli indicatori relativi alla performance, appropriatezza e complessità sulle degenze per reparto per acuti di ogni struttura ospedaliera del Lazio, riguardo le reti dell'emergenza e tempo dipendenti, gli indicatori utili, insieme a quelli già calcolati dal P.Re.Val.E., a monitorare il funzionamento delle reti stesse.

Al fine di migliorare le attività di programmazione ad evidenziare precocemente situazioni meritevoli di attenzione, sia riguardo ad un possibile nuovo aumento dell'evento epidemico che rispetto alle altre patologie, in particolare quelle tempo-dipendenti, è necessario disporre di informazioni tempestive, complete ed in grado di cogliere gli elementi informativi essenziali. A tale scopo è stato ridisegnato il monitoraggio riguardante l'attività di pronto soccorso, integrata con alcune informazioni sui ricoveri per valutare il fabbisogno di posti letto. Altro elemento importante sarà quello di monitorare l'efficienza del sistema riguardo alle dimissioni verso setting assistenziali di minore intensità. A tale scopo vengono qui riportati alcuni ambiti di interesse oggetto di monitoraggio:

- accessi in PS/DEA, monitorati rispetto a modalità di accesso, pressione per area territoriale e incidenza dei casi
- esito di consulenze per condizioni di emergenza/urgenza attraverso il sistema regionale Teleadvice;



- ricoveri e trasferimenti da Pronto Soccorso, monitorati per area disciplinare (medica, chirurgica e critica);
- indice di occupazione dei Reparti COVID-19 di degenza o di Terapia Intensiva;
- degenza media diversificata per area di ricovero;
- tempo di attesa per la dimissione ospedaliera verso altri setting assistenziali.

## 8. Umanizzazione e coinvolgimento del cittadino/paziente

Il Servizio Sanitario della Regione Lazio intende perseguire la qualità delle attività svolte in tutti i contesti non solo valutando l'efficacia clinica dei processi di cura, ma anche con la capacità di porre attenzione alle componenti psicologiche e relazionali che caratterizzano l'esperienza del paziente nel suo percorso di assistenza e di cura, e più in generale in ogni momento di contatto fra servizi e cittadino. Nell'intento di centrare il proprio modello di erogazione dell'assistenza sulla persona, appare necessario adottare in ogni contesto iniziative finalizzate alla umanizzazione delle strutture, o scalare le pratiche migliori in grado di coniugare la competenza tecnico-professionale con le necessarie caratteristiche di accoglienza, empatia, accessibilità alle informazioni e comfort. Questi indirizzi presuppongono un'adeguata attenzione alla componente relazionale nella formazione del personale ma anche un contesto che promuova processi assistenziali e organizzativi orientati al rispetto e alla specificità della persona, che curi l'accessibilità fisica degli spazi di cura, la loro vivibilità e la qualità dei servizi alberghieri, nonché di "engagement" del paziente e dei suoi familiari, valorizzando strumenti di miglioramento di co-costruzione come il "patient journey" e la "patient experience". In questo ambito, un importante ruolo propositivo e di diffusione di buone pratiche, in virtù del loro specifico punto di osservazione, viene svolto dalle associazioni e dalla rete del volontariato mobilitate nell'ambito del percorso partecipativo attivato ai sensi della DGR 736/2019 (si veda paragrafo 7.2), in piena aderenza ai requisiti di accreditamento di cui al DCA 469/2017 e, specificatamente del requisito 8 "umanizzazione".

### 8.1 Ospedali che promuovono salute

L'Ospedale si è da sempre caratterizzato come luogo di "risposta" bisogno di cura, con una accezione orientata al massimo al ripristino di uno stato di salute il più possibile vicino a quello precedente, piuttosto come uno dei luoghi nei quali agire per promuovere salute e realizzare interventi di prevenzione, primaria, secondaria e terziaria. La letteratura dimostra invece come pazienti e familiari siano più sensibili alle informazioni su come migliorare la propria salute ricevute durante i percorsi di cura, anche in contesti come quello ospedaliero.

In linea con gli indirizzi regionali per il contrasto delle patologie croniche, l'intento è quello di favorire lo sviluppo di percorsi di prevenzione ed educazione alla salute finalizzati al cambiamento duraturo dei comportamenti a rischio e degli stili di vita scorretti e non salutari, anche nei contesti ospedalieri. Si tratta di percorsi, collegati ove previsto ai PDTA, che richiedono attività di formazione dei professionisti sanitari per la realizzazione di interventi di educazione alla salute e la presa in carico integrata tra i livelli di cura.

