

## PARTE I

### ATTI DEL PRESIDENTE DELLA REGIONE LAZIO

DECRETO DEL PRESIDENTE IN QUALITÀ DI COMMISSARIO AD ACTA 31 dicembre 2010, n. 111.

**Decreto del Commissario ad Acta n. 87/2009 recante «Approvazione Piano Sanitario Regionale (PSR) 2010-2012». Integrazioni e modifiche.**

#### LA PRESIDENTE

##### In Qualità di Commissario Ad Acta

VISTO lo Statuto della Regione Lazio;

VISTA la L.R. 18 febbraio 2002, n.6 e successive modificazioni ed integrazioni;

VISTO il R.R. 6 settembre 2002, n.1 e successive modificazioni ed integrazioni;

VISTA la Deliberazione del Consiglio dei Ministri del 23 aprile 2010, con la quale il Presidente della Regione Lazio, Renata Polverini, è stata nominata Commissario ad Acta per la realizzazione degli obiettivi di risanamento finanziario previsti nel piano di rientro dai disavanzi regionali nel settore sanitario;

VISTO che la citata Deliberazione del Consiglio dei Ministri prevede, in capo al Commissario ad Acta l'attuazione delle linee di intervento già previste dal Piano di rientro ed, in particolare al punto h), il riassetto della rete ospedaliera con adeguati interventi per la dismissione/riconversione dei presidi non in grado di assicurare adeguati profili di efficienza e di efficacia e revoca degli accreditamenti per le corrispondenti strutture private accreditate;

DATO ATTO, altresì, che con delibera del Consiglio dei Ministri del 17 ottobre 2008 il dr. Mario Morlacco è stato nominato Sub Commissario per l'attuazione del Piano di Rientro della Regione Lazio, con il compito di affiancare il Commissario ad Acta nella predisposizione dei provvedimenti da assumere in esecuzione dell'incarico commissariale di cui alla deliberazione del Consiglio dei Ministri dell'11 luglio 2008;

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

VISTO l'art. 8 quater, comma 8 del citato D.Lgs. 502/92 il quale prevede che in presenza di una capacità produttiva superiore al fabbisogno determinato in base ai criteri di cui al comma 3), lettera b), le regioni e le unità sanitarie locali attraverso gli accordi contrattuali di cui all'art. 8 quinquies, sono tenute a porre a carico del Servizio sanitario nazionale un volume di attività comunque non superiore a quello previsto dagli indirizzi della programmazione nazionale. In caso di superamento di tale limite, ed in assenza di uno specifico e adeguato intervento integrativo ai sensi dell'articolo 13, si procede con le modalità di cui all'articolo 28 commi 9 e seguenti della legge 23 dicembre 1998, n. 448 alla revoca dell'accredito della capacità produttiva in eccesso, in misura proporzionale al concorso a tale superamento apportato dalle strutture pubbliche equiparate, dalle strutture private non lucrative e lucrative;

VISTA la legge 23 dicembre 1996, n. 662, recante “Misure di razionalizzazione della finanza pubblica”;

VISTO il Decreto Legislativo 21 dicembre 1999, n. 517 recante oggetto “Disciplina dei rapporti fra Servizio sanitario nazionale ed università, a norma dell'articolo 6 della legge 30 novembre 1998, n. 419”;

VISTO il Decreto 27 ottobre 2000, n.380 “Regolamento recante norme concernenti l'aggiornamento della disciplina del flusso informativo sui dimessi dagli istituti di ricovero pubblici e privati”, pubblicato sulla G.U. Serie Generale n. 295 del 19 dicembre 2000;

VISTO il D.P.C.M. 24 maggio 2001 “Linee guida concernenti i protocolli di intesa da stipulare tra regioni e università per lo svolgimento delle attività assistenziali delle università nel quadro della programmazione nazionale e regionale ai sensi dell'art. 1, comma 2, del D.Lgs. 21 dicembre 1999, n. 517. Intesa, ai sensi dell'art. 8 della L. 15 marzo 1997, n. 59” ed in particolare l'articolo 3;

VISTO il DPCM 29 novembre 2001 e s.m.e i., con il quale sono stati definiti i livelli essenziali di assistenza (LEA);

