

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

6. ALLEGATI	340
<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

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

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

Medicina di base

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

Farmaceutica convenzionata

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

Assistenza specialistica da privato

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

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

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

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

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

Assistenza riabilitativa da privato

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

Assistenza ospedaliera da privato

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

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

Per quanto riguarda la rete dei servizi psichiatrici, il Decreto 80/2010 definisce il fabbisogno di SPDC con la relativa dotazione di posti letto ed il Decreto 101/2010 definisce il fabbisogno delle strutture residenziali nelle loro diverse tipologie (STPIT, SRTRi, SRTRe, SRSR 24-h e SRSR 12h).

OBIETTIVI

Aggiornare le stime di fabbisogno contenute nel DPCA 17/2010 alla luce della riorganizzazione della rete assistenziale (ospedaliera e territoriale) avviata ai sensi della L. 135/2012.

AZIONI

Sviluppo di un insieme di indicatori, sia epidemiologici che di attività appropriata, in grado di verificare la corrispondenza fra fabbisogno stimato dai vari provvedimenti e domanda espressa per i seguenti comparti:

- ospedaliero per acuti, in termini di posti letto e punti di offerta;
- ospedaliero post-acuzie, in termini di posti letto e punti di offerta, con particolare attenzione alle Gravi Cerebrolesioni Acquisite e Mielolesioni acute;
- ospedaliero e residenziale della salute mentale, in termini di posti letto, posti residenziali e punti di offerta;
- territoriale, verifica ed eventuale aggiornamento del DCA n. 39/2012 sul fabbisogno residenziale e semiresidenziale per persone non autosufficienti, anche anziane, e per persone con disabilità fisica, psichica e sensoriale;
- consultori familiari, in termini di punti di offerta;
- territoriale, verifica ed eventuale aggiornamento del fabbisogno del DCA 84/2010 relativo all'offerta di cure palliative per gli adulti, nonché verifica ed eventuale aggiornamento della DGR 87/2010 relativa all'offerta di cure palliative pediatriche;
- dialisi, in termini di posti e punti di offerta;
- AIDS, in termini di posti in case alloggio;
- procreazione medicalmente assistita (PMA), in termini di punti di offerta e livello (I, II e III);
- specialistica ambulatoriale, in termini di volumi e tipologia delle prestazioni erogabili e punti di offerta.

Risultati programmati

Raggiungere nel triennio 2013-2015 un assetto dell'offerta assistenziale, ospedaliera e territoriale, corrispondente al fabbisogno stimato

Indicatori di risultato

Rapporto fra numero di posti letto (acuti e post-acuzie) presenti e previsti da fabbisogno non superiore ad uno scostamento del 20%;

Rapporto fra numero di posti residenziali psichiatrici presenti e previsti da fabbisogno non superiore ad uno scostamento del 20%;

Rapporto fra posti ADI, posti residenziali, posti per la riabilitazione estensiva e di mantenimento presenti e previsti da fabbisogno;

Rapporto fra n. consultori familiari presenti e previsti da fabbisogno non superiore ad uno scostamento del 20% ;

Rapporto fra posti per cure terminali e di sollievo presenti e previsti da fabbisogno;

Rapporto fra posti dialisi presenti e previsti da fabbisogno;

Rapporto fra posti AIDS in case alloggio presenti e previsti da fabbisogno non superiore ad uno scostamento del 20%;

- adeguare i percorsi riabilitativi e, pertanto, la degenza media delle prestazioni in post-acuto agli standard nazionali;
- garantire l'attuale fabbisogno di prestazioni di specialistica ambulatoriale in considerazione del fatto che la normativa in materia di compartecipazione ha determinato una fuoriuscita di domanda soddisfatta dal SSR verso la solvenza;
- adeguare le attuali domande al fabbisogno per:
 - le prestazioni residenziali (RSA), di riabilitazione ex art 26 e hospice a fronte dell'esigenza di potenziare l'assistenza territoriale;
 - le prestazioni di assistenza domiciliare, privilegiando gli ambiti in cui i percorsi domiciliari possono contribuire ad integrare/completare se non addirittura sostituire l'offerta residenziale, riabilitativa e terminale;
- identificare le prestazioni residuali, quali la dialisi e il FILE F, per le quali è ragionevole ritenere che il fabbisogno di prestazioni sia limitato ed esistano condizioni oggettive di carattere terapeutico e sociale per non sottoporle a tetto;
- identificare, infine, quelle prestazioni che risultano centrali per la garanzia dei LEA, ma la cui remunerazione dei fattori produttivi è economicamente non compatibile con il meccanismo di remunerazione a tariffa (funzioni).