Le aree di intervento prioritarie sono:

1. il potenziamento degli interventi di contrasto e prevenzione dell'abitudine al fumo, supportando la realizzazione di un ospedale/azienda libero dal fumo, in linea con il Piano Regionale della Prevenzione (PRP) 2020-2025, di prossima approvazione;
2. il contrasto del fenomeno dell'antimicrobico-resistenza, anche attraverso il potenziamento della formazione sanitaria specifica sull'uso appropriato di antibiotici e la prevenzione delle Infezioni Correlate all'Assistenza (ICA), in linea con le indicazioni nazionali e regionali sul contrasto dell'antimicrobico-resistenza (PNCAR e PRP);
3. il miglioramento delle coperture vaccinali negli operatori sanitari e nei pazienti cronici, fragili e nelle donne in gravidanza, in linea con il DCA di recepimento e con le Circolari regionali applicative del PNPV 2017-19.

Per consentire la *governance* degli interventi di prevenzione realizzati nel setting ospedaliero, si intende promuovere nel Lazio lo sviluppo della **Rete regionale degli "Ospedali che promuovono salute"** (d'ora in avanti rete HPH Lazio - *Health Promoting Hospitals and Health services*).

### **La rete HPH risponde ai seguenti obiettivi:**

- sostenere un approccio basato sulle prove di efficacia per la realizzazione di interventi tesi all'adozione di comportamenti salutari, rivolti a target specifici (es. persone con diabete) e collegati ai PDTA;
- contribuire a migliorare la qualità e sicurezza dell'assistenza, attraverso interventi formativi e informativi rivolti ai professionisti sanitari e agli utenti dei servizi che sostengano l'appropriatezza degli interventi clinico assistenziali, e la corretta valutazione dei profili di beneficio rispetto ai rischi
- valutare i meccanismi generatori di iniquità all'interno delle organizzazioni ospedaliere e promuovere percorsi di Health Equity Audit al fine di garantire condizioni di accesso e modi di fruizione di servizi e percorsi di cura equi e appropriati, rispettosi cioè delle differenti condizioni individuali e di gruppo come le differenze culturali e di genere;
- potenziare gli interventi atti a ridurre le disuguaglianze già dai primi anni di vita anche attraverso la formazione di tutti gli operatori coinvolti nel percorso materno-infantile, sugli interventi di "promozione della salute nei primi 1000 giorni".

La rete HPH prevedrà due livelli di azione:

- 1. A livello Regionale:** la costituzione della Rete regionale HPH Lazio in linea con le indicazioni del PRP 2020-2025;
- 2. A livello Aziendale:** l'adesione alla rete regionale da parte di tutti i presidi ospedalieri/Aziende Sanitarie e Ospedaliere del Lazio.

Nella prospettiva legata agli ospedali come luogo di promozione della salute, merita richiamare il nesso con le azioni che la Regione Lazio ha avviato sui determinanti ambientali e per contribuire ad imprimere una svolta green, alcune basate su specifici interventi realizzabili nelle strutture ospedaliere: tra queste, l'abolizione dei piatti di plastica monouso per i pasti, e la partecipazione attiva al progetto "OSSIGENO", finalizzato alla piantumazione di 6 milioni di nuovi alberi e arbusti autoctoni certificati, uno per ogni abitante della regione, presso le aree verdi di tutti i luoghi pubblici. In particolare si prevede di:

- incentivare la piantumazione di nuovi alberi, nel rispetto dei limiti quantitativi e qualitativi posti dal Codice dei Contratti, per i Presidi sanitari esistenti, nell'ambito dei contratti dei servizi di manutenzione del verde attivi;
- introdurre nei Capitolati speciali d'appalto da porre a base di gara la piantumazione di nuovi alberi come offerta migliorativa, nel rispetto del Codice dei Contratti, per i Presidi a destinazione sanitaria esistenti, nell'ambito dei contratti dei servizi di manutenzione del verde ancora da attivare;
- introdurre una percentuale aggiuntiva di alberi (almeno il 20%) rispetto al numero minimo necessario dettato dai parametri urbanistici per gli ospedali di nuova costruzione, all'interno degli studi di fattibilità relativi alla costruzione degli stessi;
- verificare le modalità amministrative volte a ricomprendere la valutazione delle pertinenze verdi nell'ambito dei criteri di accreditamento delle strutture sanitarie private.