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

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

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

VISTA la legge finanziaria del 23 dicembre 2006, n.296 art.1, comma 796 lettera “B”, che recita “(omissis) Gli interventi individuati dai programmi operativi di riorganizzazione, qualificazione o potenziamento del Servizio Sanitario Regionale, necessari per il perseguimento dell'equilibrio economico, nel rispetto dei livelli essenziali di assistenza, oggetto degli accordi di cui all'articolo 1, comma 180, della legge 30 dicembre 2004, n. 311, e successive modificazioni, come integrati dagli

accordi di cui all'articolo 1, commi 278 e 281, della legge 23 dicembre 2005, n. 266, sono vincolanti per la regione che ha sottoscritto l'accordo e le determinazioni in esso previste possono comportare effetti di variazione dei provvedimenti normativi ed amministrativi già adottati dalla medesima regione in materia di programmazione sanitaria. (omissis)";

VISTA la Legge del 6 agosto 2008, n. 133 "Conversione in legge, con modificazioni, del decreto-legge 25 giugno 2008, n. 112, recante disposizioni urgenti per lo sviluppo economico, la semplificazione, la competitività, la stabilizzazione della finanza pubblica e la perequazione tributaria" ed in particolare l'art. 79 recante "Programmazione delle risorse per la spesa sanitaria";

VISTO il nuovo Patto per la Salute sancito in Conferenza Stato – Regioni il 3 dicembre 2009 con il quale, all'art. 13, comma 14 è stato stabilito che per le Regioni già sottoposte ai piani di rientro e già commissariate all'entrata in vigore delle norme attuative del medesimo patto restano fermi l'assetto commissariale previgente per la prosecuzione del piano di rientro, secondo programmi operativi coerenti con gli obiettivi finanziari programmati, predisposti dal Commissario ad Acta, nonché le relative azioni di supporto contabile e gestionale;

CONSIDERATO che il nuovo Patto per la Salute 2010-2012 prevede la necessità per le Regioni di adottare misure di razionalizzazione della rete ospedaliera e di miglioramento dell'appropriatezza nel ricorso ai ricoveri ospedalieri ed in particolare, all'articolo 6, la riduzione dello standard dei posti letto ospedalieri accreditati ed effettivamente a carico del Servizio Sanitario Regionale, non superiore a 4 posti letto per mille abitanti, comprensivi di 0,7 posti letto per mille abitanti per la riabilitazione e la lungodegenza post-acuzie, adeguando coerentemente le dotazioni organiche dei presidi ospedalieri pubblici;

VISTA la Legge 13 dicembre 2010, n. 220, recante "Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato (legge di stabilità 2011)";

VISTA la L.R. 3 marzo 2003, n. 4 "Norme in materia di autorizzazione alla realizzazione di strutture e all'esercizio di attività sanitarie e socio – sanitarie, di accreditamento istituzionale e di accordi contrattuali", e successive modificazioni ed integrazioni;

VISTA la L.R. 28 dicembre 2006, n.27 "Legge finanziaria regionale per l'esercizio 2007 (art.11, L.R. 20 novembre 2001, n.25)" e, in particolare, l'art. 8 concernente le misure di attuazione del patto nazionale sulla salute;

VISTA la L.R. 10 Agosto 2010, n. 3 "Assestamento del bilancio annuale e pluriennale 2010-2012 della Regione Lazio" Art. 1, commi da 18 a 26 – "Disposizioni per l'accreditamento istituzionale definitivo delle strutture sanitarie e socio-sanitarie private"

VISTA la DGR n. 424 del 14 luglio 2006: "Legge Regionale 3 marzo 2003 n. 4 "Requisiti minimi per il rilascio delle autorizzazioni all'esercizio di attività sanitarie per strutture sanitarie e socio sanitarie" e s.m.e.i.;

VISTA la DGR n.66 del 12 febbraio 2007 concernente: "Approvazione del Piano di Rientro per la sottoscrizione dell'Accordo tra Stato e Regione Lazio ai sensi dell'art.1, comma 180, della Legge 311/2004";

VISTA la DGR n.149 del 6 marzo 2007 avente ad oggetto: "Presenza d'atto dell'Accordo Stato Regione Lazio ai sensi dell'art. 1, comma 180, della legge n. 311/2004, sottoscritto il 28 febbraio 2007. Approvazione del Piano di Rientro" ed in particolare gli obiettivi:

- 1.1.2 Definizione dei requisiti per l'autorizzazione
- 1.1.3 Modalità e termini per l'adeguamento ai requisiti autorizzativi
- 1.1.4 Ulteriori requisiti per l'accreditamento
- 1.2.2 Ridimensionamento di reparti con bassa performance organizzativa.
- 1.2.4 Riorganizzazione della rete ospedaliera e separazione dei percorsi tra l'emergenza urgenza e l'elezione
- 1.2.5 Organizzazione delle prestazioni di alta specialità secondo il modello basato su centri di riferimento e strutture satellite

VISTO il Decreto del Commissario ad Acta n. 87/2009 recante "Approvazione Piano Sanitario Regionale (PSR) 2010 – 2012";

VISTO il parere ministeriale n. 197-P del 14/05/2010 con il quale sono stati richiesti chiarimenti, integrazioni e modifiche al Piano Sanitario Regionale 2010-2012;

VISTO il Decreto del Commissario ad Acta n. 82/2010 recante "Chiarimenti, integrazioni e modifiche al Piano Sanitario Regionale 2010 – 2012 di cui al Decreto del Commissario ad Acta n. 87/2009" con il quale è stato rielaborato il Piano Sanitario Regionale 2010-2012 secondo le indicazioni e osservazioni ministeriali;

VISTO il Decreto del Commissario ad Acta n. 80/2010 e s.m. e i. recante "Riorganizzazione della Rete Ospedaliera Regionale"

VISTO il Decreto del Commissario ad Acta n. 90/2010 recante "Approvazione di: "Requisiti minimi autorizzativi per l'esercizio delle attività sanitarie e socio sanitarie" (All. 1), "Requisiti ulteriori per l'accreditamento" (All. 2), "Sistema Informativo per le Autorizzazioni e gli Accredamenti delle Strutture Sanitarie (SAAS) – Manuale d'uso" (All. 3). Adozione dei provvedimenti finalizzati alla cessazione degli accreditamenti provvisori e avvio del procedimento di accreditamento definitivo ai sensi dell'art. 1, commi da 18 a 26 (Disposizioni per l'accreditamento istituzionale definitivo delle strutture sanitarie e socio-sanitarie private), Legge Regionale 10 Agosto 2010, n. 3";

VISTO il Decreto del Commissario ad Acta n. 101/2010 "Revoca parziale, contestuale sostituzione c/o integrazione al Decreto del Commissario ad Acta n. U0048/2009 "Integrazione e modifica dei requisiti di cui alla D.G.R. 424/2006" (ALL.1); "Ridefinizione dell'offerta complessiva di posti letto nelle Case di Cura Neuropsichiatriche e valorizzazione delle nuove tariffe"(ALL.2)";

VISTO il Decreto del Commissario ad Acta n. 104/2010 recante "Individuazione ed assegnazione, ai sensi dell'articolo 3 bis, comma 5, del d.lgs. 30 dicembre 1992, n. 502, dei criteri generali per la valutazione dell'attività dei Direttori generali e degli obiettivi da assegnare agli stessi, nell'ambito del Piano di rientro del disavanzo sanitario, per il periodo 1° gennaio/31 dicembre 2011";

VISTO il verbale della riunione congiunta del Tavolo Tecnico per la verifica degli adempimenti regionali con il Comitato Permanente per la verifica dei Livelli Essenziali di Assistenza - riunioni del 13 e 26 ottobre 2010 - il quale, nelle conclusioni specifica che "il Piano Sanitario Regionale, non risulta, per alcuni aspetti di dettaglio, coordinato con il Piano Ospedaliero";

VISTO il parere del Ministero della Salute e del Ministero dell'Economia e delle Finanze prot. N. Lazio-DGPROG-10/12/2010-000400-P del 10 dicembre 2010 relativo al citato Decreto n. 80/2010 con il quale, tra l'altro, viene richiesto un coordinamento tra il Piano Sanitario Regionale ed il Piano Ospedaliero;

ATTESA la necessità di provvedere alla modifica del Piano Sanitario Regionale tenendo conto delle indicazioni ministeriali;

CONSIDERATA inoltre, la necessità di procedere ad un aggiornamento del citato documento "Piano Sanitario Regionale" che, nel recepire le indicazioni ministeriali, tenga conto di quanto disposto dai decreti di riordino della rete ospedaliera e degli altri atti programmatori regionali;