Intervento 7.6.1: Stipula intese e contratti

Prestazioni ospedaliere – Acuti

Con il Decreto del commissario ad acta n. 88/2012, infatti, si è provveduto a “determinare, per tutte le strutture private erogatrici di prestazioni per acuti a carico del SSR, il tetto di spesa 2012 in misura pari al tetto 2011”, applicando poi “una decurtazione fino ad un massimo del 3% laddove il case mix della produzione valutata per singola disciplina” fosse stato inferiore al valore di case mix regionale di riferimento, a tutte le strutture, con la sola eccezione di quelle con Pronto Soccorso/DEA; per le strutture riconvertite ai sensi del DCA 80/2010 la determinazione dei budget veniva rimessa alle intese di riconversione ratificate con appositi decreti commissariali, all'esito della conclusione del procedimento di accreditamento definitivo istituzionale.

Il criterio per la determinazione del livello massimo di finanziamento per le prestazioni ospedaliere per acuti è stato applicato anche alle strutture pubbliche, prendendo a riferimento la valorizzazione della produzione 2011, certificata dall'ASP, che avrebbe trovato riscontro in contabilità a ricavo nei conti economici per le strutture pubbliche aziendalizzate, ovvero nei conti di presidio per le altre strutture pubbliche.

Prestazioni ospedaliere di riabilitazione e lungodegenza

I criteri utilizzati per l'individuazione del livello massimo di finanziamento sono stati definiti nel Decreto n.94/2012, recante: “Remunerazione per l'anno 2012 delle prestazioni ospedaliere di riabilitazione e lungodegenza medica post acuzie con onere a carico del SSR erogate da strutture pubbliche e private”. Con detto provvedimento si è provveduto a:

- determinare il **budget 2012 di riabilitazione (cod. 56) post-acuzie per singola struttura** in conformità ai criteri accettati dalle Associazioni, sulla base della capacità potenziale dei posti letto applicando un tasso di utilizzo pari al 98% e valorizzando tali posti letto sulla base della tariffa media pesata (case-mix) osservato negli anni precedenti;

- determinare il **budget 2012 di riabilitazione (cod. 75) post-acuzie per singola struttura** in conformità ai criteri accettati dalle Associazioni, sulla base della capacità potenziale dei posti letto applicando un tasso di utilizzo pari al 100% e valorizzando tali posti letto sulla base della corrispondente tariffa;
- determinare il **budget 2012 di lungodegenza (cod. 60) post-acuzie per singola struttura** in conformità ai criteri accettati dalle Associazioni, sulla base della capacità potenziale dei posti letto applicando un tasso di utilizzo pari al 98% e valorizzando tali posti letto sulla base della corrispondente tariffa;

Prestazioni di specialistica ambulatoriale

Il Decreto del commissario *ad acta* n. 89/2012 ha, invece, fissato la *“Remunerazione per l’anno 2012 delle prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale con onere a carico del SSR erogate da strutture pubbliche e private. Individuazione livello di finanziamento anno 2012 (salvo conguaglio): prestazioni di P.S., dialisi, distribuzione diretta di farmaci”*.

Il budget è stato assegnato ripartendo le risorse complessive pari al Livello di finanziamento del 2011 decurtato del 3% attraverso un riproporzionamento per singola struttura sulla base del peso della produzione 2011. Il criterio prevedeva, anche la redistribuzione di eventuali economie di budget valorizzate per branca e ridistribuite nell’ambito della medesima branca (ex DPCA 20/11). Branche: laboratorio analisi, medicina fisica e riabilitazione, medicina nucleare, radiologia diagnostica, altro (tutte le restanti branche).