## **8.2 Coinvolgimento e partecipazione del volontariato**

Le attuali politiche in tema di salute sottolineano come il paziente non solo debba essere posto al centro di qualsiasi attività assistenziale e/o di cura, ma debba poter partecipare attivamente alla definizione di tali processi (*patient engagement*).

Già nel decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 e s.m.i. concernente: “Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell’art. 1 della legge 23 ottobre 1992, n. 421” e s.m.i., veniva previsto, all’art. 14, comma 2, quanto segue: “È favorita la presenza e l’attività, all’interno delle strutture sanitarie, degli organismi di volontariato e di tutela dei diritti. A tal fine le unità sanitarie locali e le aziende ospedaliere stipulano con tali organismi, senza oneri a carico del Fondo sanitario regionale, accordi o protocolli che stabiliscano gli ambiti e le modalità della collaborazione, fermo restando il diritto alla riservatezza comunque garantito al cittadino e la non interferenza nelle scelte professionali degli operatori sanitari; le aziende e gli organismi di volontariato e di tutela dei diritti concordano programmi comuni per favorire l’adeguamento delle strutture e delle prestazioni sanitarie alle esigenze dei cittadini” e l’articolo 14 secondo il quale “Per le finalità del presente articolo, le regioni prevedono forme di partecipazione delle organizzazioni dei cittadini e del volontariato impegnato nella tutela del diritto alla salute nelle attività relative alla programmazione, al controllo e alla valutazione dei servizi sanitari a livello regionale, aziendale e distrettuale”.

Tali raccomandazioni sono riportate anche nel “Piano Nazionale per la Cronicità” 2016 che prevede il coinvolgimento delle Associazioni di tutela delle persone con patologia cronica di rilievo nazionale nelle decisioni e iniziative sviluppate a livello nazionale, e il coinvolgimento delle Associazioni di rilievo regionale e aziendale nelle decisioni e iniziative sviluppate a livello regionale e aziendale, nonché la formazione e la qualificazione dei volontari e la loro collaborazione all’empowerment dei pazienti e dei loro familiari nella gestione della malattia cronica e nella identificazione delle criticità dell’assistenza.

La Regione Lazio, recependo tali indicazioni e con l’intento di rafforzare e valorizzare la partecipazione consapevole delle Associazioni di pazienti e utenti alla capacità di risposta delle Aziende e degli Enti del Servizio Sanitario Regionale ai bisogni di salute della popolazione, ha ritenuto necessario promuovere una cultura di engagement in sanità attraverso la partecipazione attiva delle Associazioni di pazienti, familiari e volontari nella redazione e successiva applicazione di documenti tecnico-sanitari. Con la deliberazione del 15 ottobre 2019 n. 736, recante oggetto “Ruolo e strumenti di partecipazione delle organizzazioni dei cittadini nella programmazione e valutazione dei Servizi Sanitari Regionali”, dunque, la Giunta regionale definisce un **“Participation Act”** per la promozione della partecipazione delle organizzazioni di tutela dei pazienti e dei loro familiari nella programmazione e valutazione dei servizi sanitari regionali.

Vista, inoltre, l’attuale normativa che disciplina l’attività di volontariato in ambito sanitario, tra cui:

- il Decreto del Commissario ad Acta del 6 ottobre 2014 n. U00311, recante "Linee guida per l'elaborazione della Carta dei Servizi Sanitari delle Aziende e Strutture Sanitarie della Regione Lazio" secondo il quale le Aziende sanitarie locali, nell’individuare diritti e doveri dei cittadini devono fare particolare riferimento alla Carta Europea dei diritti del malato;
- la legge regionale 28 giugno 1993, n. 29, recante “Disciplina dell’attività di volontariato nella Regione Lazio”;
- la legge regionale 1 settembre 1999, n. 22, recante “Promozione e sviluppo dell’associazionismo nella Regione Lazio”;
- la legge del 6 giugno 2016, n. 106, recante “Delega al Governo per la riforma del Terzo settore, dell’impresa sociale e per la disciplina del servizio civile universale”;
- il decreto legislativo del 3 luglio 2017, n. 112, concernente “Revisione della disciplina in materia di impresa sociale, a norma dell’articolo 2, comma 2, lettera c) della legge 6 giugno 2016, n. 106.