TENUTO CONTO dell'esito degli incontri tecnici intercorsi tra Struttura Commissariale, Direzione Regionale Programmazione e Risorse del SSR e Laziosanità ASP;

VISTA la nota prot. N. 18084/ASP/DG del 29 dicembre 2010 di Laziosanità ASP con la quale viene trasmesso alla Regione Lazio il documento di Piano Sanitario Regionale 2010-2012 modificato secondo le sopracitate indicazioni ministeriali che, unitamente all' Allegato 1-2, forma parte integrante e sostanziale del presente atto;

CONSIDERATO che il presente atto ha carattere programmatico e a contenuto generale ai sensi dell'art. 3 e 13 della Legge n. 241 del 7 agosto 1990 recante oggetto "Nuove norme in materia di procedimento amministrativo e di diritto di accesso ai documenti amministrativi";

#### **DECRETA**

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

di approvare gli allegati documenti "Piano Sanitario Regionale" e Allegato 1-2" che formano parte integrante del presente provvedimento;

di sostituire l'Allegato "A" del Decreto del Commissario ad Acta n. U0087/2009 con l' Allegato "Piano Sanitario Regionale 2010-2012" e gli "Allegato 1-2" facenti parte integrante e sostanziale del presente decreto;

di prevedere, ai sensi di quanto previsto dall'articolo 1, comma 796, lettera b) Legge 296/2006, che le determinazioni contenute nel presente PSR possono comportare effetti di variazione dei provvedimenti normativi ed amministrativi già adottati dalla medesima Regione in materia di programmazione sanitaria;

le disposizioni di cui al presente decreto costituiscono obiettivi prioritari ai fini della valutazione dei Direttori Generali delle Aziende .

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

*La Presidente*  
Renata POLVERINI



REGIONE  
LAZIO

# **Piano Sanitario Regionale 2010-2012**

## **Allegati**

La seguente tabella riporta l'offerta di prestazioni ambulatoriali, relative all'anno 2008, effettuate entro i limiti di budget definiti dalla Regione Lazio per ciascuna struttura erogatrice.

Volumi di prestazioni ambulatoriali erogate entro budget nell'anno 2008 ai residenti della Regione Lazio per branca specialistica e Asl di residenza (esclusi APA, PAC e pacchetto V5c.A di DIALISI)