Spending review

La manovra di contenimento della spesa pubblica (D.L. n. 95 del 6 luglio 2012, convertito con modificazioni dalla L. n. 135/2012 del 7 agosto 2012, recante *“Disposizioni urgenti per la revisione della spesa pubblica con invarianza dei servizi ai cittadini”*) ha, tuttavia, disposto una riduzione della spesa per l’acquisto di beni e servizi ad invarianza dei servizi per i cittadini. In particolare, l’art. 15, comma 14, ha testualmente previsto che:

“...a tutti i singoli contratti e a tutti i singoli accordi vigenti nell’esercizio 2012, ai sensi dell’art. 8 quinquies del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, per l’acquisto di prestazioni sanitarie da soggetti privati accreditati per l’assistenza specialistica ambulatoriale e per l’assistenza ospedaliera, si applica una riduzione dell’importo e dei corrispondenti volumi di acquisto in misura percentuale fissa, determinata dalla regione o dalla provincia autonoma, tale da ridurre la spesa complessiva annua, rispetto alla spesa consuntivata per l’anno 2011, dello 0,5 per cento per l’anno 2012, dell’1 per cento per l’anno 2013 e del 2 per cento a decorrere dall’anno 2014. La misura di contenimento della spesa di cui al presente comma è aggiuntiva rispetto alle misure eventualmente già adottate dalle singole regioni e province autonome di Trento e Bolzano e trova applicazione anche in caso di mancata sottoscrizione dei contratti e degli accordi, facendo riferimento, in tale ultimo caso, agli atti di programmazione regionale o delle province autonome di Trento e Bolzano della spesa sanitaria. Il livello di spesa determinatosi per il 2012 a seguito dell’applicazione della misura di contenimento di cui al presente comma costituisce il livello su cui si applicano le misure che le regioni devono adottare, a decorrere dal 2013, ai sensi dell’art. 17, comma 1, lettera a), ultimo periodo del decreto – legge 6 luglio 2011, n. 98, convertito, con modificazioni, dalla legge 15 luglio 2011, n. 111”.

A fronte dell’intervento normativo citato, la Regione Lazio ha rivisto la spesa complessiva e l’acquisto delle prestazioni sia di assistenza ospedaliera che di specialistica ambulatoriale per

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

<i>Gare centralizzate decretate in fase di espletamento</i>	
-	Farmaci 2013
-	Servizio di Lavanolo 2
-	Servizio di gestione e smaltimento rifiuti speciali 2
-	Servizio di Pulizie e sanificazione
-	Servizio di Vigilanza 2
-	Ausili per incontinenti e neonati 2
-	Sistema informativo Ares 118
-	Servizio di Ristorazione 2

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

<i>Iniziative centralizzate decretate in fase di pubblicazione</i>	
-	Servizio di soccorso in emergenza – ARES 118
-	Materiali per emodinamica
-	Multiservizio tecnologico
-	Ausili per disabili
-	Sistemi macchine reagenti da laboratorio
-	Servizio Cup (centri unici di prenotazione) per le Aziende Sanitarie della Regione Lazio
-	Affidamento del servizio ReCup per la Regione Lazio
-	Acquisizione infrastruttura tecnologica per la gestione del servizio ReCup per la Regione Lazio
-	Sistema gestionale amministrativo contabile unificato
-	Protesi ortopediche impiantabili
-	Brokeraggio e Assicurazione ⁴
Programmate per il biennio 2014-2015	
-	<u>Service di dialisi</u>
-	Materiale per medicazione
-	Nutrizione enterale e parenterale
-	Guanti monouso
-	Manutenzione apparecchiature biomedicali

Si evidenzia infine che per garantire continuità nella gestione degli acquisti centralizzati, sarà necessario inserire nella pianificazione poliennale anche le iniziative già gestite a livello centrale i cui contratti risultano essere prossimi alla scadenza:

<i>Gare già gestite centralmente con contratti scaduti/ in scadenza</i>	
-	Ossigeno domiciliare
-	Fili di sutura

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

Azione 13.1.2: Riconversione delle strutture ospedaliere di piccole dimensioni o con ridotta attività, con contestuale individuazione delle forme di assistenza che saranno attivate nelle strutture riconvertite, con precisa indicazione della tempistica del graduale trasferimento delle funzioni e delle risorse – Casa della Salute.

Quadro di riferimento normativo

La Regione Lazio intende attivare, presso ciascun distretto, presidi territoriali denominati “Casa della Salute” nei quali garantire le funzioni dell’assistenza primaria avanzata (medica ed infermieristica), specialistica, area di sorveglianza temporanea, diagnostica di primo livello e, nelle forme organizzative più complesse, altre funzioni territoriali (residenzialità infermieristica, assistenza farmaceutica, punto di primo intervento, ecc.).

Al fine di contestualizzare il modello Casa della Salute nella realtà del territorio laziale, è stato istituito con determinazione regionale B02406 del 13/6/2013 uno specifico Gruppo di Lavoro che ha elaborato il documento “Raccomandazioni per la stesura degli Atti aziendali di cui al D.C.A. n.206 del 2013, relativamente all’organizzazione delle Case della salute”. Tale documento è stato formalmente adottato con DCA 428/2013.