È stato individuato il modello partecipativo regionale, con l’istituzione di una Cabina di regia, presso la Direzione Salute della Regione Lazio, per il confronto tra la Regione e le organizzazioni di rappresentanza dei pazienti e di associazionismo civico, sulle politiche e le iniziative regionali, con l’attivazione di tavoli dedicati a tematiche e patologie specifiche con la partecipazione di rappresentanti dei professionisti, delle Società scientifiche e di altri portatori di interesse. Sono stati individuati dei Gruppi di partecipazione attiva a cui

aderiscono liberamente le organizzazioni in rappresentanza dei pazienti affetti da malattie incluse nei seguenti raggruppamenti:

- malattie autoimmuni e reumatologiche
- malattie rare
- diabete e malattie metaboliche ed endocrinologiche
- malattie cardiocircolatorie
- malattie respiratorie
- malattie oncologiche ed onco-ematologiche
- malattie neurologiche e neurodegenerative
- malattie renali croniche
- malattie croniche trasmissibili
- malattie psichiatriche, neuropsichiatriche infantili e dipendenze patologiche.

I rappresentanti dei Gruppi di partecipazione attiva, designati dai Gruppi stessi in ragione degli argomenti trattati, prendono parte ai tavoli di lavoro istituiti o da istituire nell'ambito della Direzione regionale Salute e Integrazione Socio-sanitaria per l'adozione di misure, l'avvio di attività e per la predisposizione di documenti e atti regionali in materie riguardanti i pazienti e i loro familiari.

Alle organizzazioni che intendano partecipare ai suddetti Gruppi è richiesto di essere registrate in Italia o in Europa e operative nel territorio regionale, iscritte al Registro unico nazionale del terzo settore (RUNTS), che pazienti e loro caregiver rappresentino la maggioranza degli iscritti, che gli organi direttivi siano democraticamente eletti dagli iscritti e che rendano pubblici i finanziamenti ricevuti ([http://www.regione.lazio.it/rl\\_sanita/?vw=contenutiDettaglio&cat=1&id=366](http://www.regione.lazio.it/rl_sanita/?vw=contenutiDettaglio&cat=1&id=366)).

Tale modello sarà sostenuto per tutte le Aziende e agli Enti del Servizio Sanitario Regionale, a livello locale, attraverso il coinvolgimento delle Associazioni di pazienti e dei cittadini presenti nei diversi territori, con comprovata esperienza nel settore, per la loro partecipazione a gruppi di lavoro volti alla definizione, validazione e valutazione dei Percorsi Diagnostico Terapeutico Assistenziali (PDTA), progetti ed iniziative poste in essere.

## 9. Interventi di programmazione 2021-23

- Implementazione dell'offerta nelle ASL delle Provincie e dell'Area metropolitana:
  - ammodernamento di Ospedale del Golfo, Ospedale di Latina, Ospedale della Tiburtina, Ospedale di Rieti, Ospedale di Amatrice, Ospedale di Acquapendente
  - implementazione del ruolo nella Rete di Emergenza del PO Santa Maria Goretti (Nuovo Ospedale di Latina) e del PO Spaziani di Frosinone e del PO SS. Trinità di Sora;
  - implementazione del ruolo nella Rete Ictus dei PO di Belcolle Viterbo e Santa Maria Goretti di Latina e del PO dei Castelli di Ariccia;
  - attivazione di due posti letto di Terapia Intensiva Neonatale presso il PO Spaziani di Frosinone.
  
- Evoluzione dell'offerta nelle Reti di patologia tempo-dipendenti e non tempo-dipendenti:
  - adeguamento a DEA II dell'AOU Policlinico Tor Vergata, del PO Santa Maria Goretti e del PO Spaziani di Frosinone;
  - aumento dei posti letto dedicati alla Rete Ictus con attivazione UTN presso il PO S. Filippo Neri, PO S. Maria Goretti-Latina e PO Dei Castelli di Ariccia;
  - definizione del ruolo vicariante per l'attività di trombectomia meccanica degli Ospedali San Giovanni Addolorata, S. Andrea, PO Santa Maria Goretti, Belcolle Viterbo sotto il coordinamento degli Ospedali sede di UTN II;
  - attivazione del reparto di psichiatria SPDC presso il Policlinico Agostino Gemelli
  - implementazione della Rete di Emergenza Pediatrica della disponibilità di funzioni negli Hub Policlinico Umberto I, San Camillo, Policlinico Gemelli relative ad attività di chirurgia, cardiocirurgia, neurochirurgia e terapia intensiva pediatrica;
  - riorganizzazione della rete di terapia intensiva;
  
