

Regione Lazio

Decreti del Commissario ad Acta

Decreto del Commissario ad Acta 6 dicembre 2013, n. U00480

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

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

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

IL COMMISSARIO AD ACTA

VISTA la Legge costituzionale n. 3/2001;

VISTO lo Statuto della Regione Lazio;

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

VISTI i verbali delle riunioni svoltesi rispettivamente in data 14 novembre 2012, 17 aprile 2013, e 30 luglio 2013, nei quali sono riportate le osservazioni del Tavolo Tecnico e Comitato ex art. 9 e 12 dell'Intesa del 23 marzo 2005;

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

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

- ad adottare la suddetta Proposta di Programmi Operativi per 2013 – 2015 già inviata in preventiva valutazione al Tavolo di Verifica per gli adempimenti ministeriali con nota prot. 517 del 11 marzo 2013 da parte del precedente Commissario, Dott. Palumbo;
- a dare atto che era all'epoca in corso da parte della Regione la complessiva revisione delle Reti dei servizi territoriali e ospedalieri, così come definite dal documento proposto;
- a rinviare l'approvazione della versione definitiva dei Programmi Operativi 2013-2015, da elaborare anche alla luce dei rilievi formulati dal Tavolo di Verifica sulla Proposta di cui sopra, all'esito degli opportuni approfondimenti da effettuare comunque entro il 30 settembre 2013;
- a riservare all'attuale Gestione Commissariale la possibilità di procedere ad una completa revisione della Programmazione Sanitaria contenuta nella proposta di Programmi Operativi 2013-2015, fermi restando gli obiettivi di contenimento della spesa sanitaria in esso contenuti ed il perseguimento dell'equilibrio economico sanitario entro la fine dell'esercizio 2015.

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

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

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

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

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

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

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

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

DECRETA

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

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

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

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

NICOLA ZINGARETTI

PROGRAMMI OPERATIVI 2013-2015

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



REGIONE
LAZIO

www.regione.lazio.it

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

Intervento 7.1: Ricognizione e ridefinizione delle tariffe delle prestazioni territoriali	67
Intervento 7.2: Individuazione delle funzioni assistenziali di cui al d.lgs. 502/92, con indicazione dei criteri di calcolo della relativa assegnazione economica e dei finanziamenti per i maggiori costi indotti sull'attività assistenziale dalle funzioni di didattica e di ricerca di cui all'art. 7 comma 2 del D.Lgs. 517/99	67
Intervento 7.3: Programma dei controlli di appropriatezza	72
Intervento 7.4: Programma dei controlli di congruenza tra cartella clinica e SDO	74
Intervento 7.5: Piano delle prestazioni e relativa tempistica	75
Intervento 7.6.1: Stipula intese e contratti	76
Azione 7.6.2 Modalità di controllo delle prestazioni erogate	86
Azione 7.6.3 Stipula di accordi e contratti.	87
Intervento 7.7 sperimentazioni gestionali: ove presenti, individuazione di percorsi di stabilizzazione o conclusione delle stesse	95
Intervento 7.8 rapporti con le università pubbliche: sottoscrizione dei protocolli che definiscano i vari aspetti economico-organizzativi e gestionali	97
Intervento 7.9 rapporti con le università private: sottoscrizione dei protocolli che definiscano gli aspetti assistenziali e di didattica e ricerca.	98
<i>Programma 8: Formazione e comunicazione ai cittadini</i>	100
Intervento 8.1 formazione del personale con particolare riguardo alla gestione del cambiamento e dello sviluppo organizzativo, alla promozione di modelli organizzativo-gestionali innovativi, ivi compreso sistemi di job evaluation, performance measurement e sistemi premianti (Tabelle 18, 19, 20)	100
Intervento 8.2 promozione della carta dei servizi nelle Aziende sanitarie	105
Intervento 8.3 attivazione di azioni finalizzate alla rilevazione sistematica della qualità percepita dagli utenti/cittadini.	108
Intervento 8.4 Disciplina sugli obblighi di pubblicità, trasparenza e diffusione di informazioni e per la prevenzione e la repressione della corruzione e dell'illegalità nella pubblica amministrazione	110
Intervento 8.5 Formazione aziendale per la sicurezza dei pazienti	111
3. AREA: RAZIONALIZZAZIONE DEI FATTORI PRODUTTIVI	115
Programma 9: Razionalizzazione spesa	115
Intervento 9.1: Pianificazione poliennale sugli acquisti — Analisi e governo dei fabbisogni	116
9.1.1 - Analisi e governo dei fabbisogni di acquisto – Orientamento delle richieste di autorizzazione (DCA U00191/2012 e DCA 308/2013)	116
9.1.2 - Analisi e governo dei fabbisogni di acquisto. Utilizzo di uno strumento di analisi della spesa "Spending Analysis"	119
Intervento 9.2: Aspetti organizzativi e logistici dei processi di acquisto	120
Intervento 9.3: Attivazione di sistemi di e-procurement regionali - Ottimizzazione e razionalizzazione degli acquisti — Collaborazione con Consip	122
Intervento 9.3.1 Attivazione di sistemi di e-procurement regionali	122
Intervento 9.3.2 Ottimizzazione e razionalizzazione degli acquisti	122
Intervento 9.3.3. Collaborazione con Consip	124
Intervento 9.4: Riorganizzazione e potenziamento dei sistemi di controllo e monitoraggio della spesa sanitaria in termini di prezzi e quantità ai sensi della normativa vigente (prezzi di riferimento, contratto quadro, livelli di servizio, attivazioni di penali, etc.)	127
Intervento 9.4.1. Riorganizzazione e potenziamento dei sistemi di controllo	127
Intervento 9.4.2 Definizione prezzi di riferimento	128
Intervento 9.5: Attuazione della normativa nazionale in materia di beni e servizi (DL 98/2011 e DL 95/2012)	131
Intervento 9.6: Distribuzione Diretta e per Conto	132
Intervento 9.6.1: dispositivi medici	133
Intervento 9.7: modello di approvvigionamento farmaci	136
Intervento 9.8: health technology assessment	136
Intervento 9.9: monitoraggio dei tempi di pagamento	137
Azione 9.9.1 Ricognizione del debito commerciale	140
Azione 9.9.2 Definizione delle modalità di estinzione del Credito iscritto nel Bilancio Consolidato SSR al 31/12/2011 nei confronti della Regione	141
Valorizzazione Programma 9: Razionalizzazione spesa	144
4. AREA "LIVELLI ESSENZIALI DI ASSISTENZA"	146