La Casa della Salute supera i modelli utilizzati sino ad oggi nelle normative prodotte a livello regionale (CeCaD, PTP, Ospedali distrettuali).

La realizzazione delle Case della Salute sul territorio regionale riguarderà prioritariamente, nella prima fase, le strutture ospedaliere che hanno già avviato percorsi di trasformazione, prioritariamente quelle per le quali non è in atto alcun tipo di contenzioso. La Regione provvederà a stipulare specifiche intese con le ASL di competenza.

Analisi dell’offerta

Nella tabella seguente si riporta lo stato di attuazione della riconversione con specificate le funzioni territoriali attive e lo stato dell’eventuale contenzioso.

Strutture da riconvertire	Stato attuazione riconversione	Contenzioso
<p><u>P.O. Nuovo Regina Margherita (ASL RM/A)</u></p> 	<p>Riconversione parziale. Risultano 4 P.L. di D.S. La ASL comunica che l’attuazione completa della riconversione, già avviata, prevista dal DPCA n. 80/2010, è subordinata alla formale approvazione dell’Atto aziendale da parte della Regione. Servizi territoriali attivi: ambulatorio di continuità assistenziale e guardia medica turistica, specialistica ambulatoriale, diagnostica per immagini, punto prelievi, ambulatorio infermieristico, ambulatorio malattie infettive, hospice, posti residenziali per non autosufficienti, salute mentale, NAD.</p>	NO
<p><u>PO di Palombara Sabina (ASL RM/G)</u></p>	<p>L’Ospedale è stato riconvertito (dal 1/04/2011). Servizi territoriali attivi: PUA, specialistica ambulatoriale, ambulatorio infermieristico, diagnostica di base, continuità assistenziale, ADI, PPI (con postazione 118), degenza infermieristica.</p>	NO
<p><u>PO di Zagarolo (ASL RM/G)</u></p>	<p>La chiusura è stata disposta con Delib. n. 480 del 24 maggio 2011 che contiene anche il Piano operativo per la riconversione. Servizi territoriali attivi: specialistica ambulatoriale, diagnostica di base.</p>	NO

<u>PO di Rocca Priora (ASL RM/H)</u>	L'Ospedale è stato trasformato in struttura territoriale (vd. Delib. n. 988/2010 che dispone il trasferimento a Frascati del ricovero per acuti). Servizi territoriali attivi: UVA, specialistica ambulatoriale, diagnostica di base, continuità assistenziale, ADI, unità di cure primarie, consultorio familiare, punto prelievi, postazione 118.	NO
<u>PO "Spolverini" di Ariccia (ASL RM/H)</u>	Presso la Struttura oltre alle attività territoriali sono attivi, come da previsione del DPCA n. 80/2010, n. 28 posti di riabilitazione post acuzie (cod. 56) e risultano ancora attivi n. 6 p.l. di D.H. di Oncologia E' stato trasferito ad Albano l'UO di Ortopedia e Traumatologia. Servizi territoriali attivi: specialistica ambulatoriale, salute mentale, consultorio familiare, punto prelievi, neuropsichiatria infantile, DSM.	NO
<u>PO "Villa Albani" di Anzio (ASL RM/H)</u>	L'Ospedale è stata trasformato in struttura territoriale. Risultano ancora attivi 35 posti di riabilitazione post acuzie (cod. 56) e 4 p.l. D.H., come previsto dal DPCA n.80/2010. Servizi territoriali attivi: posti residenza per non autosufficienti.	NO
PO di Acquapendente (ASL VT) *	E' stato completato il trasferimento delle attività distrettuali all'interno del P.O. Permangono attivi 28 p.l. di Medicina, in procinto di essere parzialmente riconvertiti in Deg. Infermieristica e 4 p.l. di Day Surgery polispecialistico. Servizi territoriali attivi: PPI, diagnostica di base, punto prelievi, postazione 118.	NO
Ospedale di Montefiascone (ASL VT) *	Risultano attivi: Day Surgery 4 p.l., Geriatria 28 p.l., 24 p.l. di Medicina e 4 p.l. di riabilitazione. Servizi territoriali attivi: PPI, centro dialisi, specialistica ambulatoriale, ambulatorio infermieristico, diagnostica di base, servizio screening cancro mammella, continuità assistenziale, postazione 118.	NO
PO di Ronciglione (ASL VT) *	La riconversione è stata disposta con la Deliberazione ASL n. 156 del 24.02.2011. Risultano ancora attivi PL di DH ematologico. Servizi territoriali attivi: PPI, specialistica ambulatoriale, ambulatorio infermieristico, diagnostica di base, punto prelievi, consultorio familiare.	NO
<u>PO "San Carlo" di Sezze (ASL LT)</u>	L'Ospedale è stato riconvertito (vd. Delib. ASL n.441 del 19/07/2011). Servizi territoriali attivi: PPI, PUA, ADI, specialistica ambulatoriale, punto prelievi, diagnostica di base, UVA, servizio dialisi, continuità assistenziale.	NO
<u>PO "Luigi di Liegro" di Gaeta (ASL LT)</u>	L'Ospedale è stato riconvertito (vd. Delib. AUSL n.611 del 08/11/2011). Risulta attivo un Day Surgery polispecialistico con 15 pl. Servizi territoriali attivi: PPI, specialistica ambulatoriale, diagnostica di base, punto prelievi.	NO
<u>Ospedale Civile di Minturno (ASL LT)</u>	Le attività per acuti sono state dismesse. Risulta presente un PPI, con personale ospedaliero. Servizi territoriali attivi: specialistica ambulatoriale.	NO
<u>PO "Francesco Grifoni" di Amatrice (ASL RI)</u>	L'Ospedale è stato riconvertito. Risultano ancora attivi 8 p.l di Medicina Generale, in conformità con il DPCA n. 80/2010. Servizi territoriali attivi: PPI, degenza infermieristica, diagnostica di base.	NO