- Organizzazione Rete Oncologica Regionale
  
- Revisione dei percorsi assistenziali:
  - revisione del Piano di sovraffollamento (DCA U00453/2019) in relazione alla definizione piano pandemico e all'inserimento delle strutture dedicate all'emergenza pediatrica;
  - revisione dei provvedimenti regionali relativi all'Osservazione Breve Intensiva (OBI), secondo le Linee guida dedicate del 1° agosto 2019;
  - pubblicazione del Piano di Rete cardiologica tempo-dipendente;
  - redazione del Piano di Rete Emergenza Pediatrica secondo le Linee guida per la revisione delle reti cliniche e le linee di indirizzo per la promozione ed il miglioramento della qualità, della sicurezza e dell'appropriatezza degli interventi assistenziali in area pediatrico-adolescenziale (Accordo Stato Regioni del 21.12.2017);
  - redazione di un piano per l'assistenza a pazienti in età pediatrica in caso di maxiemergenza, con l'identificazione dei centri di afferenza dei pazienti secondo un gradiente età-gravità clinica;
  - piano di rete per la gestione in pronto soccorso e il ricovero di persone con patologia psichiatrica e/o disturbi comportamentali, inclusa la neuropsichiatria infantile;
  - redazione di piani di rete di alta specialità (chirurgia vascolare, chirurgia toracica, endoscopia di II livello);
  - revisione del piano di Rete della Chirurgia della mano;
  - aggiornamento nei piani di Rete dei criteri di centralizzazione primaria da parte del sistema di emergenza-urgenza territoriale ARES 118;
  
- Revisione della dotazione di Health Technology;
  
- Interventi del Centro Regionale Sangue;

- Conseguimento dell'autosufficienza di sangue ed emoderivati non solo con l'incremento della raccolta, ma soprattutto con la riduzione del consumo tramite i programmi di Patient Blood Management (PBM)
  - Revisione della Rete Trasfusionale regionale e del Piano Regionale Sangue
  - Adozione del nuovo sistema informativo unico trasfusionale da estendere a tutti le Strutture trasfusionali regionali
- Interventi del Centro Regionale Trapianti
- Piano Regionale per l'incremento delle donazioni di organo;
  - Revisione del Piano Regionale per il trapianto da vivente

## 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

<b>M</b>	Area Medica
<b>C</b>	Area Chirurgica
<b>AC</b>	Area Critica
<b>MIP</b>	Area Materno Infantile Pediatrica
<b>PA</b>	Post Acuzie

### Legenda Box Ruolo nella Rete

<b>Rete emergenza</b>	PS; PS-SPEC; DEA I livello; DEA II livello
<b>Rete perinatale</b>	I = I livello Accordo Stato-Regioni 16/12/2010 II = II livello Accordo Stato-Regioni 16/12/2010 (presenza di TIN)
<b>Rete pediatrica</b>	<i>Hub</i> = Centro di riferimento per emergenza pediatrica medica e/o chirurgica <i>Spoke</i> = PS/DEA in Istituto con reparto di pediatria
<b>Rete cardiologica/ cardiochirurgica</b>	C = Cardiologia/UTIC E = Cardiologia/UTIC con servizio di emodinamica E+CC = Cardiologia/UTIC con servizio di emodinamica e Cardiochirurgia CC = Supporto alla rete cardiochirurgica
<b>Rete ictus</b>	UTN I = Unità di Trattamento Neurovascolare di I livello ( <i>Spoke</i> ) UTN II = Unità di Trattamento Neurovascolare di II livello ( <i>Hub</i> )
<b>Rete trauma</b>	PST = Presidio di Pronto Soccorso per Traumi ( <i>Spoke</i> di I Livello) CTZ = Centro Traumi di Zona ( <i>Spoke</i> di II Livello) CTS = Centro Traumi di Alta Specializzazione ( <i>Hub</i> )