Programma 10: gestione del personale	146
Intervento 10.1: Contenimento della spesa per il personale – Azione di macro contenimento della spesa	148
Azione 10.1.1: Sblocco parziale del turn over e politiche di reclutamento del personale del SSR per gli anni 2013-2015	148
Intervento 10.2: Azioni di governance	151
Azione 10.2.1 Tempo Indeterminato - Ricollocazione del Personale inidoneo alla mansione specifica.	151
Azione 10.2.2: Personale a tempo determinato	152
Azione 10.2.3: Determinazione dei fondi della contrattazione integrativa	155
Azione 10.2.4: Prestazioni aggiuntive	157
Azione 10.2.5: Attività libero professionale intramuraria e monitoraggio sui volumi di attività intra-moenia in rapporto con i volumi di attività istituzionale;	159
Azione 10.2.6: Ridefinizione atti aziendali: stato su emanazione linee guida regionali e loro attuazione.	162
Azione 10.2.7 Analisi costo medio del personale	163
Azione 10.2.8 Dirigenza sanitaria e governo clinico:	164
Azione 10.2.09 Contenimento costi apparati amministrativi (art. 6 DL 78/2010, come convertito dalla L. 30 luglio 2010, n. 122) e accentramento delle funzioni amministrative di supporto	166
Azione 10.2.10 Personale con contratti atipici e personale convenzionato	167
Azione 10.2.11 Consulenze (sanitarie e non sanitarie);	168
Azione 10.2.12 Gestione del servizio mensa e/o dell'esercizio del diritto alla mensa con modalità sostitutiva (buoni pasto)	170
Azione 10.2.13 razionalizzare i servizi di pagamento delle retribuzioni	170
Azione 10.2.14 Compilazione tabelle allegate (Allegati 4 e 5).	172
Valorizzazione Programma 10: Gestione del personale	172
Programma 11 – Sanità pubblica	176
intervento 11.1: azioni coerenti con il programma nazionale di prevenzione	176
Intervento 11.1: azioni coerenti con il Programma nazionale di Prevenzione	176
Intervento 11.2: qualificazione dei programmi di screening oncologici e adeguamento agli standard nazionali	179
Intervento 11.3 prevenzione della salute e sicurezza negli ambienti di lavoro	183
Programma 12 - Sanità Veterinaria e Sicurezza Alimentare	186
Intervento 12.1 Riqualificazione e riorganizzazione del nodo regionale	189
Intervento 12.2: coerenza delle linee di attività programmate a livello regionale con quelle riportate nel Piano Nazionale Integrato 2011-2014	190
Intervento 12.3: definizione di un piano regionale integrato dei controlli ufficiali, o il suo eventuale aggiornamento con tutte le linee di attività previste dalla pianificazione nazionale	191
Intervento 12.4: miglioramento della rete dei laboratori, con ampliamento del bacino di metodiche accreditate a supporto delle attività regionali di controllo ufficiale, riducendo l'aggravio sui soggetti extraregionali	191
Intervento 12.5: assegnazione di obiettivi ai Direttori Generali delle Aziende Sanitarie Locali, con ribaltamento a cascata su tutta la struttura operativa	191
Intervento 12.6: adozione e attuazione di un sistema di audit sulle Autorità Competenti, nonché implementazione di piano di formazione per le stesse, che investa tutti gli attori del controllo ufficiale, sul pacchetto igiene	192
Programma 13: Riequilibrio Ospedale-Territorio	197
Azione 13.1.1: Ridefinizione della rete ospedaliera acuti, con individuazione analitica del numero dei posti letto suddivisi per disciplina, DH e ordinari (nel rispetto delle indicazioni degli standard nazionali e dell'emanando regolamento)	197
Azione 13.1.2: Riconversione delle strutture ospedaliere di piccole dimensioni o con ridotta attività, con contestuale individuazione delle forme di assistenza che saranno attivate nelle strutture riconvertite, con precisa indicazione della tempistica del graduale trasferimento delle funzioni e delle risorse – Casa della Salute.	213
Intervento 13.2.1: Rete di terapia del dolore e cure palliative per il paziente adulto e pediatrico	219
Intervento 13.3 Assistenza primaria	223
Azione 13.3.1 Riorganizzazione dell'Assistenza primaria secondo le indicazioni della Legge 189/2012	223
Azione 13.3.2 Accordi con MMG/PLS Individuazione o rimodulazione delle forme di associazionismo: Adesione al Governo Clinico e sviluppo del Sistema Informativo Regionale	223
Azione 13.3.3 Riorganizzazione dei Laboratori	225
Azione 13.3.4 Medicina Trasfusionale	231
Azione 13.3.5: Piano regionale di contenimento dei tempi d'attesa, sulla base della normativa vigente, che preveda il monitoraggio dei relativi flussi informativi, anche attraverso il Sistema Tessera Sanitaria.	237