<u>PO di Ceccano (ASL FR)</u>	L'Ospedale è stato disattivato, in data 15/01/2011 (vd. Delib. n. 234 del 30/03/2011), tutte le attività ospedaliere, con il relativo personale, sono state trasferite presso il P.O. di Frosinone. Servizi territoriali attivi: specialistica ambulatoriale, consultorio familiare, servizio vaccinazioni, diagnostica di base, ADI.	NO
<u>PO Riabilitativo Civico di Ferentino (ASL FR)</u>	L'Ospedale è stato disattivato in data 1/01/2011 (vd. Delib. n. 234 del 30/03/2011), tutte le attività ospedaliere, con il relativo personale, sono state trasferite presso il P.O. di Frosinone. Servizi territoriali attivi: diagnostica di base, specialistica ambulatoriale, ADI, TSMREE, Centro di salute mentale.	NO
<u>PO di Arpino (ASL FR)</u>	L'Ospedale è stato disattivato in data 1/06/2011 (vd. Delib. n. 11173 del 26/05/2011), tutte le attività ospedaliere, con il relativo personale, sono state trasferite presso il P.O. di Sora.	NO
<u>PO di Isola del Liri (ASL FR)</u>	L'Ospedale è stato disattivato in data 1/02/2011 (vd. Delib. n. 234 del 30/03/2011), tutte le attività ospedaliere, con il relativo personale, sono state trasferite presso il P.O. di Sora. Servizi territoriali attivi: NAD, specialistica ambulatoriale, diagnostica di base.	NO
<u>PO "Marzio Marini" di Magliano Sabina (ASL RI)</u>	L'Ospedale è stato riconvertito, con la conseguente interruzione delle attività di ricovero per acuti. Servizi territoriali attivi: PPI, specialistica ambulatoriale, degenza infermieristica, servizio dialisi, diagnostica di base, centro prelievi.	IN ATTO – R.G. n.228/2011 (Ricorso al T.A.R. con il quale è stato richiesto l'annullamento del DPCA n. 80/2010). Respinta richiesta di sospensiva, con Ordinanza.
<u>PO di Anagni (ASL FR)</u>	Il Presidio Ospedaliero risulta ancora aperto, con la configurazione preesistente 81 p.l.. La mancata chiusura è dovuta ad una pronuncia del Consiglio di Stato che ha accolto la richiesta di sospensiva.	IN ATTO - R.G. n. 3447/2011 (Ricorso al T.A.R. con il quale è stato richiesto l'annullamento del DPCA n. 80/2010). Accolta sospensiva dal C.d.S. – udienza di merito fissata a gennaio 2013.
<u>PO di Pontecorvo (ASL FR)</u>	L'Ospedale è stato disattivato in data 1/06/2011 (vd. note prot. n. 11243/2011 e n. 11380/2011 della Dir. Gen.). Le attività ospedaliere sono state trasferite presso il P.O. di Cassino. Servizi territoriali attivi: degenza infermieristica, PPI, specialistica ambulatoriale, diagnostica di base, servizio dialisi.	IN ATTO – R.G. n.562/2011 – R.G. n. 1157/2011 (Ricorso al T.A.R. con il quale è stato richiesto l'annullamento del DPCA n. 80/2010). Respinta richiesta di sospensiva, con Ordinanza.
<u>PO Riabilitativo Ferrari di Ceprano (ASL FR)</u>	L'Ospedale è stato disattivato in data 1/01/2011 (vd. Delib. n. 234 del 30/03/2011), tutte le attività ospedaliere, con il relativo personale, sono state trasferite presso il P.O. di Frosinone. Servizi territoriali attivi: diagnostica di base, specialistica ambulatoriale, postazione 118, PPI, PUA.	IN ATTO – R.G. n. 565/2011 (Ricorso al T.A.R. con il quale è stato richiesto l'annullamento del DPCA n. 80/2010). Respinta richiesta di sospensiva, con Ordinanza.
<u>PO di Atina (ASL FR)</u>	L'Ospedale è stato disattivato in data 1/02/2011 (vd. Delib. n. 234 del 30/03/2011), tutte le attività ospedaliere, con il relativo personale, sono state trasferite presso il P.O. di Sora. Servizi territoriali attivi: diagnostica di base, specialistica ambulatoriale.	IN ATTO – R.G. n. 835/2011 (Ricorso al T.A.R. con il quale è stato richiesto l'annullamento del DPCA n. 80/2010). Respinta richiesta di sospensiva, con Ordinanza.