BRANCA	RMA	RMB	RMC	RMD	RME	RMF	RMG	RMH	VT	RI	LT	FR	TOTALE
00 Laboratorio Analisi - Radiodiagnostica	5.394.268	7.675.628	5.887.549	5.491.130	5.689.330	2.678.692	4.031.902	4.831.939	2.631.151	1.425.481	4.807.623	4.499.852	55.044.545
05 Chirurgia Vascolare - Angiologia	37.880	57.495	52.925	56.182	42.190	16.300	17.279	23.274	5.048	10.799	21.874	17.320	357.866
08 Cardiologia	161.011	286.334	198.789	173.637	180.640	87.733	137.365	149.553	97.704	48.495	147.065	110.967	1.779.294
09 Chirurgia generale	35.153	61.644	42.796	33.825	33.668	16.462	34.524	36.805	18.846	16.176	38.087	25.444	393.430
12 Chirurgia Plastica	9.405	14.811	13.128	13.737	6.220	2.858	7.196	6.958	3.256	1.121	6.004	3.411	88.105
15 Medicina dello Sport	2.980	5.046	6.461	5.459	6.985	6.271	9.085	10.462	5.383	108	6.709	3.668	68.617
19 Endocrinologia	22.464	46.532	36.991	40.185	20.350	11.992	39.433	24.764	37.869	6.349	16.219	20.101	323.249
29 Neurologia	25.024	57.982	38.287	72.202	28.265	46.779	33.158	53.233	41.349	37.357	14.588	53.498	501.722
30 Neurochirurgia	2.263	5.561	2.728	4.264	2.448	1.255	1.972	1.894	1.062	212	1.743	743	26.145
32 Neurologia	60.036	112.270	86.635	81.324	80.513	30.321	55.299	69.475	57.177	21.226	40.641	42.586	737.503
34 Oculistica	92.338	163.299	131.422	124.314	109.477	51.060	88.968	87.460	36.564	30.971	83.321	58.796	1.057.990
35 Odontostomatologia - Chirurgia maxillo-facciale	47.456	86.007	45.816	55.077	44.683	28.071	31.557	30.256	18.114	12.846	25.903	21.491	446.277
36 Ortopedia e Traumatologia	65.938	104.651	92.601	79.334	62.549	31.443	52.791	67.873	39.734	21.549	64.434	45.537	728.434
37 Ostetricia e Ginecologia	42.135	120.044	56.584	63.594	67.682	25.332	35.587	39.546	26.125	11.888	55.133	38.798	582.448
38 Otorinolaringoiatria	57.542	96.178	77.748	84.145	71.208	26.298	41.491	43.490	31.069	18.092	50.334	36.867	634.462
40 Psichiatria	23.994	28.546	35.586	18.452	27.063	12.120	15.257	32.271	14.524	8.806	60.952	27.314	304.885
43 Urologia	22.985	40.233	28.522	21.889	18.628	10.272	16.128	19.407	9.203	9.386	16.488	22.109	235.250
52 Dermosifilopatia	65.350	104.818	84.569	79.928	62.686	40.095	41.947	68.209	37.885	11.812	68.693	38.428	703.420
56 Medicina Fisica e Riabilitazione	1.456.762	1.378.891	1.220.539	892.889	648.110	105.643	1.165.745	647.086	215.053	176.870	483.992	253.364	8.644.944
58 Gastroenterologia - Chirurgia ed Endoscopia Digestiva	34.044	59.840	34.675	32.378	35.694	16.024	22.579	27.690	16.474	11.539	22.379	27.108	340.424
58 Diagnostica per immagini - Medicina Nucleare	21.649	28.562	22.676	22.765	19.909	9.205	14.934	19.087	7.879	2.759	16.923	14.135	200.483
64 Oncologia	14.612	19.583	16.610	15.847	13.247	6.195	12.332	14.458	7.884	7.931	19.377	15.026	163.102
68 Pneumologia	22.301	45.465	29.766	27.746	30.050	15.391	18.382	25.098	12.025	11.292	26.540	14.698	278.754
68 Diagnostica per immagini - Radiologia Diagnostica	315.900	525.824	393.178	353.665	359.673	168.947	249.957	279.482	178.752	87.789	261.032	226.768	3.400.967
70 Radioterapia	52.771	73.788	67.194	53.955	54.209	25.731	41.660	30.367	33.987	15.439	32.847	12.234	494.182
79 Risonanza Magnetica Chirurgia ambulatoriale e diagnostica	28.906	43.110	38.638	40.248	31.849	19.406	26.823	24.999	16.753	6.162	26.546	28.956	332.396
80 invasiva	579	600	511	388	591	399	264	277	73	55	319	237	4.293
82 Anestesia	3.670	10.715	8.428	5.753	3.223	1.213	2.153	4.776	2.257	949	1.937	1.295	46.369
99 Altro	122.186	287.079	143.316	109.681	159.783	57.681	70.168	83.801	15.451	24.775	105.294	117.501	1.296.716
<b>TOTALE AMBULATORIALE</b>	<b>8.241.602</b>	<b>11.539.536</b>	<b>8.894.668</b>	<b>8.052.993</b>	<b>7.970.923</b>	<b>3.548.189</b>	<b>6.315.936</b>	<b>6.753.990</b>	<b>3.618.651</b>	<b>2.038.235</b>	<b>6.522.997</b>	<b>5.776.252</b>	<b>79.215.972</b>

Fonte dati: Lancasità -ASP- SIAS (elaborazioni del 02/12/2009)



Nell'orientamento della programmazione sulla base di questi dati, occorrerà tenere in conto anche la mobilità attiva non inclusa nelle stime prodotte che esprime la richiesta di ricovero di pazienti residenti in altre regioni in particolare per l'attività di ricovero offerta dalle strutture del Lazio che istituzionalmente hanno valenza sovra regionale.