Intervento 13.4 Rete territoriale - Sub intervento 13.4.1.a: Piano di riorganizzazione, riqualificazione ed implementazione dell'assistenza territoriale e distrettuale, con indicazione delle aree con maggiori criticità (anziani, disabili, pazienti psichiatrici, tossicodipendenti, minori ...)	242
Sub intervento 13.4.1.b riconversione delle Case di Cura neuropsichiatriche Accreditamento istituzionale definitivo delle Case di Cura neuropsichiatriche(CdCNP)	247
Sub intervento 13.4.1.c Ridefinizione del modello organizzativo del DSM	250
Sub intervento 13.4.1.d. Rete Territoriale - Minori	252
Sub intervento 13.4.1.e – Piano di riorganizzazione ed implementazione dell'assistenza territoriale e distrettuale in riferimento all'area delle dipendenze	255
Azione 13.4.2: Piano di riorganizzazione, riqualificazione ed implementazione dell'assistenza domiciliare integrata, con l'indicazione delle azioni mirate al raggiungimento degli standard nazionali riferiti alla popolazione anziana >65 anni (linee guida sulle cure domiciliari, definizione di profili assistenziali, PUA, adozione e diffusione di strumenti di valutazione multidimensionali standardizzati per anziani e disabili).	259
Programma 14 – reti assistenziali per intensità di cure	261
Intervento 14.1.: individuazione dei presidi secondo il modello hub&spoke secondo la logica dell'intensità delle cure	261
Rete cardiologica	261
Rete trauma grave e neuro-trauma	268
Rete ictus	273
Rete perinatale	278
<u>Rete trapianti</u>	283
Rete oncologica	289
Programma 15 - rete emergenza-urgenza	293
Intervento 15.1: ridefinizione della rete nelle sue componenti territoriale ed ospedaliera	293
Programma 16 - Sanità penitenziaria	304
Intervento 16.1: ricognizione procedure di trasferimento delle competenze dal Dipartimento Amministrazione penitenziaria al SSR - tutela della salute in carcere	304
Intervento 16.2 : Disattivazione Ospedali psichiatrici giudiziari (OPG) e individuazione dei percorsi di presa in carico dei relativi pazienti	307
Intervento 16.3 – Tutela della salute in carcere	312
Programma 17: Assistenza farmaceutica	315
Intervento 17.1: revisione del Prontuario Terapeutico ospedaliero	315
Intervento 17.2: definizione specifica di percorsi per categorie di farmaci altospendenti	315
Intervento 17.3: monitoraggio dell'attività prescrittiva e incentivi per la prescrizione dei farmaci equivalenti attraverso il supporto del sistema tessera sanitaria, ai sensi di quanto previsto dall'art.11, comma 7, lett.b) del DL 78/2010	316
Intervento 17.4: razionalizzazione dell'uso del farmaco in ospedale	317
VALORIZZAZIONE ECONOMICA dei programmi 9.6, 17.3, 17.4, 17.5	318
Programma 18 – sicurezza e rischio clinico	322
Intervento 18.1 Definizione di un programma regionale articolato nelle dimensioni del Governo Clinico e che contenga anche metodologia e strumenti per la gestione degli eventi avversi	322
Intervento 18.2: Monitoraggio dei piani di miglioramento attuati dalle aziende a seguito dell'occorrenza di eventi sentinella	323
Intervento 18.3: Monitoraggio sistematico dell'uso della check list in Sala Operatoria	324
Intervento 18.4: Implementazione e monitoraggio della Raccomandazione per la sicurezza nella terapia oncologica	324
Intervento 18.5: Previsione dell'inserimento dell'implementazione dei documenti ministeriali sulla qualità e sicurezza dei pazienti (Raccomandazioni, Manuale per la sicurezza in Sala Operatoria) tra i criteri di valutazione dei D.G.	325
Intervento 18.6: Coordinamento regionale delle strategie di gestione del rischio assicurativo	326
5. AREA ULTERIORI MANOVRE REGIONALI	327
Programma 19: governo della mobilità sanitaria interregionale	327
Intervento 19.1: accordi di confine	327
Programma 20: misure di compartecipazione alla spesa sanitaria regionale vive	332
Intervento 20.1 – compartecipazione sulle prestazioni di specialistica ambulatoriale	332
Programma 21: investimenti sanitari	336