* per quel che concerne l'Azienda USL di Viterbo, va evidenziato che, fino alla conclusione dei lavori dell'Ospedale di Belcolle potranno esserci difficoltà nel trasferire le attività di degenza tuttora attive nei presidi di Acquapendente, Montefiascone e Ronciglione.

Nella tabella non è inserito il Presidio di Cori in quanto il processo di riconversione è stato completato in periodo antecedente l'emanazione dei DPCA n. 48/2010 e DPCA n.80/2010.

Con nota prot. 162758/DB/27/15 del 2 settembre 2013, al fine di aggiornare quanto riportato nella precedente tabella, è stata avviata una ricognizione sulle attività territoriali attualmente svolte presso le strutture citate.

criteri ed indicatori che dipendono dal tipo di tecnologia oggetto della valutazione stessa.

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

- Sulla base della programmazione per il triennio 2013 – 2015, regionale e al livello aziendale per le Aziende Sanitarie ed Ospedaliere del Lazio, il crono programma relativo al processo di *Health Tecnology Assessment* prevede i seguenti *step*:
- richiesta alla Aziende della presentazione dei piani di investimento per l'annualità in corso, in linea con la suddetta programmazione attorno al mese di febbraio;
- valutazione delle richieste pervenute in sede di Nucleo di Valutazione, tra maggio e giugno;
- approvazione con DGR dei programmi valutati e stanziamento della copertura finanziaria ai piani di investimento, tra giugno e luglio;
- avvio delle attività di valutazione dei progetti esecutivi, relativi ai piani approvati, trasmessi dalle aziende.

Impatto economico:

- L'impatto economico complessivo riguarda la razionalizzazione della spesa per investimenti in attrezzature e tecnologia sanitaria in generale ed in particolare la canalizzazione delle risorse verso gli interventi ritenuti appropriati ed in linea con programmazione regionale ed il riordino della rete ospedaliera. Si attende anche un riscontro in termini di impatto sul sistema di organizzazione dei servizi e dell'offerta sanitaria, al fine di ottenere un ulteriore riduzione della spesa dall'ottimizzazione nell'allocazione delle risorse.

Responsabile del procedimento attuativo:

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

Intervento 9.9: monitoraggio dei tempi di pagamento

La Regione Lazio ha pianificato ed attuato un piano per la gestione del debito sanitario al fine di estinguere le posizioni debitorie ancora aperte ed evitare nel futuro la formazione di ulteriore debito, attraverso due componenti principali:

1. Transazione per l'estinzione del debito pregresso
2. Accordi di Pagamento dal giorno successivo alla sottoscrizione della transazione sul debito pregresso

Nonostante l'intensa azione amministrativa ed organizzativa svolta nel tempo per l'estinzione del debito pregresso attraverso numerose operazioni transattive, alcune posizioni debitorie non sono state ancora oggetto di transazione a causa dell'alto numero di creditori del Sistema Sanitario Regionale, delle differenti tipologie degli stessi e della complessità del sistema.