Tabella A

Fabbisogno posti letto per acuti per disciplina. Popolazione 1/1/2009																
COD	SPECIALITA' DI RICOVERO PER ACUTI	posti letto		Fabbisogno p.l. per residenti - Popolazione 1/1/2009												
		NSIS 1/1/2009 LAZIO*	Fabbisogno Lazio	RMA	RMB	RMC	RMD	RME	RMF	RMG	RMH	VT	RJ	LT	FR	
6	CARDIOCHIRURGIA PEDIATRICA	22	10	10												
7	CARDIOCHIRURGIA	168	153	153												1
8	CARDIOLOGIA	907	885	84	105	91	87	85	45	70	78	53	28	80	79	
9	CHIRURGIA GENERALE	3084	2597	236	313	259	259	245	136	213	236	151	78	241	230	
10	CHIRURGIA MAXILLO FACCIALE	87	50	50												3
11	CHIRURGIA PEDIATRICA	116	59	59												
12	CHIRURGIA PLASTICA	169	88	88												
13	CHIRURGIA TORACICA	76	53	53												
14	CHIRURGIA VASCOLARE	245	201	19	24	21	20	19	10	16	17	12	7	18	18	
18/66	EMATOLOGIA E ONCOEMATOLOGIA	351	311	27	39	30	31	29	17	26	29	17	8	30	28	
19	MALAT. ENDOC. DEL RICAMBIO E DELLA NUTRIZ	208	66	66												
21	GERIATRIA	311	427	43	50	45	42	42	21	32	35	26	13	38	40	
24	MALATTIE INFETTIVE E TROPICALI	540	464	39	57	44	47	42	25	40	45	26	13	46	40	
26	MEDICINA GENERALE	3405	3396	324	401	352	336	329	172	269	295	204	108	303	303	
29/48	NEFROLOGIA E TRAPIANTI RENE	266	175	16	21	17	18	16	9	14	16	10	6	16	16	
30/76	NEUROCHIRURGIA	331	221	221												6
32	NEUROLOGIA	338	312	28	38	30	31	30	16	26	29	18	9	29	28	
33	NEUROPSICHIATRIA INFANTILE	87	51	51												
34	OCULISTICA	401	227	21	27	24	23	22	11	18	20	13	7	21	20	
35	ODONTOSTOMATOLOGIA	40	22	22												
36	ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA	2009	2017	183	243	201	200	191	106	165	184	117	60	188	179	
37	OSTETRICIA E GINECOLOGIA	1541	1302	108	171	122	136	126	72	111	131	64	31	125	105	
38	OTORINOLARINGOIATRIA	472	405	34	50	38	41	37	22	35	39	22	11	40	36	
39	PEDIATRIA	519	429	32	54	38	43	38	25	39	45	22	11	44	38	
43	UROLOGIA	602	557	52	66	56	55	53	29	45	50	33	17	51	50	
49	TERAPIA INTENSIVA	485	557	557												9
50	UTIC	236	281	281												10
51	OSSERVAZIONE BREVE	370	396	396												
52	DERMATOLOGIA	322	124	124												

Segue

- diffusione delle conoscenze scientifiche e sviluppo delle competenze organizzative.

Il Dipartimento, in sostanza, è un'aggregazione di Unità operative omogenee, affini o complementari fra loro, collegabili sul piano operativo, le quali perseguono comuni finalità e sono tra loro interdipendenti, pur mantenendo la propria autonomia e responsabilità organizzativa, gestionale e professionale.

*b) Forme alternative di assistenza*

Nella regione Lazio sono state avviate forme alternative di assistenza finalizzate a favorire il processo di deospedalizzazione aggiuntive o alternative a classici ricoveri diurni, capaci di semplificare l'accesso ai percorsi assistenziali, garantendone la continuità e la razionalità delle modalità erogative.

Conseguentemente possono individuarsi modelli organizzativi quali Day hospital, Day surgery, Day service - per consentire l'erogazione di pacchetti di prestazioni ambulatoriali complesse (PAC) - e modelli funzionali quali il Week hospital.