6. ALLEGATI	340
<u>1.</u> Tabelle statistiche/epidemiologiche	341
<u>2.</u> Modello di rilevazione dei costi dei livelli di assistenza delle aziende ospedaliere	350
<u>3.</u> Modello di Conto Economico NSIS	368

Programma 7: Rapporti con gli erogatori

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

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

Intervento 7.1: Ricognizione e ridefinizione delle tariffe delle prestazioni territoriali

Per questo argomento si rimanda all'azione 7.7.1

Intervento 7.2: Individuazione delle funzioni assistenziali di cui al d.lgs. 502/92, con indicazione dei criteri di calcolo della relativa assegnazione economica e del finanziamenti per i maggiori costi indotti sull'attività assistenziale dalle funzioni di didattica e di ricerca di cui all'art. 7 comma 2 del D.Lgs. 517/99

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

La norma prevede puntualmente gli ambiti in cui risulta opportuno riconoscere un finanziamento ulteriore rispetto a quelle attività assistenziali remunerate sulla base di tariffe definite e al comma 3 del medesimo articolo 8 sexies stabilisce che i criteri generali per la definizione delle funzioni assistenziali e per la determinazione della loro remunerazione massima sono stabiliti con apposito decreto del Ministro della sanità, sentita l'Agenzia per i servizi sanitari regionali, d'intesa con la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome, sulla base di standard organizzativi e di costi unitari predefiniti dei fattori produttivi, tenendo conto, quando appropriato, del volume dell'attività svolta.