Nell'anno 2013 si è conclusa la procedura avviata con la Deliberazione n. 57 del 18 Febbraio 2011 finalizzata all'estinzione delle posizioni debitorie ancora aperte dei creditori che intrattengono rapporti con il SSR, che consentiva un risparmio degli interessi maturati e maturandi, attraverso la definizione di scadenze di pagamento diverse in base al grado di rinuncia a cui era disponibile il creditore stesso, nonché la contestuale adesione all'Accordo Pagamenti per la regolazione delle fatture emesse dal giorno successivo alla sottoscrizione della transazione sul debito pregresso.

Parallelamente, al fine di abbattere i costi per interessi relativi alla spesa corrente e evitare l'insorgere di nuovo contenzioso, la Regione Lazio, con il **Decreto n. U00351 del 27 novembre 2012**, ha dato continuità all'Accordo Pagamenti anche per l'anno 2013.

Attualmente l'Accordo Pagamenti vede coinvolte le seguenti tipologie di fornitori:

- fornitori di beni e servizi non sanitari;
- case di Cura provvisoriamente/definitivamente accreditate;
- strutture erogatrici di assistenza specialistica ambulatoriale, risonanza magnetica e dialisi;
- Ospedali Classificati e IRCCS Privati;
- Policlinici Universitari Privati.

Il progetto Accordo Pagamenti si articola all'interno della gestione dl debito sanitario attraverso due attività principali:

- introduzione di un *sistema informatico centralizzato* che consente la fatturazione telematica da parte dei fornitori di beni e servizi, la gestione del pagamento centralizzato dei creditori del SSR, la digitalizzazione del processo e il monitoraggio dell'intero ciclo passivo: dall'emissione dell'ordine fino al pagamento delle relative fatture, integrato con i sistemi gestionali delle Aziende Sanitarie
- l'avvio degli Accordi di Pagamento con possibilità di adesione da parte di tutti i soggetti che intrattengono rapporti di fornitura con il SSR che prevedono un pagamento a 180 giorni dalla data di immissione delle fatture

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

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

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

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

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

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

- riduzione graduale dei tempi di pagamento grazie agli effetti benefici derivanti dalla anticipazione di liquidità erogata ai sensi del DL 35/2013. Tale percorso si sostanzierà nell'applicazione dei seguenti termini: pagamento a 150 giorni dall'immissione della fattura nel Sistema Pagamenti, per i primi sei mesi del 2014; pagamento a 120 giorni dall'immissione della fattura nel Sistema Pagamenti, per il secondo semestre 2014; pagamento a 90 giorni dall'immissione della fattura nel Sistema Pagamenti, per l'anno 2015. Tale discesa, oltre all'allineamento alla normativa vigente, ha impatti favorevoli sui prezzi di acquisto, attraverso l'opportunità di effettuare negoziazioni a condizioni di vendita più favorevoli a fronte di tempi di pagamento ridotti e minor necessità di ricorrere alla cessione del credito;
- adeguamento delle funzionalità del Sistema Pagamenti della Regione Lazio alle prescrizioni normative di cui al Decreto del Ministero dell'Economia e Finanze del 3 aprile 2013, n. 55, che prevede l'attuazione della Fatturazione Elettronica;

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

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

Risultati programmati:

- Conclusione di operazioni di transazione per l'estinzione del debito pregresso
- Sottoscrizioni all'Accordo Pagamenti 2013-14-15 per tutte le categorie interessate (Fornitori di beni e servizi non sanitari -Case di Cura provvisoriamente/definitivamente accreditate - Strutture Erogatrici di assistenza specialistica ambulatoriale, risonanza magnetica e dialisi- Ospedali Classificati, IRCCS Privati e Policlinici Universitari Privati)
- Riduzione del contenzioso in essere a seguito della stipula di transazioni
- Minor importo dei costi per interessi
- Riduzione dei tempi di pagamento per gli anni 2014-2015
- Implementazione del Sistema Pagamenti per una gestione più efficiente delle tipologie di attori coinvolti
- Adeguamento tempestivo del Sistema alla normativa in materia di Fatturazione Elettronica
- Attivazione degli ordini elettronici presso tutte le Aziende Sanitarie al fine di ottenere benefici in termini di digitalizzazione del processo di trasmissione degli ordini e DDT
- Controllo generazione dei costi per beni e servizi
- Standardizzazione dei processi e delle codifiche