**STANDARD DI POSTI LETTO NELLE STRUTTURE PUBBLICHE**

L'attivazione e/o il mantenimento delle strutture complesse deve rispondere a soglie operative predefinite in termini di posti letto, prestazioni e attività. Per quanto riguarda i posti letto sono individuate, di norma, le seguenti dotazioni quali soglie minime per il funzionamento delle stesse unità operative, fermo restando la possibilità di individuare posti letto indistinti nei dipartimenti organizzati su livelli di intensità di cura:

- 6 p.l. unità operative di terapia intensiva/rianimazione
- 8 p.l. per le UTIN inclusi i posti di sub intensiva (il numero di P.L. di sub intensiva deve essere pari a quello dei p.l. di intensiva DCA 56/2010, DCA 90/2010) ;
- 20 p.l. per le unità operative delle discipline di base, medicina interna, chirurgia generale, ortopedia e traumatologia, ginecologia e ostetricia, fatta eccezione per la pediatria in quanto caratterizzata da attività che possono essere gestite attraverso forme di assistenza alternative al ricovero: ambulatorio, day hospital ecc.;
- 14 p.l. unità operative psichiatria;
- 14 p.l. per le unità operative delle discipline a bacino di utenza intermedio fatta eccezione:
  - 1) per la oftalmologia, ORL, oncologia, reumatologia e la nefrologia in quanto caratterizzate da attività che possono essere gestite attraverso forme di assistenza alternative al ricovero, per la neonatologia in quanto i posti letto devono essere modulati in ragione della attività della U.O. di ostetricia e ginecologia;
  - 2) 10 p.l. per le discipline a bacino di utenza regionale o di macroarea, fatta eccezione per la dermatologia e allergologia e immunologia per le quali il minimo di posti letto sarà individuato nel provvedimento di approvazione del nuovo piano ospedaliero;
- 12 p.l. per cardiologia – UTIC.

La presenza di UU.OO. della stessa disciplina nel medesimo ospedale dovrà essere giustificata dalla specializzazione e differenziazione della attività svolte nel rispetto del numero di posti letto definiti sopra.

Nei casi sopra descritti di posti letto indistinti nei dipartimenti organizzati su livelli di intensità di cura la valutazione delle soglie minime viene dedotta dalla statistica annuale delle attività riconducibile a ciascuna disciplina.

TABELLA 1

## Classificazione delle singole specialità per valenza/diffusione

Disciplina	Valenza Specialità
<b>Area Medica</b>	
MEDICINA GENERALE	BASE
GERIATRIA	INTERMEDIA
CARDIOLOGIA – UTIC	INTERMEDIA
NEUROLOGIA	INTERMEDIA
PSCHIATRIA	INTERMEDIA
ONCOLOGIA	INTERMEDIA
PNEUMOLOGIA	INTERMEDIA
NEFROLOGIA	INTERMEDIA
EMATOLOGIA	RIFERIMENTO REG/MACROAREA
GASTROENTEROLOGIA	INTERMEDIA
DERMATOLOGIA	RIFERIMENTO REG/MACROAREA
ENDOCRINOLOGIA	RIFERIMENTO REG/MACROAREA
MALATTIE INFETTIVE	INTERMEDIA
REUMATOLOGIA	RIFERIMENTO REG/MACROAREA
ALLERGOLOGIA E IMMUNOLOGIA	RIFERIMENTO REG/MACROAREA
<b>Area Chirurgica</b>	
CHIRURGIA GENERALE	BASE
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA	BASE
CHIRURGIA VASCOLARE	RIFERIMENTO REG/MACROAREA
OTORINOLARINGOIATRIA	INTERMEDIA
OFTALMOLOGIA	INTERMEDIA
UROLOGIA	INTERMEDIA
CARDIOCHIRURGIA	RIFERIMENTO REG/MACROAREA
ODONTOIATRIA	RIFERIMENTO REG/MACROAREA
CHIRURGIA MAXILLOFACCIALE	RIFERIMENTO REG/MACROAREA
CHIRURGIA PLASTICA	RIFERIMENTO REG/MACROAREA
CHIRURGIA TORACICA	RIFERIMENTO REG/MACROAREA
NEUROCHIRURGIA	RIFERIMENTO REG/MACROAREA
<b>Terapie intensive</b>	
RIANIMAZIONE - TERAPIA INTENSIVA POST CHIRURGICA	INTERMEDIA
TERAPIA INTENSIVA NEONATALE	RIFERIMENTO REG/MACROAREA
GRANDI USTIONATI	RIFERIMENTO REG/MACROAREA
<b>Area Materno infantile</b>	
OSTETRICIA E GINECOLOGIA	BASE
PEDIATRIA	BASE
NEONATOLOGIA - UTIN	INTERMEDIA
CHIRURGIA PEDIATRICA	RIFERIMENTO REG/MACROAREA
NEUROPSCHIATRIA INFANTILE	RIFERIMENTO REG/MACROAREA
<b>Riabilitazione</b>	
MEDICINA FISICA E RIABILITATIVA	BASE
UNITA' SPINALE	RIFERIMENTO REG/MACROAREA
<b>Lungodegenza</b>	
LUNGODEGENZA POST-ACUZIE	BASE