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

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

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

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

LINEE PROGRAMMATICHE

a) Programmi a forte integrazione fra assistenza ospedaliera e territoriale

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

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

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

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

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

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

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

b) Programmi di assistenza ad elevato grado di personalizzazione

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

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

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

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

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

d) Programmi di assistenza a malattie rare

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

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

e) Attività con rilevanti costi di attesa

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

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

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

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

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

MODALITA' OPERATIVE

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

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

Con riferimento all'anno 2013, si intende emanare un provvedimento dove gli ambiti di assegnazione delle funzioni assistenziali ex art. 8 sexies saranno comunque quelli strettamente riconducibili alle tipologie individuate dal D.Lgs 502 del 1992, e segnatamente:

- Finanziamento dei maggiori costi per attività con rilevanti costi d'attesa relativi alle reti di emergenza ed urgenza secondo i seguenti criteri:
 - Selezione delle strutture delle reti di urgenza ed emergenza sedi di DEA di I e II livello, nonché dei pronto soccorsi;
 - Differenziazione delle strutture a seconda dell'organizzazione e del ruolo svolto nelle reti di emergenza (emergenza ed urgenza: DEA I, II; emergenza traumatologica: centro traumi di zona, centro traumi alta specializzazione; emergenza cardiologica: centri hub, centri spoke 1 e 2; emergenza neuro vascolare: unità trattamento neuro vascolare I e II livello, team neuro vascolare);
- Finanziamento dei maggiori costi per attività con rilevanti costi d'attesa relativi all'organizzazione dei trattamenti di terapia intensiva secondo i seguenti criteri:
 - Selezione e differenziazione delle strutture con posti letto di terapia intensiva, terapia intensiva neonatale e unità coronarica.
- Finanziamento dei maggiori costi per i programmi di trattamento delle malattie rare, secondo i seguenti criteri:
 - Individuazione dei centri e dei presidi per la sorveglianza, la diagnosi e la terapia delle malattie rare;
 - Differenziazione delle strutture in relazione ai centri e presidi selezionati ed al numero di utenti con malattie rare, come da aggiornamento del registro regionale malattie rare;
- Finanziamento dei maggiori costi per i centri di coordinamento e per l'attività di trapianto di organi secondo i seguenti criteri:
 - Individuazione dei Centri attivati dalla programmazione regionale per le attività di trapianto con assegnazione di una quota per l'attività di coordinamento locale;

- Considerazione dei casi rendicontati dal Centro Regionale Trapianti e selezione delle strutture ospedaliere oggetto dell'attività di segnalazione dei potenziali donatori d'organo e donazione di cornee;
- Selezione dei trapianti effettuati e rendicontati dal Centro Regionale Trapianti .
- Finanziamento dei maggiori costi per i centri regionali di servizio a supporto delle attività sanitarie svolte dalle strutture del SSR di cui al Decreto Commissariale n. 86 del 07/06/2012, secondo i seguenti criteri:
 - Individuazione dei centri regionali di servizio a supporto delle attività sanitarie svolte dalle strutture del SSR di cui al Decreto Commissariale in argomento. Il finanziamento tiene conto di dei costi sostenuti dei fattori produttivi per centro;
- Finanziamento dei maggiori costi di assistenza per i programmi di assistenza ad elevato grado di personalizzazione delle prestazioni o del servizio reso alla persona.
- Finanziamento dei maggiori costi connessi alle attività legate ai programmi a forte integrazione fra assistenza ospedaliera e territoriale, sanitaria e sociale, ed in particolare alle attività legate all'assistenza dei casi di AIDS e alle persone HIV positive secondo i seguenti criteri:
 - Selezione dei ricoveri con diagnosi di HIV presso reparti di Malattie Infettive del Lazio - anno precedente;

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

In particolare con il nuovo provvedimento ritiene:

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

*Rete trapianti**Quadro normativo di riferimento*

Il Programma Operativo tiene conto della seguente normativa nazionale:

- legge del 1 aprile 1999, n. 91 "Disposizioni in materia di prelievi e di trapianti di organi e di tessuti";
- D.Lgs. del 30 dicembre 1992 n. 502 "Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'art. 1 della legge 23 ottobre 1992 n. 421";
- Linee guida per l'accertamento della sicurezza del donatore di organi" Conferenza Stato-Regioni del 26/11/2003" e successivo aggiornamento del 9/08/2012
- "Linee guida per l'idoneità ed il funzionamento dei centri individuati dalle Regione come strutture idonee ad effettuare trapianti di organi e di tessuti" Conferenza Stato-Regioni del 29/4/2004;
- decreto del Ministro della Salute dell'11 marzo 2008 "Integrazione del decreto 8 aprile 2000 sulla ricezione delle dichiarazioni di volontà dei cittadini circa la donazione di organi a scopo di trapianto"
- Accordo della Conferenza Stato Regioni sul documento relativo alla rete nazionale per i trapianti (Rep. Atti 189 del 13 ottobre 2011)

L'assetto della rete trapianti a livello regionale è regolamentato dai seguenti atti normativi:

- deliberazione del 28 aprile 1998, n. 1437 identificazione del "Centro Regionale Trapianti presso il Centro di Coordinamento per i Trapianti, con annesso Laboratorio Tissutale ed Immunologia dei Trapianti, dell'Università di Roma "Tor Vergata";
- deliberazione n. 1733/2002 attribuzione al Centro Regionale Trapianti delle funzioni previste dall'art. 10 della citata legge 91/99;
- Deliberazione di Giunta Regionale del 7 aprile 2009 n. 229: "Programma regionale triennale per l'incentivazione delle attività di donazione, di prelievo e di trapianto di organi e tessuti ai sensi della DGR del 23 dicembre 2006 n. 944 – approvazione del Programma per l'organizzazione e l'incremento del procurement di organi e tessuti".
- Decreto del Presidente della Giunta n. 186 del 25/5/2012 "rinnovo nomina del Prof. Domenico Adorno a Coordinatore Regionale per i Trapianti ai sensi dell'art. 11 comma 1 della Legge 91/1999. "Disposizioni in materia di prelievi e di trapianti di organi e di tessuti"
- Deliberazione della Giunta Regionale del 20.5.2011, n. 225 concernente "AUDIT dei Centri di Trapianto – Istituzione Commissione Regionale Audit per i Centri di Trapianto";
- Decreto del Presidente del 12 ottobre 2012, n. T00354, recante: "Costituzione della Commissione Regionale AUDIT per i Centri di Trapianto della Regione Lazio istituita con la deliberazione della Giunta regionale del 20.5.2011, n. 225"

L'attività di donazione e trapianto

In tabella 1 è riportata l'attività di segnalazione e di donazione degli organi per Istituto. Nel 2012 si sono avute 39,8 segnalazioni di morte encefalica per milione di popolazione (p.m.p.), con 15,4 donatori effettivi p.m.p. e un tasso di opposizione alla donazione pari al 28.3%.

Tabella 1- Attività Segnalazione Potenziali Donatori di Organo per Ospedale

Anno 2012		Potenziali Donatori di Organi					Causa Non Utilizzo			Organi Trapiantati				
		Segnalati	Procurati	Effettivi	Utilizzati	Multior- gano	Opposizi- oni	NIC	ACC	Rene	Pancreas	Cuore	Fegato	Polmon- e
RM	A.O. S. Camillo	24	12	8	8	6	6	6	0	15	3	3	6	2
RM	A.O. S. Giovanni	20	11	11	10	7	5	3	1	16	0	1	8	0
RM	A.O. S. Filippo Neri	6	0	0	0	0	2	3	1	0	0	0	0	0
RM	C.T.O.	5	0	0	0	0	3	2	0	0	0	0	0	0
RM	Pol. Umberto I	52	21	16	13	9	15	15	1	24	1	3	10	1
RM	Pol. Gemelli	30	15	15	14	9	10	5	0	22	0	4	11	2
RM	A.U. Pol. Tor Vergata	16	11	10	9	6	2	3	0	16	0	1	7	2
RM	A.U. S. Andrea	8	5	5	5	5	1	2	0	9	0	2	5	0
RM	I.R.C.C.S. Spallanzani	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
RM	O.P.B.G.	9	2	0	0	0	0	6	1	0	0	0	0	0
RM	I.R.C.C.S. IFO	1	1	1	1	0	0	0	0	2	0	0	0	0
RM	Sandro Pertini	3	0	0	0	0	2	0	1	0	0	0	0	0
RM	Pol. Casilino	1	1	1	1	0	0	0	0	2	0	0	0	0
RM	S. Eugenio	6	4	4	4	3	1	1	0	6	1	1	4	0
RM	G.B. Grassi	8	4	4	3	2	3	1	0	4	0	1	3	0
RM	S. Spirito	5	2	1	1	1	2	1	0	2	0	0	1	0
RM	Aurelia Hospital	1	1	1	1	0	0	0	0	2	0	0	0	0
RM	Osp. Anzio	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
RM	Osp. Velletri	1	1	1	1	1	0	0	0	2	0	0	1	0
VT	Osp. Belcolle	1	1	1	1	1	0	0	0	2	0	1	1	2
FR	Umberto I	1	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
LT	S. Maria Goretti	21	6	5	5	2	10	4	1	8	0	1	2	1
RI	S. Camillo	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
TOTALE		219	99	85	77	52	62	52	6	132	5	18	59	10