Indicatori di risultato:

- Numero fornitori aderenti alle transazioni
- Numero documenti contabili gestiti nell'ambito di transazioni
- Valore dell'importo gestito nelle transazioni
- Valore degli interessi pagati ai creditori aderenti senza le condizioni previste dalle transazioni
- Numero fornitori aderenti all'Accordo Pagamenti
- Numero documenti contabili gestiti nell'Accordo Pagamenti
- Valore dell'importo gestito nell'Accordo Pagamenti
- Valore degli interessi pagati ai creditori aderenti senza le condizioni previste dall'Accordo Pagamenti
- Numero di ordini elettronici gestiti
- Valore dell'importo degli ordini elettronici gestiti

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

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

Da tale monitoraggio, per l'anno 2012, risulta che 548 strutture - di cui 330 private accreditate - hanno erogato prestazioni di laboratorio analisi (dati "Quasias On line"). Dal monitoraggio non si evince la distinzione fra Centro prelievi e Laboratorio analisi.

Produzione strutture private accreditate

Le 330 strutture di laboratorio analisi private accreditate hanno erogato complessivamente 20.270.402 prestazioni di laboratorio analisi (inclusi i prelievi), di cui 15.641.056 a carico del SSR, 62.353 prestazioni contenute in Accorpamenti di Prestazioni Ambulatoriali (APA), 122.880 incluse nei trattamenti di dialisi, 7.080 incluse in Pacchetti Ambulatoriali Complessi (PAC) e 4.437.033 prestazioni pagate in proprio dal cittadino ma prescritte su ricettario SSR.

Il limite di produzione di 100.000 prestazioni annue (DCA 54/2010) è stato superato solo da 64 strutture (19%), mentre 85 strutture hanno effettuato tra le 50.000 e le 100.000 prestazioni annue e 181 strutture hanno registrato una produzione inferiore alle 50.000 prestazioni annue.

Si precisa che nel conteggio complessivo sono state incluse anche le prestazioni di Anatomia Patologia, Microbiologia ed i prelievi, e non solo quelle di Chimica clinica ed Ematologia (DCA 54/2010).

Relativamente alla tipologia di struttura, risultano 35 Laboratori in CdC, 42 Poliambulatori Territoriali e 253 Ambulatori Monospecialistici Territoriali con volumi totali di prestazioni, rispettivamente, pari a 1.484.818, 3.010.027 e 15.775.557.

Produzione strutture pubbliche

I 184 centri prelievo a gestione diretta delle ASL collocati presso strutture poliambulatoriali territoriali ovvero presso strutture ospedaliere hanno erogato, attraverso l'attività dei laboratori pubblici di afferenza, complessivamente 26.868.584 prestazioni (inclusi i prelievi), di cui 26.113.116 come singole prestazioni ambulatoriali, 248.606 all'interno di APA, 316.091 incluse nei trattamenti di dialisi, 117.292 all'interno di PAC e 73.479 in altri pacchetti.

Si precisa che nel conteggio complessivo sono state incluse anche le prestazioni di Anatomia Patologia, Microbiologia ed i prelievi, e non solo quelle di Chimica clinica ed Ematologia (DCA 54/2010).

Produzione altre strutture (classificate, aziendalizzate e SMOM)

Le ulteriori 34 strutture presenti (di cui 8 classificate, 5 SMOM e 21 aziendalizzate) hanno erogato complessivamente 13.442.884 prestazioni, di cui 13.747.523 a carico del SSR, 343.170 all'interno di APA, 99.706 incluse nei trattamenti dialitici, 236.134 all'interno di PAC e 16.351 all'interno di altri pacchetti.

Il limite di produzione di 100.000 prestazioni annue è stato superato da 30 strutture, 2 strutture hanno effettuato tra le 50.000 e le 100.000 prestazioni annue e altre 2 strutture hanno registrato una produzione inferiore alle 50.000 prestazioni annue.

Relativamente alla tipologia di struttura, risultano 29 Ambulatori Ospedalieri, 4 Poliambulatori Territoriali e 1 Ambulatorio Monospecialistico Territoriale con volumi totali di prestazioni, rispettivamente, pari a 13.315.115, 1.005.778, 121.991.