ASSETTI ORGANIZZATIVI

Tabella 1 – Ricoveri per acuti. Anno 2008

Specialità	N° ricoveri DH	N° Accessi Medi in DH	% DH chirurgici
01 ALLERGOLOGIA	1.594	4,6	0,0
02 ALTRE SPEC. IN REGIME DIURNO	5.516	4,9	13,1
05 ANGIOLOGIA	1.731	6,0	51,9
06 CARDIOCHIRURGIA PEDIATRICA	978	1,0	0,0
08 CARDIOLOGIA	8.520	1,8	4,8
09 CHIRURGIA GENERALE	48.680	2,3	73,6
10 CHIRURGIA MAXILLO FACCIALE	767	2,7	77,6
11 CHIRURGIA PEDIATRICA	5.474	1,8	38,5
12 CHIRURGIA PLASTICA	10.728	2,4	40,9
14 CHIRURGIA VASCOLARE	2.172	4,2	75,7
15 MEDICINA SPORTIVA	2.674	1,0	1,0
18 EMATOLOGIA	13.258	3,7	5,7
19 ENDOCRINOLGIA	14.869	2,2	1,3
20 IMMUNOLOGIA	180	7,7	0,0
21 GERIATRIA	3.114	9,9	0,2
24 MALATTIE INFETTIVE E TROPICALI	12.021	5,4	0,1
26 MEDICINA GENERALE	29.206	4,3	1,3
29 NEFROLOGIA	1.982	3,3	16,8
30 NEUROCHIRURGIA	794	1,8	50,3
32 NEUROLOGIA	7.597	2,5	1,1
33 NEUROPSICHIATRIA INFANTILE	12.003	3,2	0,0
34 OCULISTICA	16.556	2,3	79,3
35 ODONTOSTOMATOLOGIA	3.857	3,0	41,2
36 ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA	27.765	2,7	67,4
37 OSTETRICIA E GINECOLOGIA	28.528	2,1	77,1
38 OTORINOLARINGOIATRIA	15.936	2,2	38,8
39 PEDIATRIA	21.960	1,4	0,9
40 PSICHIATRIA	3.205	8,8	0,1
43 UROLOGIA	10.743	3,1	28,4
48 NEFROLOGIA ABILITAZ.	3.677	1,0	0,0
52 DERMATOLOGIA	9.398	3,4	67,7
54 EMODIALISI	1.153	2,8	9,0
58 GASTROENTEROLOGIA	7.808	1,8	0,7
62 NEONATOLOGIA	1.694	1,0	0,0
64 ONCOLOGIA	24.895	7,0	1,1
66 ONCOEMATOLOGIA	2.526	6,3	0,3
68 PNEUMOLOGIA	5.744	2,9	0,0
70 RADIOTERAPIA	1.045	12,7	3,1
71 REUMATOLOGIA	2.228	5,5	0,0
78 UROLOGIA PEDIATRICA	4.244	1,4	18,4
99 CURE PALLIATIVE	1.368	2,3	8,8

Parallelamente l'analisi sui ricoveri in Day surgery evidenzia un'ampia variabilità intraregionale, rimanendo in alcune aree pressoché marginale nonostante gli indirizzi normativi nazionali (Accordo Stato-Regioni e Province Autonome di Trento e di Bolzano. Atto 1518 del 25 settembre 2002) e regionali (D.G.R. n. 423 del 25 marzo 2005, Direttiva ASP n. 5 del 23 settembre 2005). Gli interventi di potenziamento della chirurgia di giorno si devono basare sulla strategia del pieno coinvolgimento dei dirigenti medici di chirurgia e delle specialità chirurgiche, per stabilire livelli ottimali di integrazione tra determinanti clinici (condizioni del paziente, caratteristiche della patologia, tecniche chirurgiche,