Nella Regione Lazio sono attivi i seguenti Centri di Trapianto (tabella 2):

- Pol. Gemelli (organi fegato e rene-pancreas)
- Pol. Umberto I (organi fegato, rene-pancreas e polmone)
- Polo Ospedaliero Interaziendale Trapianti(P.O.I.T.; A.O. S. Camillo-Forlanini-Spallanzani organi fegato e rene-pancreas)

- A.O. S. Camillo (organo cuore)
- Pol. Tor Vergata (organi fegato e rene-pancreas)
- Ospedale Pediatrico Bambino Gesù (organi cuore, polmone, fegato e rene-pancreas)

Nell'anno 2012 sono stati eseguiti nella Regione Lazio 134 trapianti di rene, 106 trapianti di fegato, 22 trapianti di cuore, 12 trapianti di polmone e 11 trapianti combinati.

Al 31/12/2012 i pazienti in lista di attesa per trapianto erano 1012, di cui 806 per trapianto di rene, 87 per trapianto di fegato, 44 per trapianto di cuore, 54 per trapianto di polmone, 1 per trapianto di pancreas e 20 per trapianto combinato di due organi.

Tabella 2- Distribuzione dei Trapianti di Organo nei CT del Lazio - Anno 2012

ORGANO	OBG	Pol. Gemelli	Pol. Umberto I	Pol. Tor Vergata	Osp. S. Camillo Osp. Spallanzani	Osp. S. Camillo	TOTALE
Rene	12	32	22 + 10 ^{a)}	39	29		134 + 10 ^{a)}
Fegato	13	19	20 + 2 ^{a)}	29	25		106 + 2 ^{a)}
Cuore	14		0			8	22
Polmone	0	0	12				12
Combinati	1	0	1	3	6		11
TOTALE	40	51	55 + 12^{a)}	71	60	8	285 + 12^{a)}

a) Trapianti eseguiti per CRT Basilicata

Nella Regione Lazio è presente una Banca degli Occhi presso l'A.O. S. Giovanni Addolorata ed una Banca del Tessuto Muscolo-Scheletrico presso l'IRCCS IFO; nel 2012 sono stati registrati 532 donatori di tessuti oculari e 175 donatori di tessuto muscolo scheletrico.

Interventi prioritari

- Qualificazione ed incentivazione delle attività di procurement e donazione svolte nelle aziende sanitarie attraverso l'utilizzo finalizzato di quota parte del fondo SSR (l'attività di donazione non ha una propria valorizzazione non potendo essere compresa nei DRG).
- Centralizzazione dei servizi correlati all'attività di donazione e trapianto (servizi di anatomia patologica, equipe di prelievo, centralizzazione del servizio di trasporto d'organo).
- Razionalizzazione e riduzione dei costi dei Centri di trapianto attraverso la definizione di standard operativi comuni per ogni tipologia d'organo e criteri di allocazione degli organi secondo il criterio della lista regionale unica per ogni tipologia di organo.
- Effettuazione di audit presso i centri di trapianto d'organo ed i coordinamenti aziendali per le donazioni.

CRONOPROGRAMMA PO 2013-2015

CRONOPROGRAMMA PO 2013-2015 REGIONE LAZIO						
Area	Programma	Obiettivo/Intervento	Azione	Atto normativo/ Documento	Indicatore di risultato	Tempi di realizzazione dell'azione
4: Area "Livelli Essenziali di Assistenza"	14: Reti assistenziali per intensità di cure	14.1 Rete trapianti	1. Assegnazione ai Direttori Generali delle Aziende sanitarie di specifici obiettivi relativi alla donazione e trapianto d'organo .	Decreto contenente obiettivi DDGG	Approvazione del Decreto	Annuale
			2. Rendicontazione da parte delle Aziende sanitarie degli accertamenti di morte con criteri neurologici delle donazioni effettuate	Documento di rendicontazione su base semestrale	Invio del documento da parte di tutte le Aziende sanitarie	Entro ogni semestre
			3. Assegnazione di fondi finalizzati alla attività di donazione (DCA finanziamento a funzione) solo previa rendicontazione economica analitica annuale da parte delle Aziende e verifica del Centro Regionale Trapianti del raggiungimento degli obiettivi e dell'impiego dei fondi.	Decreto finanziamento a funzione	Invio del documento di rendicontazione da parte di tutte le Aziende sanitarie	Annuale
			4. Assegnazione di fondi finalizzati alla attività di trapianto (DCA finanziamento a funzione) solo previa rendicontazione economica analitica annuale da parte delle Aziende sede di Centro trapianto e verifica del Centro Regionale Trapianti del raggiungimento degli obiettivi e dell'impiego dei fondi.	Decreto finanziamento a funzione	Invio del documento di rendicontazione da parte di tutte le Aziende sanitarie	Annuale

			5. Identificazione e realizzazione di un centro unico di immunogenetica e di anatomia patologica.	Provvedimento reg. recepimento documento del CRT (entro 28/02/2014 per il centro di immunogenetica ; entro il 31/12/2014 per il centro di anatomia patologica)	Realizzazione di un centro unico di immunogenetica e di anatomia patologica.	entro 28/02/2014 per il centro di immunogenetica ; entro il 31/12/2014 per il centro di anatomia patologica
			6. Realizzazione di una unica equipe regionale per il prelievo degli organi	Provvedimento regionale (entro 30/06/2014)	Realizzazione di una unica equipe chirurgica	entro 6 mesi dall'approvazione dell'atto
			7. Realizzazione di un servizio di trasporto organi e equipe gestito mediante convenzione unica regionale	Provvedimento regionale (entro 30/10/2014)	Realizzazione di un contratto unico per il servizio di trasporto	entro 6 mesi dall'approvazione dell'atto
			8. Realizzazione di una lista di attesa unica per ogni singolo programma di trapianto	Regolamento del Centro regionale (entro il 31/12/2013)	Lista unica per singolo organo	Contestuale all'approvazione del regolamento
			9. Favorire l'utilizzazione in loco dei donatori identificati presso la propria sede, al fine di ridurre il numero dei trasferimenti delle equipe chirurgiche.	Regolamento del Centro regionale (entro il 31/12/2013)	Riduzione di almeno il 25% del numero di trasferimenti dell'equipe	Contestuale all'approvazione del regolamento
			10. Effettuazione di audit presso i centri di trapianto d'organo ed i coordinamenti aziendali per le donazioni	Relazione finale del CRT	Effettuazione degli audit nel 100% dei centri interessati	Entro il 31/12/2013 per i trapianti fegato e rene; entro il 31/12/2014 per i trapianti cuore e polmone; entro il 30/06/2015 per i coordinamenti aziendali per le donazioni

Indicatori per il monitoraggio

Indicatore	Definizione	Fonti	Standard (parametri di riferimento ottimali cui tendere)
Attività di accertamento di morte encefalica	Numero di accertamenti di morte encefalica segnalati al centro regionale sul totale di decessi con lesioni cerebrali	Registro regionale dei decessi con lesioni encefaliche	Almeno il 50%
Attività di donazione	Numero di donatori procurati sul totale di accertamenti di morte encefalica segnalati	Centro regionale trapianti	Almeno il 50%
Attività di donazione di tessuti	Numero di donatori di tessuto sul numero totale di decessi nell'Istituto	Centro regionale trapianti/SDO	Almeno 8%
Attività di donazione di tessuti oculari	Numero decessi segnalati al coordinamento locale entro 3 ore sul numero dei decessi nell'Istituto	Centro regionale trapianti/SDO	Almeno il 50%
Attività di donazione di tessuto muscolo-scheletrico	Numero donatori viventi sul numero di interventi di protesi d'anca eseguiti	Centro regionale trapianti/SDO	Almeno il 50%
Attività di trapianto	Numero trapianti d'organo per centro trapianto	Centro regionale trapianti	Standard nazionale di attività minima per singolo organo